

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 ophthalm.*, 1930) julga que se trata de uma infiltração conjunta da córioide e retina, denominando-a de *cório-retinite disseminada*. Schnabel e Igersheimer constataram 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.

Esse tratamento, aconselhado sem entusiasmo, representava, entretanto, alguma coisa mais do que a total abstenção cirúrgica recomendada por Poncet, em 1887, ou o cruzar de braços, com resignação e desespêro, a que se referia Weill.

Não foi, portanto, fácil a tarefa de Gonin. A sua genial concepção patogênica da ruptura retiniana, como elemento essencial do descolamento, e a seguir, como corolário dessa verdade, o seu método de obturar essa ruptura, como condição indispensável de cura, ou readaptação retiniana, fôram elementos recebidos, no mundo oftalmológico de então, com frieza e cepticismo.

Realizado o Congresso de Oftalmologia de Amsterdam, em 1929, onde os trabalhos de Gonin mereceram verdadeira consagração, e publicados por êle, logo a seguir, os relatos de 250 casos operados de descolamento da retina, Lausanne, a cidade em que Gonin professava, transformou-se na Meca dos descolados de retina e dos oculistas de todo o mundo, ávidos de aprender com o mestre as particularidades da nova técnica.

Também lá estive em 1930, e, conquanto Gonin fôsse considerado como de gênio áspero e intratável, a minha impressão foi totalmente outra, pois recebi do seu convívio a certeza de lidar com um professor amável, franco, simples de maneiras, afável e comunicativo, lembrança que conservo, até hoje, dos dias naquela cidade passados.

O tratamento cirúrgico do deslocamento da retina, nos dois períodos por mim assinalados, pre e post-Gonin, pode ser resumido na seguinte divisão:

- 1) punções esclerais;
- 2) galvano-cauterização da esclerótica;
- 3) aplicação de substâncias químicas na esclerótica;
- 4) electrólise;
- 5) a termo-punção obliterante de Gonin;
- 6) a diatermo-coagulação atual.

Aquí se consubstanciam os diferentes modos de agir dos oculistas, no tocante ao tratamento cirúrgico do descolamento retiniano, não me referindo, propositadamente, a inúmeras outras modalidades passageiras de técnica, entre as quais seria de lembrar a de Müller, que em 1903 extirpava uma secção elíptica da esclerótica, suturando em seguida a solução de continuidade resultante.

E' interessante notar que, nessa enumeração, há tratamentos empíricos que se tornaram científicos, uma vez aplicados com o fim de obturar as rasgaduras retinianas.

Nesse particular, como prova de como as nossas concepções variam com o tempo, as rupturas retinianas chegaram a ser consideradas como contra-indicação operatória, tal como afirmaram vários especialistas, entre os quais Terson, em 1895.

O diagnóstico do descolamento idiopático da retina é fácil, ao alcance mesmo dos principiantes. O que, porém, não é fácil é o diagnóstico da ruptura retiniana, que embora tenha sido, muito antes, descrita por outros oculistas, desde De Graefe, de Wecker, Leber e outros, precisa ser previamente estudada, em minuciosos e sucessivos exames, após repouso no leito com curativo binocular. Devem ser anotadas, num grama, a sua forma, as suas dimensões e, sobretudo, a sua localização. É um erro supor-se que, pelo tratamento da diatermo-coagulação em barragem, esses dados sejam desprezados. Entre aqueles dados, o mais difícil, sem dúvida, é o da localização exata: postos de lado os diferentes processos empregados, inclusive o de Gonin, baseado na mensuração por diâmetros papilares em relação com a *ora serrata*, que vem descrito no tratado de Gonin, e que empreguei várias vezes, o mais prático, atualmente, é o processo do perímetro.

Vale a pena recordá-lo: coloca-se o doente como para medir-lhe o campo visual, o olhar dirigido para a mira central. Procura-se a ruptura, que já foi observada antes; uma vez achada, leva-se o arco do perímetro à altura do olho do observador, notando-se então a *inclinação do arco* e os graus que esse arco marca, justamente nesse ponto. Aplica-se, para o cálculo, a tabela seguinte:

Graus do perímetro . . . . .	90-80-70-60-50-40-30
Distância do limbo corneano . . . . .	7- 9-11-13-15-17-19

Marcados com tinta Nanquim, em dois pontos opostos, do limbo corneano, os lugares correspondentes à inclinação do perímetro, obtém-se, na esclera, a distância desejada.

Passemos em revista, rapidamente, os processos cirúrgicos há pouco enumerados. As punções escleraes fôram praticadas, seguidamente, com o fim de evacuar o líquido sub-retiniano. Quem primeiro a praticou foi o grande De Graefe, em 1857, e os seus propugnadores mais aferrados. Últimamente, fôram Deutschmann, de Berlim, e Sourdille, de Nantes.

Deutschmann fazia, a princípio, em 1895, a transfixão esclero-corióido-retino-vítrea, e passou depois a praticar injeções de vítreos de coelho na câmara profunda de olhos humanos. No 1.º caso, tinha por fim evacuar o líquido sub-retiniano, e, no 2.º caso, combater, além disso, a retração do vítreo, considerada causal do descolamento retiniano.

A-pesar-de haver falecido já em pleno período de aceitação geral da concepção de Gonin, Deutschmann sustentava ainda que o descolamento da retina precedia a ruptura, pelo que modificou novamente a sua técnica, que últimamente consistia em perfurações da esclerótica, seguidas de injeções subconjuntivais irritantes, processo semelhante ao de Sourdille.

Sourdille praticava a punção escleral, seguida da injeção subconjuntival de solução milesimal de oxicianeto de mercúrio; agia, pois, dupla-

mente, evacuando o líquido sub-retiniano e provocando a revulsão necessária para a adesão da retina.

Processos hoje abandonados, empreguei-os, ambos, antes dos trabalhos de Gonin, infelizmente com insucesso.

A galvano-cauterização da esclerótica teve muitos adeptos, mas o mais notável dos seus entusiastas foi Lagrange, com o seu processo de *colmatage*, galvano-cauterização subconjuntival peri-límbica, feita com o propósito de combater, no descolamento da retina, a hipotonia do globo ocular.

Quanto ao tratamento cirúrgico baseado na aplicação de substâncias químicas na esclerótica, convém distinguir o que foi feito na fase empírica e o que é feito atualmente. Naquela, foram Fano, em 1866, e depois Galezowski e Schoeler, em 1899, os que primeiro injetaram tintura de iodo entre a retina, ou a cório-retina e o vítreo; podemos hoje, avaliar os danos que essa infeliz terapêutica causava aos pacientes, sabida como é a difusão dessa tintura nos tecidos.

Entretanto, o tratamento químico pelos toques de lapis de potassa ou de soda cáustica na esclerótica, — o primeiro de Guist e o segundo de Lindner, — é processo perfeitamente científico, uma vez baseado na concepção de obturar uma ruptura retiniana.

E' um processo sobremodo moroso e difícil, dependendo de trepanações delicadas da esclerótica, sem perfurá-la, numa extensa barragem envolvente da zona de ruptura. Com a técnica atual, tão eficiente, não há necessidade de empregar-se êsse tratamento.

Ao tratamento pela electrólise estão ligados os nomes de Schoeler e Abadie, em 1899, e Verhoef, em 1917, — todos êstes e ainda outros da fase que chamo empírica, — e Vogt, o grande professor de Zurich, atualmente. Êste coloca o catódio no vítreo e o anódio na esclera, passando a corrente na zona da ruptura, determinando por essa forma a irritação necessária para a produção da cório-retinite adesiva.

A termo-punção obliterante de Gonin foi por êste introduzida em ciência em 1919. A técnica empregada baseava-se na localização exata da ruptura ou das rupturas, na avaliação das suas dimensões, e na termo-punção, com o termo-cautério especial, precisamente na região respectiva.

Entusiasta sem reservas do processo em questão, a-pesar-das suas dificuldades, pois uma punção única devia recair num ponto determinado do globo ocular, operei seis casos, dos quais quatro com readaptação definitiva da retina. Um dêles especialmente, que mora em S. Paulo e é míope, quasi todos os anos me procura para exame de refração.

Com o advento da diatermo-coagulação, introduzida em ciência por Larson, em 1929, seguido logo depois por Wewe, Safar, Arruga e tantos outros, a operação de Gonin foi abandonada, conservados de pé, entretanto, os seus ensinamentos, isto é, estabelecendo-se, como regra indispensável de cura, a obliteração da ou das rasgadas retinianas.

Consiste o processo na aplicação de uma corrente, a princípio de 300 mil amperes, e hoje, em média, de 150 miliampères, sobre a esclerótica perfeitamente desnudada e exangue, por meio de pequenas bolas ou pontas perfurantes, exatamente sobre a região da ruptura, cercando-a. O electródio negativo ou ativo é aplicado na esclerótica, e o positivo ou neutro no braço.

Emprego, hoje, uma técnica mista, agindo com o electródio-bola em extensa barragem da zona de ruptura, com a corrente de 200 miliampères, e com o electródio em ponta perfurante, em plena ruptura, com a corrente de 50 miliampères. O excelente aparelho "*Retix*", de que me sirvo, fornece essas duas correntes separadamente, o que singularmente simplifica o processo. E' preciso não esquecer que a coagulação perfurante, dando saída ao líquido sub-retiniano, é tempo operatório indispensável; caso se pratique somente a coagulação em superfície, a saída do líquido sub-retiniano será, na ocasião, realizada com uma agulha qualquer, a de uma simples seringa de injeção, por exemplo. De qualquer forma, prefiro a saída do liquido com o electródio em ponta perfurante.

Feita a aplicação da diatermo-coagulação assinalada, deve o operador servir-se do oftalmoscópio no ato operatório, com o fim de verificar si fôram atingidos os pontos desejados, o que é fácil reconhecer pelo aspecto *sui generis*, que apresentam, de focos esbranquiçados. Quando êsses focos brancos não aparecem, é, geralmente, porque não se acham em contacto com a coróide, não tendo saído liquido sub-retiniano suficiente.

Dos casos por mim operados, cêrca de quarenta, — o que não é muito, comparativamente com as estatísticas de outros operadores. alguns dos quais, como Wewe e Arruga, andam por muitas centenas (creio mesmo que Wewe acima de mil casos), — posso, entretanto, fazer algumas considerações interessantes.

Assim, por exemplo, é regra geral dizer-se que os casos devem ser operados o mais recentemente que for possível: não há quem não esteja de acôrdo com êsse postulado, já considerado essencial por Gonin. Entretanto, em dois casos operados e curados por mim, num dêles o descolamento, em paciente de 17 anos, datava de quasi um ano. e noutro, em paciente mal nutrida, e velha de 65 anos, com três rupturas em volta de uma antiga placa de coroidite, o descolamento datava de 6 meses. Em ambos êsses casos, a operação foi feita por insistência dos pacientes, aos quais avisara que provàvelmente a cura não seria obtida.

Outras vezes, os casos parecem fáceis, — com rupturas bem visíveis, bem localizadas e bem ao alcance das aplicações diatérmicas, e datados de dias ou menos de dois meses, — e inexplicavelmente as intervenções não são coroadas de sucesso.

Nunca poderá o operador, atualmente, hesitar na intervenção dos casos aconselháveis; em senhora de Franca, por mim operada, o descolamento parecia ter tomado toda a retina, achando-se a visão reduzida a ponto da paciente não poder contar os dedos; entretanto, depois de uma

intervenção feliz, que conseguiu recair em extensa ruptura, a retina se readaptou integralmente, e a visão a pouco e pouco se restabeleceu, podendo a paciente obter visão normal do olho operado um ano após a diatermo-coagulação.

O mesmo se verificou em caso semelhante, por mim relatado em conferência feita na Associação Médica do Paraná, na cidade de Curitiba. Em caso, aparentemente fácil, de desinserção da retina, que operei com Danton Malta, e feito com a devida técnica, já o mesmo não se verificou, e o paciente nada aproveitou com a intervenção. Nesse caso, houve a assinalar um fato interessante, relatado por Danton Malta: a desinserção só foi vista tardiamente, mas o aspecto da zona macular do paciente, que não tinha visão central, era o de enrugamento superficial, uma retina ondulada à maneira de têlha de zinco.

Antes de operar os meus pacientes, exijo deles que entrem no hospital; que façam o repouso em decúbito aconselhado, com penso binocular, como si já estivessem operados, acostumando-os desde logo a essa disciplina; examino-os diariamente, procurando as rupturas, e fazendo os desenhos ou diagramas respectivos, e só depois de bem verificados todos os dados de cada caso é que a operação é feita.

Às vezes, também, uma surpresa desagradabilíssima pode acontecer a qualquer operador, e é que dado caso, julgado curado, pelo exame oftalmoscópico, alguns dias depois, por motivos inexplicáveis, se apresente de novo com descolamento.

Entre os mais difíceis, considero os deslocamentos produzidos após a operação de catarata; operei dois pacientes dessa espécie, ambos com insucesso, e, a não ser em casos especialíssimos, me abstenho atualmente de intervir nessas condições.

Parece-me supérfluo dizer que o operador deve intervir apenas nos chamados descolamentos idiopáticos, ou produzidos por traumatismos. Seria um crime operar descolamentos produzidos por tumores da coróide, ou acompanhados de lesões exsudativas da cório-retina, impedindo o exame de fundos oculares, ou com hipotonia aguda, ou mesmo em indivíduos agitados e em péssimo estado geral. Entretanto, há uma modalidade especial, em que a intervenção seria aconselhável, e existente entre nós: é a da concomitância do descolamento com um cisticerco sub-retiniano, ou mesmo livre no vítreo.

Terminando, não será ocioso dizer-se que o descolamento da retina ocorre num olho predisposto de um indivíduo doente. Devemos esmerar-nos no estudo de cada caso: pesquisar as infecções em foco, perquirir de traumatismos, procurar descobrir a ação de possíveis toxinas, ou perturbações vasculares, indagar de moléstias gerais, principalmente crônicas, como a sífilis e a tuberculose, enfim, pôr em ação toda a nossa inteligência e cultura na descoberta possível da causa de dado descolamento. Só assim mereceremos o nome de médicos.