

A proposito da “Choroidite leprosa precoce” de Hoffmann (*)

(Trabalho premiado pela Academia Nacional de Medicina com o premio Moura Brasil 1938)

Sergio Valle

Faz alguns meses que o notavel leprologo Prof. H. W. Hoffmann (1), de Havana (Cuba), autor de numerosos trabalhos universalmente conhecidos, houve por bem remetter-nos a sua monographia escripta em lingua espahola — *La coroiditis leprosa precoz*, na qual collaborou o Dr. Pedro Ramos Báez, tambem de Havana.

No afan louvavel de rastrear as fórmas latentes da lepra para extingui-las com o tratamento precoce, realizando-se ao mesmo tempo a cura e a prophylaxia, aconselha-nos o Prof. Hoffmann a “fazer o estudo systematico dos olhos das numerosas pessoas expostas á infecção latente da lepra, taes como os parentes e os que privam com leprosos”, afim de que, na ausencia de quaesquer lesões ou manifestações externas, não se deixe de assignalar a affecção primaria da choroidé, signal precoce, signal unico, descripto por elle pela primeira vez. Textualmente, enuncia-se: “E’ tambem mui provavel que os oculistas possam comprovar taes lesões nas pessoas de sua clientela que ainda não apresentem outras lesões e manifestações de lepra e nas em que talvez consitiam o unico symptoma”.

A leitura attenta da observação commentada pelo douto professor, illustrada com figuras coloridas, não nos induziu, mau grado nosso, a aceitar a choroidite leprosa precoce. Aliás, elle mesmo, em determinado passo de sua dissertação, prevê com argucia a incredulidade geral, quando assevera: “E’ mui provavel que, ainda depois de nossas pesquisas, investigações e demonstrações scientificas haja muitos eminentes ophthalmologos que pretendam negar a etiologia leprosa desta affecção”.

Excluida a eminencia, entre elles nos collocamos.

Destarte se resume a observação sobre a qual o Prof. Hoffmann asentou o seu postulado:

Uma senhorita de 35 annos, de familia suspeita de lepra latente (mãe e três irmãs), que teve sarampo duas vezes, aos 6 e aos 11 annos, amygdalite follicular hypertrophica aos 14 annos (pelo que soffreu uma amygdalectomia), aos 15 annos febre typhoide grave, que durou três meses, aos 20 annos umas febres entre 37º e 38º, com suores profusos, durante varios annos, quando fazia exercicio sentia ainda uma dor retro esternal, que lhe provocava tosse.

(*) Respeitada a ortografia do autor.

De lepra propriamente dita apresentava: manchas de côr sepia clara nas regiões axillares, ás vezes papulas nas plantas dos pés de conteúdo liquido citrino, transtornos trophicos nas unhas dos pedartieulos, ephelide nasal, phlebitis frequentes.

Muco nasal negativo. Quanto aos olhos: "*Dice que desde hacía mucho tiempo notaba que no veía bien del ojo derecho*".

Mandada a um oculista, que diagnosticou "lesões ulcerosas da choroide", foi-lhe prescripto tratamento iodurado e deram-lhe uns crystaes para corrigir certa myopia. Dois meses após, outro oculista opinou do seguinte modo: "choroidite peri-macular direita; *alguns focos são já velhos e cicatrizados*, porém ha um por cima da macula que está todavia em evolução e que poderá estender-se ao centro e destruir a visão. A fórmula desta choroidite corresponde a uma etiologia tuberculosa".

Apegou-se o Prof. Hoffmann á etiologia leprosa nos seguintes argumentos:

- a) o insucesso da therapeutica antituberculosa propinada pelos oculistas;
- b) a coincidencia de haver já tratado um caso de lepra precoce e dois de lepra latente, na mesma familia;
- c) melhoria dos symptomas geraes de lepra e dos symptomas oculares após sete meses de tratamento anti-leprotico.

Não vem relatado em que consistiu o tratamento anti-tuberculoso. Apenas se refere a um tratamento iodurado, durante dois meses. Digase de passagem que a doente não melhorou tambem da chorodite, no lapso dos três meses subseqüentes, em que se lhe injectaram endovenosamente ethers ethylicos de chaulmoogra. Emfim, o argumento decisivo em prol da etiologia leprotica foi o não aparecimento de focos e a pigmentação esboçada nas placas, em franco periodo cicatricial. A' custa de que, porém? De sete meses de tratamento, três como já vimos, inoperantes, enquanto só se usou o antileprol; nos meses restantes se empregou "uma série completa de Krisolgan em injectões intravenosas semanaes", seguida de "quatro injectões subcutaneas de outro sal de ouro conhecido pelo nome de Solganal B".

Donde se infere que o argumento *ex-jurantibus* "*la razón más contundente para que se acepte la etiología leprosa*", perde inteiramente o seu merecimento, quando se assignala que os saes de ouro são, ao lado da tuberculina, um recurso mundialmente empregado nas affecções oculares de origem tuberculosa, desde que Schnaudigel, em 1917, verificou os seus effeitos, mas sobretudo desde que Moolgaard, em 1924, vulgarisou o aurothiosulfato de sodio (Sanocrysina), descoberto por Fordós e Gelis em 1845.

Repetiu-se, talvez, nesse caso, em parte, aquillo que Milian (2) applicou á symbiose syphilitico-leprosa, na qual certos therapeutas lograram successo parcial com os arsenicaes, ou porque se tomassem lesões syphiliticas por leproas, ou porque fosse ella sensivel á heterotherapia.

Se a historia clinica da paciente tão reiteradamente seveciada de doenças provadamente anergizantes, que chegam a tornar negativas as

tuberculino-reacções de von Pirquet e de Mantoux, como o sarampo (duas vezes) e a febre typhoide (durante três meses), suores profusos e febre durante muitos annos deixam entrever a possibilidade de uma tuberculose torpida e ganglionar; se os exames de fundo de olho praticados por três ophtalmologistas, entre os quaes Penichet, a todos deu a mesma impressão, o tratamento de prova, que se tornou efficaz quando ajudado dos saes de ouro, vem robustecer a nossa fé na etiologia tuberculosa desse caso de choroidite.

A mesma doente, de accordo com as imagens de fundo de olho publicadas, apresentava flammações anteriores, pois ella se queixara de que “*hacía mucho tiempo no veía bien del ojo derecho*”.

A que etiologia e a que tratamento attribuir a origem e a cicatrização dos fôcos antigos? Se, na occasião em que surgiram symptomas agudos e os ultimos fôcos, escassos eram ainda os signaes de lepra, negativos os exames do muco, que dizer do tempo em que se externaram os primeiros fôcos?

Nem é bem certo que “*en la actualidad los oftalmologos considerem solamente una coroiditis tuberculosa e sifilitica*”. A syphilis adquirida e a hereditaria são a causa etiologica de que primeiro se cogita deante de uma choriodite diffusa, circumscripta, macular ou peripherica. O só exame ophtalmologico não basta para fixar a etiologia, embora certos aspectos sejam associados de preferencia a esta ou áquella causa (3, 4 e 5). Assim e choroidite central, ora é attribuida á syphilis, ora a uma alteração senil, ora á myopia elevada; falla-se em choroido-retinite syphilitica, quando, a uma inflamação diffusa e peripherica se sommam a retinite e as modificações do vitreo; na choroidite syphilitica, quando ha tendencia para a extensão lateral e alteração vasculares; nas chorio-retinites syphiliticas congenitas (Typo 1 e 11 de Sidler-Huguenin).

As chorio-retinites cicatriciaes, perfeitamente limitadas e intensamente pigmentadas, que nunca se traduziram por signal subjectivo, taes como: moscas volantes, photopsias e metamorphopsias. compativeis com a visão igual a 1 (um), quando a macula é poupada, verdadeiros achados ophtalmoscopicos, incluem-se geralmente na lues congenita.

Pensa-se na tuberculose, em segundo logar, sobretudo quando se tratam de mocinhas anemicas, chloroticas ou escrophulosas, nas quaes se divisam pequenos tuberculos na região macular.

A myopia e as infecções focaes, estas desde os trabalhos de Lang, Billings e Rosenow, costumam avocar a responsabilidade do caso.

Os vermes e os parasitas intestinaes, segundo Busacca (6), soem competir com as causas até aqui tomadas em respeito.

Referem-se ainda os autores a choroidites de causa desconhecida, talvez um foco inflammatorio á distancia, nas amygdalas, na prostata, no cavum, nos seios da face e nos dentes (7), já que, segundo Kapuscinski (8), as infecções focaes fazem actualmente “grande concorrência

á tuberculose como causa das molestias oculares”, ao contrario do ponto de vista conhecido da escola allemã.

Entre nós, foi Pereira Gomes o iniciador de publicações sobre o assumpto. Ha 11 annos, no Brasil-Medico (9) advertiu-nos a respeito da “influencia poderosa das infecções dentarias na genese de diferentes affecções aculares (iris, corpo ciliar e choroide), infecções dentarias essas ora abertas, ora occultas e silenciosas, ás vezes com o papel de agentes causadores, outras vezes com o de elementos predisponentes”, realizando-se a metastase por via ossea, periostica, sanguineo-lymphatica e reflexo-irritativa.

Quando não lhe seja possivel, pela evidencia da anamnese e dos symptomas geraes, auxiliados pelos Raios X e pelo laboratorio, desvendar a incognita da etiologia, só lhe resta ao especialista o soccorro dos tisiologos e dos syphiligraphos, cujos sentidos se apuraram pela pratica quotidiana para a resolução dos problemas obscuros de suas especialidades. E não raro a superfectação de duas ou três etiologias provaveis, cada uma com os symptomas e reacções peculiares em concurrencia de positividade, embaraça-nos novamente, forçando-nos a uma therapeutica de prova, que nos dará ao mesmo tempo o diagnostico e a cura.

Para o diagnostico da syphilis utilizam-se os commemorativos pessoais, estigmas heredo-lueticos, radiographia da aorta, as reacções de Wassermann e de Kahn, ou melhor, na opinião dos neurologistas, a dosagem da albumina no liquor e a reacção de ouro colloidal, que firmam de modo seguro o diagnostico etiologico, impossivel na syphilis tardia, salvo no caso de tabes e de paralysisa geral, quando o Wassermann é negativo (10).

Para a tuberculose ocular, que surge geralmente ao iniciar-se o segundo estadio de Ranke, o estadio de generalização, em que primeiro pelos lymphaticos e depois pela corrente sanguinea germe e toxina sensibilizam todos os tecidos, ha o recurso da radiologia dos pulmões, da cuti-reacção de Mantoux, a que o Prof. Abreu Fialho ainda attribue grande valor para o diagnostico da tuberculose ocular, mesmo em adultos (11), a hemossedimentação, o indice de Velez e, sobretudo, ás reacções febril e focal á tuberculina sub-cutanea, em diluições crescentes, conforme a tabella de Engel.

Admittem Samojloff-Tihomirova (12) que a reacção focal denominada *disseminação do pigmento retiniano* nos focos de chorioidite, após injeções subcutaneas de tuberculina, é signal seguro de etiologia tuberculosa.

Affirmam aquelles autores que “a observação ophtalmoscopica systematica de 33 casos differentes de chorioidite tuberculosa (50 olhos doentes) lhes mostrou que uma reacção do fóco chorioidiano, após injeções sub-cutaneas de tuberculina de Koch (0,2 cc. a 0,9 cc. de solução a 1/10.000.000), não falhou nunca nos casos de natureza verdadeiramente tuberculosa”.

Para a determinação do indice de sensibilidade individual e para evitar uma reacção maligna-hyperemia, hemorragia retiniana puncti-

forme ou diffusa, perturbações do vitreo — toma-se em consideração, para a escolha da dose inicial, a mais delicada, o estado geral, a curva da temperatura, as provas cutaneas á tuberculina (intensidade de reacção), o estudo da formula sanguinea e a radiographia. Para Neumann, grande tisiologo viennense, a tuberculinotherapy tem a sua maior indicação nas manifestações articulares e nas oculares, isto é, nas fórmulas ditas hematomas. Esta opinião esclarece o paradoxo em que vivemos: emquanto muitos tisiologos repudiam a tuberculina no tratamento pulmonar, chegando alguns a creditar-lhe simples effeito suggestivo, entre os ophtalmologistas sempre se manteve elevada a sua reputação.

Na clinica ophtalmologica de leprosarios, em que um terceiro factor vem concorrer com a syphilis e a tuberculose, para emmaranhar ainda mais a questão da etiologia das afecções internas, nem tudo se reduz a um simples appello ás reacções devidas a anticorpos e á allergia.

O diagnostico differencial entre syphilis, lepra e tuberculose, que nas lesões accessiveis se esclarece com a pesquisa da anesthesia thermica e dolorosa, com a palpação dos nervos, com a biopsia, com a inoculação em cobayo, com as ulcerações do septo nasal, com a inspecção dos lobos auriculares, enfim, com maculas e excrecencias por vezes tão berrantes que o diagnostico pôde ser feito a distancia de alguns metros, nas localizações visceraes, de que a choroidite é modalidade, sentimo-nos muitas vezes embaraçados e perplexos.

Póde o exame clinico revelar symptomas das três entidades: a syphilis abriu caminho á lepra e esta, a seu turno consorciou-se com a tuberculose, coexistente em 85,2 % (lesões tuberculosas) em média e *causa mortis* de 54,7 % dos hansenianos, conforme revelaram 142 autopsias praticadas por Mitsuda e Ogawa (13).

Como saber qual o germe que ganhou a corrente circulatoria e foi localizar-se na choroidite? Se pensamos primeiro na syphilis, mesmo quando o typo de lesão não é muito caracteristico, e é natural que o façamos porque a choroidite é uma vascularite, especialidade della; se appellamos para uma reacção sorologica, pôde a lepra interferir com os productos provindos da desintegração do tecido granulomatoso — libertação dos lipoides ubiquitarios nas fórmulas tuberosas e nas fórmulas mixtas mais adelantadas — balburdiando o indice de positividade. Por isso, para os seus detractores, as reacções de Wassermann e Kahn na lepra, ao envés de esclarecerem o caso clinico, precisam ao contrario que o caso clinico amiúde as justifique.

As conclusões de Salminen (14), de Helsingfors, que se encontram resumidas nos *Annaes de Dermatologia e Syphiligraphia* (Tomo X — 1929 p. 316) são bastante suggestivas. Diz este autor que nos casos de lepra tuberosa e mixta, a R. de Wassermann momentos, positiva no sôro sanguineo, mas negativa nas fórmulas maculo-anesthetics. A intensidade da R. de Wassermann dependeria, maximamente, da evolução do caso, mais intensa no começo e nos episodios agudos, mais fraca ou nulla nos periodos silenciosos e regressivos.

Do liquido cephalo-rachidiano diz elle que é irregularmente anormal (lymphocitose, albuminose) relação com localizações leprosas no eixo cerebro-espinhal. E assevera categoricamente que “a R. de Wassermann é negativa no liquido cephalo-rachidiano dos leprosos”. Concordantes com as observações de Salminen são as de Bejarano e Enteria (15): positividade das reacções de desvio de complemento feitas no sôro sanguineo de fôrmas tuberosas “na ausencia de quaesquer symptoms de syphilis”, e negatividade habitual das reacções colloidaes do liquor.

A serem seguras taes conclusões, isto é, que as reacções colloidaes do liquor são habitualmente negativas e que • Wassermann é negativo no liquor cephalo-rachidiano dos leprosos, parece-nos que seria mais razoavel substituir os exames sorologicos pelos exames do liquor, com o que talvez nos aproximássemos um pouco mais da verdade.

Examinando as nossas 66 observações (Quadro v), verificamos que Wassermann e Kahn, 19 vezes em 21 casos, isto é, em 90,4%, só foram concordantes e fortemente positivos em 4 fôrmas tuberosas e 17 mixtas, com tempo de doença oscillante entre 5 e 24 annos em média.

Póde ser que o processo de absorpção dos anticorpos coexistentes no sôro do mesmo hanzeniano e que fixam os complementos respectivos em presença dos antigenos de Witebsky, de Gomes e de Kolmer, conforme as interessantes experincias de Otto Bier (16), venha um dia dar a Cesar o que fôr de Cesar.

Entre nós convencionou-se, á falta de melhor, conceder valor ás reacções de Wassermann e Kahn, quando ambas se expressam pelo mesmo signal, ou quando a reacção de Kahn, mesmo isolada, é fortemente positiva.

Por outro lado, ha quem admitta ser obrigatoriamente alta a percentagem de lues em comunidade leprosa porque o syphilitico, via de regra, é mais predisposto á lepra.

Se se cogita de tuberculose, vemos que o exame radiographico é de somemos importancia, porque uma lesão leprosa do pulmão é semelhante á da tuberculose pulmonar, na opinião de Rogers e Muir (17). Ambas podem estar presentes no mesmo pulmão. Se a inoculação aqui deslinda alguma cousa, nem sempre a tuberculose que accomete preferentemente o tractus uveal, de fôrma fibrosa e torpida, de evolução lenta e disfargada, como o entendem Kruckmann, J. Meller e Rist (cit. por Cesario de Andrade, 18), fornecerá material para erame e inoculação.

As provas com tuberculina (Moro, von Pirquet, Mantoux) só servem para excluir a tuberculose, quando repetidamente negativas, tão frequente é a sua positividade nos adultos (90 a 97% nas cidades, segundo as estatisticas ne Naegeli).

O diagnostico pelas reacções geraes e focaes, consequentes a uma injecção sub-cutanea de tuberculina, processo aconselhado por Koch e outrora vulgarizado, tambem póde falhar. Lie demonstrou pela necropsia que as mesmas reacções se conseguem ás vezes em pacientes leprosos, inteiramente livres de lesões de origem tuberculosa.

Não se admire pois, que, em clinica de leprosario, mais do que em quaesquer outras, sejamos forçados ao tratamento de prova, não obstante todos os argumentos que os superciliosos articulem contra elle.

Afóra o escotoma correspondente do campo visual, que precisa, aliás, ser tambem pesquisado, choroidites ha que por nada se denunciam e que só a ophtalmoscopia surprehende; choroidites ha, ou melhor chorio-retinites, cujo aspecto e cuja historia equivalem a um nariz em sella ou á triade de Hutchinson, sobrepujando em valor diagnostico ás proprias reacções de Wassermann.

Cotejando-se a percentagem de chorio-retinites encontradas no exame ophtalmoscopico de 1000 hansenianos com que a registrou em 1000 crianças examinadas por Danton Malta (19) na Inspectoria Medico-Escolar de S. Paulo, verificar-se-á que os nossos 64 casos em 1000 doentes de todas as idades (5 a 88 annos) não se distanciam muito dos 39 casos assinalados em crianças de sómente 7 a 10 annos, a sober:

Chorio-retinite exsudativa	5
Chorio-retinite cicatricial	9
Chor. cicatricial macular	25
Total	39

Vemos que a heredo-lues, a responsavel pelos 39 casos de chorio-retinites cicatriciaes, coopera para a ascensão da percentagem total, em quaesquer estatisticas que se organizem. Em a nossa ha pelo menos 38 casos que se devem recensear como taes. O fóco de choroidite a principio, na phase de infiltração leucocytaria ao nivel da chorio-capillar, quando subsiste ainda integro o epithelio pigmentar, não é facil de reconhecer. Depois que se produzem orificios na lamina vitrea, intromettendo-se o exsudato entre a retina e a choroide, percebe-se, então, o aspecto amarellado das lesões iniciaes. Uma vez, porém, constituída a cicatriz na choroide, isto é, o fóco atrophico branco ou branco amarellado, cuja coloração é dada pela esclerotica; uma vez chegadas á retina as granulações negras carregadas pelos globulos brancos que phagocytaram os pigmentos dos chromoblastos choroidianos, assim como as cellulas pigmentares do proprio tecido, retiniano, teremos ao ophtalmoscopio o aspecto caracteristico das velhas lesões de chorio-retinites.

E' possivel, muitos annos após o accomettimento da choroide, quando o doente já de nada se recorda ou se queixa (geralmente affecções congenitas), por meio da ophtalmoscopia, descobrir lindas placas perfeitamente delimitadas, com maior ou menor pigmentação, accumulada no centro ou na periphéria, ou uniformemente disposta em toda a area do cicatrizado fóco choroidiano.

Não basta, pois, fiar-se alguém na lepra de que padeça um individuo para capitular de leprosa uma lesão de fundo de olho. Ao contrario, a observação clinica e as investigações histo-pathologicas, se não excluem de modo absoluto as lesões primarias do segmento posterior, for-

çam-nos a relutar no admittil-as, porque é o segmento anterior do olho que a lepra prefere para suas devastações (20).

Disto temos até uma corroboração experimental: a inocuação do bacillo de Stefansky na camara anterior do olho do rato, feita por Chorine, Guilliny e Montestruet (cit. de L. Boury, 21), dá lugar á formação de um leproma que procede dos processos ciliares, estendendo-se á iris, á choroide anterior e á esclerotica, desenvolvendo-se sobretudo no segmento anterior do olho.

Como admittir tal precocidade, se a lesão nem tardiamente costuma apparecer, e quando apparece tem que disputar o seu lugar ao sol com a syphilis, a tuberculose, as multiplas infecções focaes e até com as verminoses?

Até o anno de 1898, era corrente a noção da inexistencia de chorio-retinites leprosas primitivas; apenas se admittia, de accordo com os estudos de Bull e Hansen (22), Hulanicki e Lopez, que as lesões encontradas na *ora serrata*, quando occorria infiltração intensa do corpo ciliar, seriam por continuidade, propagando-se o processo á parte vizinha da retina (*pars ciliaris retinae*), redundando por isso sempre negativos os exames funcioneaes e ophtalmoscopicos nos casos em que o segmento anterior os permittia, graças á limpidez ainda inalterada dos meios refringentes. Os trabalhos mais recentes (1931) de Mamoru Uchida (23) não invalidaram o principio estabelecido sobre bases solidas, sobre factos histo-patologicos accumulados em grande escala por Philipppson, H. P. Lie, Franke e Delbanco (24), Babes (25), Mitsuda, Sugai e Maski, Gytoku (cit. de Jeanselme, 26). Todos se unanimam na convicção de relativa raridade das localizações leprosas no segmento anterior do olho.

Os achados de Mamoru Uchida na parte posterior da retina (14,06%), nos nervos opticos (9,30%), nas porções vizinhas do nervo optico (3,1%), assim como no humor vitreo e na porção posterior da choroide, apenas, a nosso juizo, confirmam a regra geral. Em taes lesões, sobretudo nas da retina e do nervo optico, não se conseguiu identificar o bacillo senão em percentagem minima, não obstante serem os casos examinados de lepra nodular. E coincidindo notavelmente com ellas, afóra *uma unica excepção*, estava todo o segmento anterior gravemente compromettido; d'elle, provavelmente, e o affirmamos com a observação de um milhar de exames, foi que se propagaram para traz as lesões que a ophtalmoscopia rarissimamente tem a surpresa de registrar no fundo do olho.

Com relação á parte que, no momento, mais interessa á nossa these, isto é, á choroide, embora se encontrassem alguns bacillos nas paredes de seus vasos sanguincos, empe as ocalizações posteriores foram devidas á propagação de infiltrações das partes anteriores, isto é, da *ora serrata*, o que não constitue nenhuma novidade, pois varios observadores já o haviam posto em evidencia.

Mesmo depois de inteirado dos trabalhos de Uchida, que analysou com a ponderação e a argucia costumeiras, Jeanselme restabelece a ques-

tão em seus devidos termos, com as seguintes palavras: “Quelques intéressantes que soient ces recherches, elles n’infirmant pas la règle jusqu’ici admise, à savoir, que les lésions oculaires les plus nombreuses et les plus graves, tant au point de vue matériel qu’au point de vue de la vision, siègent sur le segment antérieur de l’œil.

Citemos o testemunho de Pinkerton (27), depois de doze annos de observação em Honolulu: “I have examined the fundi of hundreds leprous patients and I have never seen a case that I considered significant of leprosy. I have examined these eyes, always searching for nodules in the choroid, or an inflammation or atrophy of the optic nerve, with negative results”. O mesmo Prof. Hoffmann (1) confessa que “de sus exámenes histopatológicos de los ojos leprosos enucleados, él ha podido darse perfecta cuenta de que las afecciones oculares tan frecuentemente observadas en los casos avanzados de lepra son *essencialmente diferentes de la coroiditis descrita por nosotros*”.

Em 1898, as communicações de Trantas e de von Düring (28) á Sociedade Imperial de Medicina de Constantinopla e mais as observações de Bistis (29) inverteram completamente a questão: passaram as choroíditis leprosas para uma vulgaridade notavel, não sem o protesto de alguns como Lyder Borthen (30) e sobretudo Dikran Bey Adjémian (31).

O Prof. von Düring insinuou até que havia surgido um novo symptoma para o diagnostico differencial entre lepra nervosa e syringomyelia, na qual pesquisas ophtalmoscópicas jamais o encontravam.

Foi Trantas, em 1898, victima da mesma miragem que empolgou o Prof. Hoffmann em 1930, quando, ao examinar por acaso o fundo de olho de um leproso de fôrma nervosa, cuja benignidade para com olhos, tirante a paralyisia do orbicular, chega a poupar o proprio segmento anterior, appellada então por Zambaco Pachá — *fôrma syringomyelica*, em que as lesões oculares eram consequencia somente de uma lagophthalmia, que dera azo, como é commum, a pequenas ulcerações no terço inferior da cornea queratite por dessecamento, curavel com simples tarsorrhaphia) divisoa placas de choroitites de varios tamanhos, umas grandes, fortemente pigmentadas, outras amarelladas, sem alteração da acuidade visual.

Apezar de notar a semelhança da imagem ophtalmoscópica com a de lesões syphiliticas “ressemblance de l’image ophtalmoscopique de cette lepreuse avec des lésions syphilitiques”, deixou-se convencer pela coincidência e opinou, no que tem sido repetido por alguns autores, pela existencia de uma chorio-retinite leprosa: “Je suis convaincu, diz Trantas, (32) que si l’on examine, comme já l’ai fait, des yeux qui ne portent pas encore de lésions graves, on trouvera souvent des lésions ophtalmoscopiques”.

O Prof. Hoffmann, sobre affirmar “se trata de una nueva afección observada por primera vez por nosotros”, tem-na como signal precocissimo, como symptoma unico, encontradiço “siempre que se haga el estudio sistemático del ojo en las numerosas personas expuestas a la infección latente de la lepra”.

Que fazer deante de tão conspicuas opiniões para apurar a verdade? Seguimo-lhes o conselho: tomamos 1000 doentes de lepra nos quaes as condições presentes do segmento anterior possibilitam o exame do *fundus oculi*, e partimos em busca da choroidite leprosa precoce de Hoffmann, contentando-nos com o encontro da choroidite tardia de Trantas e de von Düring.

O resultado final de nossas observações constitue o objecto do presente trabalho.

Consoante os quadros annexos, a nossa pesquisa ophtalmoscopica foi praticada em 1000 hanseianos de ambos os sexos (550 homens e 450 mulheres) nos quaes a ausencia de exsudatos, de synechias e de opacidades da cornea nos permittiu a inspecção do segmento posterior, de idade variavel entre 5 e 88 annos e portadores das seguintes fórmulas clinicas: mixta — 660; nervosa macula-anesthetica — 150; nervosa pura — 110; tuberosa — 72; tuberculoide — 8. O tempo de doença oscillou entre 3 meses e 30 annos. A percentagem de lesões do segmento posterior foi de 16,6%, assim resumidas: 2 atrophias do nervo optico, em que os symptomas iniciaes da lesão ocular antecederam de muitos annos ao apparecimento da lepra, devidas provavelmente á lues; 38 chorio-retinites cicatriciaes de que os doentes não tinham conhecimento algum, casos semelhantes aos que se verificam em todas as clinicas de olhos e pelos quaes se responsabiliza a syphilis hereditaria; 24 chorio-retinites tambem cicatriciaes, em que se percebem ainda exsudatos, descobertas em doentes de commemorativos lueticos (cancros venereos, aortites, abortos), alguns com Wassermann e Kahn concordantes e fortemente positivos.

Sómente em dois casos, os das observações n.º 62 e 65, além de placas antigas já bastante pigmentadas, notam-se pequenos focos inflammatorios recentes, demonstrativos de uma chorio-retinite em actividade. Ambos informam que sómente alguns annos (4 e 6) depois que se lhes diagnosticou o mal, começaram a sentir moscas volantes e diminuição da acuidade visual. Ainda aqui não se logrou identificar a choroidite leprosa precoce de Hoffmann. Não seriam, porém, choroidites leprosas tardias de Trantas e de von Düring? Respondamos á interrogação com as palavras de Lyder Borthen, tambem não sympathizante da novidade: “Ninguém negará a possibilidade do facto, isto é, que uma chorio-retinite encontrada em doente leproso, não possa ser tambem de natureza leprosa”. Nem se póde incluir, por falta de documentação subsistente, a choroidite leprosa entre as “differenças absolutas” de Wade (33), resultantes da acção conjugada dos factores raça e clima, como, por exemplo, a alopecia que no Japão affecta 50% dos casos e na Malaya 0,8 por mil; como a caseose do nervo, trivial nas Indias, já verificada no Brasil e na Argentina, porém absolutamente desconhecida nas Philippinas; como a lepra tuberculoide, notoria em Calcuttá e rara na India do Sul.

Registre-se, no entanto, que ambos os doentes, internados ha 2 annos e meio, devem estar saturados de chaulmoogra, que lhes tem sido

ministrado com absoluta regularidade: injeções intra-musculares e infiltrações de estheres creosotados, oleo bruto *par os*, Calmestrol Bayer, etc. Seriam, então, choroidites leproticas chaulmoogra-resistentes, pois se nos apresentam focos inflammatorios recentes ao lado de placas cicatriciaes antigas.

E' prudente não nos esqueçamos de que tuberculose e syphilis, para as quaes os tisiologos e syphiligraphos dão tamanha percentagem de contaminação geral, costumam ainda dissimular-se de tal modo que, na ausencia de quaesquer commemorativos, deparam-se-nos indices de positividade surprehenderes revelados pelas autopsias, pelas reacções sorologicas ou pela therapeutica, e que variam, segundo os autores, de 50 a 90% para a tuberculose e de, conforme o sexo, 3 a 18% (Fournier) ou de 20 a 40% (Lerede), 20 a 56% (Dujardin, cit. Prof. Carlo Martelli, 34), para a syphilis. Pela roentgenphotographia collectiva, processo inventado pelo nosso patricio Manuel de Abreu e pelo mesmo posto em pratica na Capital da Republica, já se fez estatistica interessante, pela qual os casos de tuberculose inapparente se elevam a 5,9% e os de lues arterial (aortites e hypertrophias do coração) a 3,7%.

Antes, pois, de lhes conferirmos o titulo rarissimo, relevam novas investigações: a injeção sub-cutanea de tuberculina, precedida da prova de Mantoux, a radiographia dos seios da face, dos dentes e da aorta, o exame clinico minucioso para excluir a infecção focal em qualquer ponto do organismo, novos exames de Wassermann e Kahn, para que nos não deixemos illudir pelo typo de reacções sorologicas oscillantes, segundo o conceito de Nicolas e Charbert, estudado entre outros por Jeanselme e Bloch, Gougerot e Peyri, conforme referencias de Carrillo (35), de Schulmann e Levy (36) exame do liquido cephalo-rachidiano e até nova medicação de verminose (ancylostomo) de que se acham ainda parasitados. E póde succeder que tenhamos de lançar mão do penultimo recurso diagnostico — os demorados tratamentos de prova. E póde succeder que sómente o recurso final, mantidas inalteradas ou activas as lesões do segmento posterior, e a elle circumscriptas, nos decifre e enigma clinico — a histologia pathologica.

CONCLUSÕES

No momento de traçarmos a synthese de nosso parecer sobre o assumpto, perfilhamos *in totum* as palavras de Dikran Bey Adjémian, escriptas ha cerca de 40 annos:

- I — O diagnostico da choroidite leprosa não foi ainda estabelecido com segurança.
- II — Para resolvel-o de modo seguro, urge assental-o sobre observações pormenorizadas dos doentes durante muito tempo, tomando-se em consideração a marcha, os differentes periodos e a

terminação do processo ou o exame anatomo-pathologico, tudo exposto de maneira clara e irrecusavel.

III — O diagnostico de tal lesão leprosa só não soffrerá contestação, quando se excluïrem todas as outras causas capazes de engendral-a.

QUADRO I: — Sexos, fórmias clinicas e idades dos 1.000 doentes examinados.

Sexos		Fórmias clinicas		Idade			
Mas.	Fem.	Fórma	N.º	Annos	N.º	Annos	N.º
550	450	Mixta	661	1 a 10	8	50 a 60	62
		Nerv. Mac. Anes.	149	10 a 20	122	60 a 70	40
		Nervosa	110	20 a 30	257	70 a 80	14
		Tuberosa	72	30 a 40	286	80 a 90	1
		Tuberculoide	8	40 a 50	210		

QUADRO II: — Reacções de Wassermann e Kahn das 66 observações.

Wasser. +	Wasser. —	Kahn +	Kahn —	Kahn Wass. e + +	Wass. e Kahn — —	Wass. e Kahn discordantes
42	24	36	30	33	21	12

QUADRO III: — Tempo de doença dos 1.000 hansenianos examinados.

Tempo de doença	de doentes Numero	Tempo de doença	de doentes Numero
3 mêscs	1	transporte	912
4 "	1	15 annos	17
6 "	4	16 "	16
7 "	1	17 "	11
1 anno	40	18 "	4
2 annos	89	19 "	4
3 "	110	20 "	8
4 "	82	21 "	3
5 "	116	22 "	6
6 "	112	23 "	4
7 "	78	24 "	4
8 "	59	25 "	4
9 "	56	26 "	1
10 "	40	27 "	1
11 "	46	28 "	1
12 "	35	29 "	2
13 "	22	30 "	2
14 "	20		
		Total	1000

QUADRO IV: — Sexos, idades, fórmias clinicas e tempo de doença dos 66 casos positivos.

Sexos		Idades		Fórmias clinicas		Tempo de doença			
Maso.	Fem.	nome	N.o	Fórma	N.o	Tempo	N.o	Tempo	N.o
30	36	1 a 10	11	Mixta N. Mac. Anest. Tuberosa Nervosa	40 8 9 9	1 anno	1	10 annos	6
		10 a 20	5			2 "	10	11 "	2
		20 a 30	17			3 "	1	12 "	3
		30 a 40	22			4 "	5	15 "	4
		40 a 50	13			5 "	4	16 "	1
		50 a 60	6			6 "	6	19 "	2
		60 a 70	2			7 "	7	20 "	2
						8 "	3	21 "	1
						9 "	4	24 "	1

QUADRO V: — Wassermann e Kahn concordantes e fortemente positivos.

N.º das obsers.	Forma clinica	Tempo de doença (annos)	Wassermann	Kahn
2	Mixta	11	+++	++
7	Tuberosa	24	+++	+++
10	"	16	++++	++++
11	Tuberosa	2	++	++++
12	"	5	++++	++++
14	Mixta	15	++	+++
21	"	2	++++	++++
22	"	11	+++	++
25	"	9	++++	++++
29	"	9	+++	++++
34	"	10	+	++++
40	"	5	+++	+++
42	"	21	+++	++++
44	"	6	++++	++++
47	Tuberosa	5	++++	+++
48	Mixta	6	+++	++++
52	"	15	+++	+++
53	"	8	+	++++
56	"	6	+	++++
57	Tuberosa	7	++++	+
64	Mixta	20	++++	+++

VI — QUADRO synoptico dos 66 casos positivos (64 choroidites e 2 atrophias de nervo optico).

Numero	Numero de matricula	Nome	Sexo	Idade	Fôrma clinica	Tempo de doença	R Wassern	R Kahn	Olho	OBSERVAÇÕES
1	1531	A. G.	F.	43	Nerv.	6	++	—	OD	Começou a sentir moscas volantes ha mais de 15 annos Ex-meretriz. Aorta palpavel na furcula. ODV = 1b.
2	531	A. S.	"	25	Tubr.	11	++++	++	OD	Duas placas fortemente pigmentadas. Nunca sentiu nada no campo visual ODV = 1/8.
3	1476	A. M.	"	30	Mx.	5	—	—	OD	Placa do tamanho de 4 papillas, l. temp. e sup. Nunca sentiu nada. ODV = 1/4.
4	1203	A. M.	"	44	"	19	—	—		Teve três abortos. Tomou remedio para syphilis la fóra. Grande placa central no GE. Placas e focos novos no OD Exsudato no vitreo. ODV = 1 OEV = 1/2.
5	1871	A. F.	"	21	"	4	—	—	AO	Desde menina que não enxerga bem. Nistagamus Aortite. Reflexos pup. normaes. Papillas esbranquiçadas. AOV = dedos a 2 ms.
6	1972	A. V.	"	25	"	2	+	—	OE	Pl. p. central no OE. Sente moscas volantes ha mais de 10 annos. OEV = 1/2.
7	1230	A. M. O.	M.	45	"	24	+++	+++	OD	Chor. diff. abrangendo a macula. Moscas volantes ha 16 annos. ODV = dedos a 3 ms.
8	1563	A. S.	"	31	"	7	—	—	OD	Placa lado n. Papilla descorada. Exsud. no vitreo. ODV = dedos a 5 ms.
9	133	A. C.	"	16	Nerv.	16	—	—	AO	Placas 3 vezes pap., uma em cada olho, proximo das papils ODV = 1/2 OEV = 4 ms.
10	1394	A. Z.	"	30	Mx.	16	++++	++++	OD	Placa muito pigm., parte sup. da papil. ODV = 1
11	2300	A. M. S.	"	28	Tube.	2	++	++++	OD	Cancros e adenite ha 5 annos. Duas placas, uma de cada lado da papl. ODV = 1.
12	1778	A. S.	"	18	"	5	++++	++++	OE	Placas (5 v. papl.) muito pigm., l. t. e sup. Nunca sentiu nada. OEV = 1.
13	1748	B. M. B	F	50	"	10	—	—	OE	Extensa ple. peri-papl., lado n. Exsuds. no vitreo. Sente isto ha mais de 40 annos. OE = 1/6.

Número	Número de matrícula	Nome	Sexo	Idade	Fórma clínica	Tempo de doença	R Wassern	R Kahn	Olho	OBSERVAÇÕES
14	1955	B. C.	M.	35	Mx.	15	++	+++	OD	Placa lado temp. sup. ODV = 1/2.
15	1839	C. S.	F.	38	Nerv.	6	—	—	OD	Placa para central muito pigm. OD = 1/3.
16	2151	C. V.	F.	22	"	15	—	—	OE	Placa muito pigm., l. temp. OE = 1.
17	1833	C. B.	M.	21	Mx.	3	—	—	OD	Placa esbranq. abrangendo a mac. ODV = 2 ms.
18	619	D. A.	F.	32	N. M. A.	15	+	+	OD	Adenite ha 10 annos. Tomou lá fóra 914, Bi e mercurio Placa l. n. ODV = 2/3
19	695	D. A. T.	"	38	Nerv.	8	+	+	OD	Três abortos. Placa para-central (3 papils) Sente moscas volantes desde menina. ODV = 3 ms.
20	1515	D. T.	M.	35	Tuber.	7	+	+++	AO	Placas pequenas. Percebe mascas desde 15 ans. ODV = 1/3 OE = 1/4.
21	1744	D. G.	"	25	Mx.	2	++++	+ + + +	OE	Placa de chor. justa-papilar. OE = 1.
22	1334	E. A. A.	"	42	"	11	+++	++	AO	OE-extensa placa sup. nasal, partindo da proximidade da papila. OD-Extensa placa muito pigm. no lado inf. — nasal. AOV = 1.
23	2230	E. M.	"	44	"	2	+	—	OD	Linda placa de chor., ocupando toda a area corresp. á pupilla em mydriase. Visão central = 1 m Visão lateral = 3 ms.
24	1460	E. P. S.	"	40	"	9	+	+		Placas pequenas ao nivel da macula (?). Nunca sentiu nada. Admirou-se da visão = 1/10.
25	1556	F. B. M.	F.	26	"	9	++++	++++	OD	Placas (3 vezes diamentro papillar), por cima da papilla, pigm. na periphria. Nunca sentiu nada. ODV = 1.
26	904	H. S. V.	M.	53	"	7	+	—	OD	Placa não muito pigm. (tamanho de 3 papillas), lado nasal e sup. Nunca sentiu nada. ODV = 1.
27	2154	I. X. F.	F.	28	N. M. A.	2	—	—	OD	Placa por cima e distante da papilla. Nunca sentiu nada. ODV = 2/3.
28	2189	H. A. S.	"	28	Mx.	10	+	+	OD	Quatro placas pouco pigm., menores do que a papilla, lado nasal. Nunca sentiu nada. ODV = 2/3.
29	2289	I. B.	"	26	Mx.	9	+++	+ + + +	OD	Placa por cima da papilla. ODV = dedos a 5 ms.
30	2212	I. P.	"	15	Mx.	3	—	—	OE	Placa muito pigm., metade de papilla, l. temporal sup. Nunca sentiu nada OE = 2/3.
32	1730	J. F. O.	M.	67	N. M. A.	1	—	—	OD	Cancer venereo e adenite aos 18 annos.

Numero	Numero de matricula	Nome	Sexo	Idade	Fôrma clinica	Tempo de doenca	R Wassern	R Kahn	Olho	OBSERVAÇÕES
32	332	J. B. M.	M.	38	Ner.	20	—	—	OD	Duas placas para centraes fortemente pigm. ODV = 1/10. Placa cicatricial, pouco pig., tamanho 3 papl., 1. nasal. Nunca sentiu nada. ODV = 1/2.
33	989	J. Z.	"	28	Mx.	8	—	—	OD	Pl. proxima da papl., por baixo della. Nunca sentiu nada. ODV = 1
34	1118	J. B. P.	"	34	"	10	+	+++	OD	Pl. pig. debaixo da papl. Nunca sentiu nada ODV = 1.
35	1287	J. A. F.	"	17	"	10	—	—	OD	Pl. pequena fortemente pig., do lado nasal. ODV = 1.
36	2059	J. F.	"	38	"	2	++	—	OE	Pls. pouco pig. e fôcos novos (2) de pequena dimensão (meia pap. lado nasal. Desde pequena enxergou pouco do OE. OEV = 2 ms.
37	214	J. B.	"	39	"	10	+	++	OE	Pl. pequena, lado nasal, junto da papl. Nunca sentiu nada no OE. OEV = 1/4.
38	2030	J. P.	"	36	N. M. A.	2	—	—	OD	Pls. (3) fortemente pig., debaixo da papl. Nunca sentiu nada no OD. ODV = 1.
39	1468	L. M. J.	F.	35	Mx.	7	+	—	●E	Pl. do lado temp. Exsudatos. Desde os 8 annos sente a vista turva. ODV = 1/3.
40	414	L. D.	"	40	"	5	+++	++	OE	Pls. extensas (2), fortemente pigm., debaixo da papl. Aos 15 annos sentiu moscas volantes. Depois desap. OEV = 5 ms.
41	1175	M. B.	"	28	N. M. A.	7	+++	+++	OE	Ple. fortemente pig., tamanho 2 papls., no lado temporal. Nunca sentiu nada no OE. Hypermetropia. OEV = 1/4.
42	1427	N. C. C.	"	57	Mx.	21	+++	+++	OE	Placs. pig. junto da papl. (4), lado nasal. Nunca sentiu nada. Desde menina notou q. via bem deste olho. OEV = 1/8.
43	682	M. J. S.	"	26	"	12	++++	++++	AO	Plcs. extensas. A do OE começa junto da papl. e vai até á macula. Vista curta desde menina. ODV = 2 ms. OEV = 2/3.
44	345	M. G.	"	22	"	6	++++	++++	OD	Ple. pequena debaixo da papl. Nunca sentiu nada no OD ODV = 1.
45	1785	M. B. G.	"	45	"	5	—	—	OE	Ple. pequena, lado nasal. OEV = 2/3.

Numero	Numero de matricula	Nome	Sexo	Idade	Fôrma clinica	Tempo de doença	R Wassern	R Kahn	Olho	OBSERVAÇÕES
46	1728	M. C. D.	"	42	"	6	+	+	OD	Ples. (3) fortemente pig., lado temporal. Nunca sentiu nada no OD. ODV = 1.
47	860	M. S. C.	"	30	Tub.	5	+++	+++	AO	OD-ple. fortemente pigm., para central, do diametro de 3 papl. OE-duas ples., uma inf. outra nasal, diametro de duas e uma papl. Sente moscas volantes desde a idade de 12 annos. ODV = 1/10 OEV = 1/8.
48	1228	M. F.	F.	46	Mx.	6	++++	++++	OD	Duas ples. muito pig., uma junto á papil., lado temp. outra na parte sup. Nunca sentiu nada no OD. ODV = 1.
49	202	M. M.	F.	30	"	10	—	+	AO	OD — extensa ple. muito pigm., lado nasal. OE — Ple. no mesmo lado e exsudatos. Sente moscas volantes no OE ha 6 annos. Nunca sentiu nada no OD. ODV = 1. OEV = 5 ms.
50	839	M. C. C.	F.	14	N. M. A.	4	—	—	OE	Placa pequena, pouco pigm., por cima da papl. Nunca sentiu nada. OEV = 1.
51	823	M. C. A.	F.	37	Mx.	4	+++	—	OD	Pl. pigm. (4), na parte inf. Ha muito tempo que não sente moscas volantes. ODV = 2/3.
52	504	M. V.	M.	47	"	15	+	+++	OE	Ple. peri-papillar, sobrepondo-se á papilla na parte sup. OEV = 1/6.
52	341	M. B.	"	39	"	8	+	++++	OD	Ple. extensa (4 papils), para central. Outra juxta-pail. Nunca sentiu nada no OD. ODV = 5 ms.
54	1034	M. Z.	"	32	"	12	—	—	AO	OE: duas placas cicatriciaes. OD: ples. e fôcos recentes. Começou a sentir moscas volantes ha 6 annos. Internado ha dois annos. Tem tomado chaulmoogra regularmente. ODV = 1/2 OEV = 2/3.
55	679	M. L. M.	F.	62	Tub.	7	—	—	OD	Pls. (4 papil.) fortemente pig., lado nasal. Grande ple. esbranqueada envolvendo a papl. Não enxerga bem do OD desde menina. ODV = dedos a 3 ms.
56	1268	N. F.	"	48	Mx.	6	+	++++	OD	Ple. extensa lado nasal; sente moscas volantes ha mais de 15 annos. ODV = 1.
58	1077	N. J. C.	M.	44	Tub.	7	++++	+	OE	Ple. fortemente pig., lado temp. Nunca sentiu nada no OE. OEV = 1.

Numero	Numero de matricula	Nome	Sexo	Idade	Fôrma clinica	Tempo de doenca	R Wassern	R Kahn	Olho	OBSERVAÇÕES
58	1815	O. B. M.	"	9	N. M. A.	2	—	+	OE	Duas placas pequenas na parte sup. Nunca sentiu nada. OEV = 1
59	2056	O. C. C.	"	28	Nerv.	2	+	+	OD	Ple. (3 papls.), lado nasal. Nunca sentiu nada no OD, ODV = 1
60	948	R. J. J.	F.	50	"	20	++++	—	OE	Ple. fortemente pig., debaixo da papl. e junto della. Nunca sentiu nada no OE. OEV = 2/3
61	1229	U. F.	"	42	N. M. A.	5	+	++	OD	Ple. (3 papls) para central. Nunca sentiu nada no OD ODV = 1/6
62	1146	W. T.	M.	28	Tub.	12	—	—	OE	Duas ples. pouco pigm., uma para-central, 2 fôcos pequenos no lado temp. Começou a sentir moscas valantes ha 6 annos. Internado ha 2 1/2 annos. OEV = 2 ms. Tem tomado chaulmoogra regularmente.
63	1061	V. C.	M.	50	Mx.	4	+	+	AO	Papillas esbranqueadas nas metades temporaes, mais accentuado no OE. Nota q. a vista lhe diminui ha muitos annos. ODV = 1/6 OEV = dedos a 2 ms.
64	1825	J. L. C.	"	35	"	20	++++	+++	OD	Ple. para central. Exsudato no vitreo. Internado ha 3 annos. Placa diffusa em Ao. sobretudo nos lados nasaes, poupan-
65	647	J. P. M.	M.	28	Mx.	9	++	—	AO	do somente as maculas. Grande quantidade de exsudatos. Não se lembra quando começou a sentir moscas. Faz muitos annos (sic). Peiorou ha 4 annos. Internado ha 3 annos. ODV = 1/8 OEV = 1/10.
65	2358	M. O. V.	F.	52	Nerv.	2	+	+	AO	sal do OE. Nunca sentiu nada em AO. Sempre teve a vista curta. ODV = 2 ms. OEV = 1/3. nos ODV = 3 ms. OEV = 1.

BIBLIOGRAPHIA

- 1) HOFFMANN, W. H. y BAEZ P. R. — La coroiditis leprosa precoz — Separata do Jornal dos Clinicos — Anno XI, N.º 15, p. 25.
- 2) MILIAN, G. — Lèpre et syphilis — Terc. Conf. Intern. de Lepre, Paris, 1924.
- 3) FUCHS-SALZMANN — Tratado de Oftalmologia — 1935, p. 401.
- 4) CHARLIN, CARLOS — Tratado de Clinica Oftalmologica — 1925, p. 368.
- 5) RONNE, H. — Clinical studies of the luetic choroiditis — Amer. Journal of Ophtalmology — 1935, p. 483.
- 6) BUSACCA ARCHIMEDE — Vermes e parasitas intestinaes como causa de doenças oculares, particularmente uveites. Prim. Congr. Bras. de Oftal. — Vol. I, 1936, p. 289.
- 7) MATA, LOPES — Algunos aspectos de la infección focal dentaria en oftalmologia — Archivos Oftal. Hispano-Americanos — 1935, Tomo XXXV p. 597.
- 8) KAPUSCINSKI — Contribution à la question des affections oculo-focales — Annales d'oculistique — Tomo CLXXII — 1935, p. 817.
- 9) GOMES, PEREIRA — Affecções oculares de origem dentaria — Brasil-Medico N.º 25 — 1927 p. 541.
- 10) LANGE — Le diagnostic moderne de la syphilis, specielment dans le liquide cephalo-rachidien — Annales d'oculistique — Juin, 1935, p. 501.
- 11) REZENDE, CYRO — O tratamento da tuberculose ocular, segundo as concepções actuaes. Prim. Cong. Bras. de Opht. Vol. II, 1936 p. 635.
- 12) SAMOJLLOFF-TIHOMIROVA — Sur le diagnostic et le traitement spécifique de la choroidite tuberculeuse. Annales d'oculistique — Tomo CLXXII, 1935 p. 993.
- 13) MITSUDA e OGAWA — A study of one hundred and fifty autopsies on case of Leprosy — Intern. Jour. of Leprosy — Vol V, 1937 p. 53.
- 14) SAIMINEN — Sur la reaction de Wassermann dans le serum lépreux. Recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans la lèpre. — Ann. de Dermatologia et Syphiligraphie — 1929 p. 316.
- 15) BEJARANO e ENTERRIA — L'antigène lepreux dans le diagnostic de la lèpre. Données sérologiques et donnés du liquide cephalo-rachidien. — Actas Dermo-Sifiligraficas, 1929 — An. XXI, N.º 5 p. 314.
- 16) BIER, OTTO e ARNOLD, KATE — Estudos sobre a sorologia da lepra. — Separata — 1935.
- 17) ROGERS AND MUIR — Leprosy (Differential Diagnosis) Bristol — 1925 p. 229.
- 18) ANDRADE, CESARIO — Sobre alguns aspectos da tuberculose ocular. — Prim. Cong. Bras. de Ophtal. Vol. II — 1936 p. 595.
- 19) MALTA, DANTON — Do valor da clinica de molestias dos olhos na Inspectoria Medica Escolar. — Bol. da Soc. de Med. e Cir. de S. Paulo — Numero Especial — 1927 — p. 557.
- 20) VALLE, SERGIO — Prophylaxie de la cécité au cours de la lèpre. — Archives d'Ophtalmologie N. S. t. 1, N.º 10, Octobre, 1937.
- 21) BORY, LOUIS — Pathologie comparée de la lèpre. Le Monde Medicae — Août, 1936 p. 863.
- 22) UCHIDA, MAMORU — Histological studies on affections of the back parts of the lepers eyes. La Lepre — Osaka — Sept. — 1931, N.º 3 p. 35.
- 23) FRANQUE (HAMBURG) — Anatomie pathologique de la lèpre oculaire. Ann.de Derm. et Syph. 1899 p. 1002.
- 24) BABES — Histologie de la lèpre. Berlin. 1898 p. 53.
- 25) JEANSELME — La lèpre (Manifestations oculaires) p. 331.
- 26) PINKERTON, F. J. — Leprosy of the Eye, Ear, Nose and Throat — The Hawaii Territorial Medical Association — Separata, 1935 — Honolulu — Hawaii.
- 27) E. VON DÜRING UND TRANTAS — Ophthalmoskopisches Befund Leprosen Monatshefte für Praktische Dermatologie. — 1900 — Vol. XXX p. 495.

- 29) BISTIS, J. — Uber zwei Fälle von lepröser Chorioretinitis (cit. por Lyder Borthen, 30) Bibliotheca Intern. de Lepra — 1900, Vol. I p.132.
- 30) BORTHEN, LYDER — Lepra des Auges. — Leipzig — 1899 (cit. do Prof. Hansen Grut, Copenhagen) — Bibli. Intern. Lepra — 1900 — Vol. I — p. 135.
- 31) DIKRAN BEY ADJEMIAN — Gaz. Med. d'Orient. — N.º 19, 1898 — p. 284-287.
- 32) TRANTAS, A. — Lèpre oculaire. Recueil d'Ophthalmologie. — XX Ann. 1898p p. 452.
- 33) WADE, H, W. — Regional varations of Leprosy with special reference to tuberculoid leprosy in India. Indian Med. Gazette — Vol. LXXI: 1936 p. 653.
- 34) MARTINELLI, Prof. CARLO — La sifilide ignorata e strana. — Napoli 1923. p. 33.
- 35) CARRILLO, F. — Las reacciones de Wassermann irreductibles. Rev. Med del Rosario — N.º 2 Fevereiro — 1933.
- 36) SCHULMANN, E et LEVY, G. — Condiotions necessaires pour affirmer l'irreductibilité de la reaction de Wassermann. — Bull. de la Soc. Fran. de Derm. de Syph. N.º 7 — Julho 1932, p. 961.

CONCLUSIONS

Ao moment d'exposer la synthèse de notre opinion sur la question qui nous intéresse, nous citons *in totum* les paroles de Dikran Bey Adjémian, écrites il y a une quarantaine d'années:

I — Le diagnostique de la choroïdite lépreuse n'a pas encore été établi avec certitude.

II — Pour résoudre la question d'une manière sûre, il est nécessaire de le baser sur des observations minutieuses des malades pendant longtemps, prenant en considération la marche de la maladie, ses différentes périodes et la terminaison du processus ou l'examen anatomo-pathologique, le tout exposé d'une manière claire et irrécusable.

III — Le diagnostique de cette lésion lépreuse ne souffrira pas de contestations que lorsque toutes les autres causes capables de l'engendrer auront été exclues.

Distúrbios oculares nas meningites

Candido da Silva — S. Paulo

(Oftalmologista do Serviço de Assistencia Geral a Psicopatas).

Os sintomas oculares que acompanham as meningites não são constantes, si as considerarmos sob um ponto de vista geral. Duas são as formas de meningite em que os disturbios oculares são constantes — a meningite serosa e a linfocitaria aguda benigna. Clinicamente, caracterizam-se por cefaléia intensa e continua, sintomas meningeos (nauseas, vomitos, vertigens) e perturbações oculares.