

A propósito de um caso de coroidite de Foerster

Comunicação feita à Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo, na sessão de agosto de 1938.

W. Belfort Mattos — São Paulo.

As lesões da coróide pela sífilis são observadas quer na sífilis congênita quer na adquirida, podendo os quadros oftalmológicos ser os mais variados. Nas coroidites devidas à sífilis congênita, as lesões são, de preferência, degenerativas, ao passo que na sífilis adquirida se constata, na maioria das vezes, lesões inflamatórias. Com a terapêutica atual, de ação eficaz contra a sífilis, muitas coroidites *sui generis*, descritas por êste ou aquele autor, e que não cediam aos medicamentos usados, cicatrizam com medicação anti-sifilítica. Classificando etiologicamente as coroidites na chave das coroidites sifilíticas, temos todas aquelas devidas quer à sífilis congênita quer à adquirida. Coroidite *tal* ou *qual*, coroidite de *fulano*, etc., quando de causa sifilítica, deverá ser rubricada como *coroidite sifilítica*. Não teremos, pois, que fazer o diagnóstico de *coroidite juxta-papilar de Jensen* somente pelo aspecto oftalmoscópico da lesão, e sim — quando for a placa exsudativa devida à sífilis — de coroidite *juxta-papilar sifilítica*. Si a causa for focal, a denominaremos: *coroidite juxta-papilar sifilítica*, e, quando pudermos determinar o germem da infecção focal, a chamaremos: *coroidite juxta-papilar focal estreptocócica, estafilocócica, etc.* E assim por diante. A classificação etiológica — científica — das infecções é a que facilita o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico de qualquer coroidite, cório-retinite ou retinite pura. Um caso interessante de cório-retinite sifilítica que tive oportunidade de tratar, e que apresentava um quadro oftalmoscópico igual ao descrito por Förster, sugeriu-me estas considerações. Si a terapêutica por mim feita não fôsse acertada, poderia, erradamente, concluir ser a coroidite *sui gene*.

Trata-se de um senhor com cêrca de 50 anos de idade, morador em cidade do sul de S. Paulo, que compareceu à minha consulta, na “Clínica Irmãos Belfort”, em 4 de setembro de 1937, queixando-se de que estava perdendo a vista esquerda, da mesma maneira por que perdera a direita. Há cêrca de dois anos, percebendo diminuição da visão do olho direito, procurou um oculista, que receitou injeções depurativas, que lhe fizeram bem a ponto de recuperar em grande parte a visão. Logo depois, tornou a piorar e, apesar de repetir a mesma medicação, não obteve melhora alguma. Agora, era a visão do outro olho que ia diminuindo rapidamente. A visão do O. D. estava reduzida, a contagem

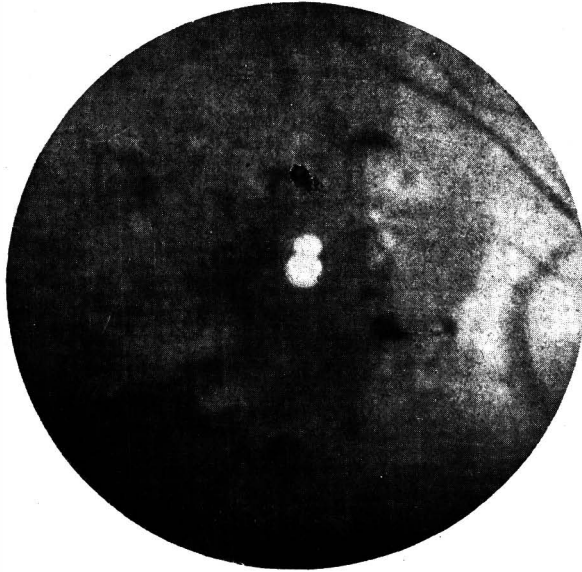
de dedos, a 6 metros, e a do O. E. era igual a 0,5 da normal. O aspecto do fundo do olho direito era o seguinte: grande número de placas de cório-retinite atrófica, disseminadas por todo o fundo, umas emendadas às outras, de maneira a não deixar quasi nenhum pedaço de coróide normal, pigmento retiniano irregularmente aglomerado e disseminado por todo o polo posterior, rarefazendo-se à proporção que se aproximava do equador; região macular normal; contornos papilares um pouco fluos; infiltração branco-amarelada em alguns pontos da coróide; vítreo sem exsudatos. O aspecto do fundo do olho esquerdo era bem diferente: a retina apresentava-se quasi toda infiltrada na região do polo posterior e, à proporção que se afastava para o equador, ia-se clareando; finos exsudatos no vítreo; região macular flua, devido a êsses exsudatos. A anamnese, que então fiz, e os aspectos dos fundos de olhos indicavam terapêutica imediata e enérgica. Prescrevi tratamento anti-sifilítico intenso, por meio do *neo-salvarsan* e bismuto, além de injeções subconjuntivais de solução hipertônica de cloreto de sódio. Rápidamente as melhoras se acentuavam, e, após dois meses de tratamento, o quadro oftalmoscópico do olho esquerdo era idêntico ao do olho direito, tendo melhorado ambas as visões. As foto-retinografias que publico aqui são do olho direito, onde se pode observar perfeitamente, a-pesar-da imagem retiniana não estar ainda perfeitamente nítida, a distribuição das lesões que não atingiram a mácula, rodeando-a apenas.

Foi M. Förster quem, em *Zur Klinischer Kenntniss des chorio retinitis syphilitica* (*Arch. für ophthalm.*, I, XX, pg. 33), descreveu com precisão essa forma de coroidite sifilítica que, até então, era tida como retinite pura. Estudada por vários outros autores, — como Masselon, que, em *La chorio-retinite spécifique* (*Mémoires d'ophtalmoscopie*, Paris, 1883), teve oportunidade de observar um mesmo caso durante vários anos, fazendo desenhos demonstrativos da evolução do mal, — foi a mesma afecção revista e estudada, em nossos dias, por Igesheimer, em *Syphilis des Auge* (1928), e por Dimmer, que prefere denominá-la, simplesmente, *coroidite sifilítica difusa*, em *Der Augenspiegel* (1921), onde publica foto-retinografias. Tratados modernos, — como *Fundo de ojo, su diagnóstico*, de Adrogué e J. Tettamanti (1936), e *Internal Diseases of the eye, and Atlas of ophthalmoscopy* (1937), de Uribe Toncoso, — estudam, em capítulo à parte, a cório-retinite de Förster, sem comtudo estamparem fotos ou desenhos da mesma. Essa forma de coroidite, descrita por Förster, se caracteriza pela sua insidiosidade, começando por lesar a visão central e o sentido luminoso. A adaptação à obscuridade é muito diminuída, queixando-se os pacientes de fotopsias, pontos luminosos, etc., devidas ao edema retiniano. Aparecendo, depois, pela oftalmoscopia, alterações da retina, faz, a princípio, pensar que se trate de uma retinite, quando o mal é coroidiano, sendo as lesões retinianas secundárias. Förster chamou muito a atenção para êsse fato e para a fina exsudação

ARQUIVOS BRASILEIROS DE OFTALMOLOGIA

A propósito de um caso de coroidite de Förster

W. BELFORT MATTOS



FOTOS DO AUTOR

nas camadas posteriores do vítreo, infiltração leucocitária em toda a região premacular e prepilar, que só permite ver a pupila muito flua. Raramente, observam-se hemorragias retinianas. Gilbert (*Kurz. Handbuch der ophth.*, 1930) julga que se trata de uma infiltração conjunta da córioide e retina, denominando-a de *cório-retinite disseminada*. Schnabel e Igersheimer constatarem a frequência de uma iridociclite precedente à coroidite. Krückmann julga que a afecção começa com uma inflamação da cório-capilar. Na fase final do mal quando tudo está cicatrizado, o quadro oftalmoscópico se assemelha muito ao de uma retinite pigmentar. Como diagnóstico diferencial, temos a distribuição dos focos de pigmentos, como muito bem se observa nos fotos que publico, evolução e resultado visual. Deve-se, ainda, fazer o diagnóstico diferencial entre a *coroidite disseminada* de Dimmer e a papilosa de Krückmann, ainda não etiologicamente classificadas. A coroidite de Förster será de etiologia sifilítica quando, pela história clínica, exames gerais e, principalmente, quando o paciente acusar um tratamento antilúético mal orientado ou interrompido, ceder ao tratamento anti-sifilítico. Via de regra, quando de origem sifilítica, a coroidite de Förster cicatriza rapidamente com uma terapêutica anti-sifilítica enérgica e bem orientada, obtendo-se bom resultado visual, por serem as regiões maculares, na maior parte das vezes, mais ou menos respeitadas.

Considerações sobre o tratamento cirúrgico do descolamento da retina.

J. Pereira Gomes — São Paulo.

O tratamento cirúrgico do descolamento da retina pode ser perfeitamente dividido em duas fases bem delimitadas: a *fase empírica*, cuja evolução se estende por dezenas de anos, desde a descoberta do oftalmoscópio, até aos memoráveis trabalhos de Gonin, ou *fase pre-Gonin*, e a *fase científica*, ou *atual*, que reconhece a concepção de Gonin como verdadeira, isto é, o conceito patogênico de que a ruptura da retina precede o seu descolamento, donde a necessidade de obturar essa ruptura, para conseguir-se a readaptação retino-coroidiana.

Como se tratava, em geral, antes de 1929, o descolamento idiopático da retina?

Empregava-se, e essa era a prática de todos os oculistas, o chamado tratamento de Samelsohn, que consistia no penso binocular imobilizador, e mais ou menos compressivo, acrescido do decúbito dorsal. Além disso, como complemento seguido pela maioria dos especialistas, as injeções subconjuntivais de soluções de cloreto de sódio, em concentrações diversas.