

- 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 variations 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. — Condições necessaries 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 anatomopathologique, 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 (náuseas, vomitos, vertigens) e perturbações oculares.

Estas duas variedades diferenciam-se pelo aspecto e conteúdo do liquido cefalo-raquidiano. Em ambas o monometro acusa elevada hipertensão.

O liquido é transparente e não apresenta celulas quando se trata da meningite serosa. Turvo e rico em linfocitos quando a meningite é linfocitaria aguda benigna. Quer se considere a meningite serosa, quer a meningite linfocitaria aguda benigna, os disturbios oculares são os mesmos, portanto vamos considerá-lo em conjunto.

As causas que habitualmente produzem essas meningites são as infecções, avultando sobre todas elas a gripe, por ser mais comum. A sifilis não representa papel tão importante como se admitia antigamente. No entanto, sempre que houver Wassermann positivo, paralelamente á verdadeira causa, não se deve deixar de tratar a lues.

DISTURBIOS OCULARES

São muito importantes sob o ponto de vista diagnostico. Os sintomas gerais isolados não permitem diagnostico, por serem muito vagos. Quando associados ás perturbações oculares, a meningite torna-se facilmente reconhecivel. Meningite serosa e meningite linfocitaria aguda benigna são formas hipertensivas. O liquido cefalo-raquidiano é hipersecretado e torna muito acentuada a hidrocefalia ventricular, produzindo enorme distensão dos ventriculos cerebraes, sobretudo quando ha obstrução dos orificios de comunicação (buracos de Monro e Lushka).

Alterações oculares são a consequencia immediata dos disturbios circulatorios do liquido. Essas alterações atingem indifferentemente os aparelhos motor ocular e sensorial ou aparelho da visão. O esquema adeante apresentado reúne com clareza os disturbios oculares que, geralmente, acompanham essas duas formas de meningite.

Distúrbios oculares.	{	motores	{	intrínsecos	{	anisocoria.
				extrínsecos	{	bradiquinésia pupilar á luz.
	{	sensoriais	{			subjectivos
				objectivos	{	moscas volantes.
		{	obnubilações rápidas.			
			{	baixa da visão.		
{	{	hiperemia da papila.				
		{	{	edema peri-papilar.		

Os disturbios motores nada têm de particular, sendo comuns a todas as enfermidades do eixo cerebro-espinhal. Notemos, no entanto, que,

no grupo das paralisias, o musculo reto-externo é o mais atingido (estrabismo convergente e diplopia homonima). Essa particularidade se explica pela delicadeza do sexto par craneano (motor ocular externo), nervo muito delgado e de trajeto longo. Qualquer compressão á distancia pode bloqueá-lo.

Sua paralisia não serve como sinal de localização, pois ha hipertensões tumorais em que a paralisia está do lado oposto ao tumor. E' mais comum encontrar-se paresia do que paralisia (presença de abalos nistagmiformes no campo de excursão do reto externo).

Para o lado do aparelho sensorial, os fenomenos são de maior interesse clinico, devido á sua constancia e precocidade. Dois, tres dias após as primeiras cefaléias, o doente percebe sensações visuais desagradaveis que o levam a procurar seu medico, antes mesmo da presença de qualquer achado oftalmoscopico importante. Quando a negligencia do paciente permite aturar esses disturbios iniciais, equivalentes, objetivamente, a discreta hiperemia papilar bi-lateral, essa primeira fase passa despercebida. Segue-se-lhe, porém, a segunda em que a baixa da visão, rapidamente progressiva e não raro bi-lateral, obriga o doente a um exame oftalmologico imediato.

No pequeno espaço de 24 a 48 horas, a hiperemia papilar vai ocupar logar secundario. Surge então, em correspondencia com a baixa da agudeza visual, o edema peri-papilar, imagem tipica das meningites serosa e linfocitaria agúda benigna.

Esse edema se distribue em torno da papila, mascarando-lhe os limites com a retina. A superficie da papila é poupada e deixa ver a emergencia dos vasos contrais. O edema possui tendencia centrifuga com relação á papila. Dos bordos papilares ele tende a acompanhar o trajeto dos vasos retinianos. Não deve ser confundido com o edema da estase papilar tumoral, cuja patogenia é diferente. Este é produzido por refluxo do liquido cefalo-raquidiano, enquanto que o edema peri-papilar das meningites é uma transudação serosa.

Persistindo a hipertensão craneana por falta de tratamento, o edema peri-papilar se transformará, confundindo-se com a estase papilar tumoral. Nesta fase, que poderemos chamar final, o diagnostico diferencial é muito dificil, si não impossivel.

Deve o edema peri-papilar das meningites ser diferenciado ainda das nevrites opticas intra-bulbares (papilites), que são unilaterais. E' muito rara a papilite simultaneamente bi-lateral. O edema papilar das retinites hipertensivas tambem se diferencia do edema das meninges, por ser acompanhada de placas brancas esparsas pela retina, estrela macular, albuminuria, etc.

Quanto ao tratamento, é necessario, antes de qualquer outra indicação, proceder á punção lombar ou sub-occipital. Retirar, com muito cuidado, pequenas quantidades de liquido afim de evitar descompressão brusca seguida de fenomenos de choque. Não retirar mais do que 10 ou 15 cc. de uma vez, com o doente em posição horizontal.

Nos grandes centros urbanos, onde o contacto com o neurologista pode desobrigar o oftalmologista de maior responsabilidade, esses casos se resolvem a contento. No Interior, porém, a feição do problema é mais grave. A ausencia do neurologista coloca o oculista na emergencia de agir por conta propria. Este deverá atuar desassombradamente, ainda que não tenha conseguido diferenciar o edema peri-papilar da estase tumoral. Em qualquer das duas hipoteses o doente só tem a aproveitar indicação. Os autores franceses fazem a terapeutica anti-luetica parcial da visão é a resposta á punção. Tratar a sífilis sempre que houver indicação. Os autores francezes fazem a terapeutica anti-luetica ainda que não haja razões aparentes para isso.

Convém, antes de finalizar, deixar bem claro que a ausencia de sintomas meningeos (nauseas, vomitos, estado vertiginoso, contraturas), não elimina o diagnostico de meningite. Isto se explica porque a reação meningeia é, ás vezes, muito pequena. O diagnostico pode ser lembrado apenas pela cefaléia intensa e continua acompanhada de perturbações oculares.

A ambrina no tratamento das ulceras da cornea

(Comunicação feita no Centro Medico de Ribeirão Preto)

O. Urioste

Contra as ulceras da cornea existe um amplo arsenal terapeutico á nossa escolha, consoante a indicação clinica e as preferencias individuais. Apesar disto, ha ulceras tórpidas que, rebeldes ao mais bem orientado tratamento e com prolongado retardo da cicatrização, complicam-se, ás vezes, seriamente. Creio tais fatos serem geralmente, si não ocasionados, ao menos agravados em consequencia da exposição do tecido lesado, vulneravel, ao contacto permanente dos germens mais ou menos virulentos, sempre constantes nos fundos de sacos conjuntivais e nas vias lacrimais. Em alguns casos, deve-se ainda considerar a irritação mecanica como a que pode ser produzida por certas granulações da conjuntiva tarseana superior. Diante disto, procurei uma proteção para os frageis elementos sinapticos e celulares da reparação organica, pondo desde logo á parte os metodos classicos, uteis nas ulceras traumaticas, mas que impossibilitam o curativo topico diario.

Após algumas experiencias em cobaia, concluí que a ambrina preenche tal finalidade, pois é de facil aplicação e remoção, inofensiva, otima isoladora, sem prejudicar a maioria dos tratamentos preconizados.

Eis, em toda sua simplicidade, como emprego a ambrina nas ulceras da cornea: — Branda anestesia e curativo que varia conforme o