

Editorial	141
Tratamento cirúrgico do nistagmo com torticollis Carlos R. de Souza Dias	143
Dupla paralisia de elevadores Carlos R. de Souza Dias	147
Retrocesso de um reto medial no tratamento da esotropia Jorge Alberto F. Caldeira	157
Ambliopia psíquica — Cura pleóptica Raul de Camargo Vianna	167
Estudo da fixação com a lâmpada de fenda e determinação do zero óculo- motor Mauricio Brik, Clarissa Eneide Brik	171
Resumo do programa científico do II Congresso Internacional de Ortóptica Harley E. A. Bicas	181
Lenticone anterior — (Lentiglobo) Clovis Paiva	193
Lenticone anterior — Lente de contato Paiva Gonçalves Filho, Telemaco Baldrin, Vanildo Maldi	197
Cisto conjuntival de glândula lacrimal ectópica Roberto Lorens Marback, Aristides Cheto de Queiroz, Epaminondas Castelo Branco Neto	209
A importância do repouso pré-operatório na propedêutica e no tratamento do descolamento da retina João Alberto Holanda de Freitas, Henrique José Filomeno Fontes	215
As mal formações oculares das acrocéfalosindactilias Fernando Q. Monte, Maria Pitombeira, J. Jurandy Cardoso Ferreira	223

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

10. ^a Sessão Extraordinária	237
11. ^a Sessão Extraordinária	237
Assembléia Social para posse da Nova Diretoria	237
Discurso do Dr. Murillo Carvalho	238
Discurso do Dr. Dilson Marques da Silva	239
Relatório da Diretoria de 1971/72	241
1. ^a Sessão Ordinária de 1972	250

VÁRIAS

Ainda o II Congresso Luso-Hispano-Brasileiro de Oftalmologia	253
Título de Especialista em Oftalmologia	254
Conselho Brasileiro de Oftalmologia e Sociedade Brasileira de Oftalmologia	255
Prof. Hilton Rocha	256
XII Curso de Especialização	256
Prof. Humberto de Castro Lima	256
Centro de Estudos Oftalmológicos "Cyro de Rezende"	256
Prêmio Adaga August Lohnstein de Oftalmologia	257
Prêmio Masson de Refração, de 1971	257
Secção de Oftalmologia da Associação Bahiana de Oftalmologia	257
I Encontro Nacional da Sociedade Brasileira de Lentes de Contato	257
XXII Congresso Internacional de Oftalmologia	258
Olho no anúncio	259

LIVROS NOVOS

Anátomo-fisiologia da coróidea — J. Castro Correa	259
Les aberrations chromosomiques en ophtalmologie — J. François — R. Berger — H. Saraux	259
Augenaertztlicher Untersuchungskurs — Karl-Ernst Krueger	260
Anais da Segunda Convenção da Sociedade Oftalmológica Meridional	260
Auge und Brille — Josef Reiner	261

REVISTAS EM RESUMO

Les brides conjonctivales non traumatiques et leur traitement par autohemoterapie locale — G. Schilovitz — P. Payrau	263
Cryotherapie dans l'hypotonie excessive consecutive aux operations filtrantes — M. Brihaye e cols.	263
Late results of surgery on eyes with glaucoma and cataract — L. Laatikainen	264
Cirurgia del segmento anterior del ojo — Joaquim Barraquer	264
An extract of Detmar Wilhelm Soemmering's thesis — Ry Andersen Ole Munk	264
Manifestações Oftalmoscópicas de las leucosis — E. Vila — Iliueca e J. Frances	264

EDITORIAL

Quatro meses nos separam do II Congresso Luso-Hispano-Brasileiro de Oftalmologia, comemorativo do cinquentenário da nossa Sociedade.

A Diretoria da Sociedade, a sua Comissão Organizadora e muitos colegas que espontaneamente vêm colaborando para o preparo daquele certame, estão verdadeiramente entusiasmados com a repercussão que vem tendo o nosso Congresso em todo o mundo oftalmológico, tornando-se fácil prever que o seu sucesso está garantido.

Além do elevado número de inscrições recebidas, sendo 33 os Cursos Especiais já programados, temos recebido apoio substancial de numerosas firmas comerciais e laboratórios farmacêuticos, bastando dizer que todos os estandes da exposição comercial-científica estão vendidos, restando alguns para os laboratórios.

Devemos dar destaque especial ao Laboratório Frumtost, que, além de oferecer a já famosa Festa Frumtost, têm fornecido todo o material de correspondência e cartazes, e vai fornecer passagens e estadia para dois conferencistas indicados pela Sociedad Española de Oftalmologia.

Também o Laboratório Alcon se prontificou a patrocinar a vinda do prof. Ramon Castrovieijo; a Casa Zeiss-jena, a trazer um oftalmologista da Alemanha Oriental, já convidado; a Casa Masson vai copatrocinar o chá-desfile de jóias, oferecendo uma jóia para sorteio e a medalha de ouro para o melhor trabalho não brasileiro; a Livraria Pesquisa dará a medalha de ouro para o melhor trabalho brasileiro e placas comemorativas para todos os não brasileiros que apresentarem trabalhos científicos; a Editora Mosby doou vários livros para serem sorteados e Bausch Lomb, dois oftalmoscópios de May e Sudop, tres pupilômetros. Outros oferecimentos estão sendo estudados.

Para melhor organização do Congresso, a Comissão Organizadora vem fazer um caloroso apelo aos colegas no sentido de não deixarem as inscrições para os últimos dias, não só porque facilita o seu trabalho, como porque se beneficiarão das taxas reduzidas.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO NISTAGMO COM TORTICOLIS (*)

CARLOS R. DE SOUZA DIAS

Até o presente, muito pouco foi possível fazer no sentido de se aliviar os padecimentos dos portadores de nistagmo.

Há, entretanto, entre os numerosos tipos de nistagmo, um que pode ser aliviado por uma terapêutica adequada. Trata-se daquele que, manifestando-se quando os olhos estão em posição primária, diminuem ou mesmo desaparecem ao se dirigirem os olhos para uma determinada posição de lateralidade, chamada zona neutra, posição de bloqueio ou posição ocular ótima.

Caracteriza-se por movimentos nistagmiformes de alta frequência e pequena amplitude na posição de bloqueio, quando não há uma parada aparentemente total: ao dirigirem-se os olhos para o lado oposto, surge um nistagmo "em trancos", com fase rápida para o mesmo lado. Em alguns casos, dá-se o mesmo fenômeno ao dirigir-se o olhar para o outro lado, ultrapassando a posição de bloqueio.

Em todos os casos, há uma acuidade visual máxima quando os olhos estão em posição de bloqueio, decaindo acentuadamente ao afastarem-se dela. Isto obriga o paciente a adotar uma posição viciosa de cabeça, de forma a que os olhos se situem na posição que lhe proporcione melhor acuidade visual, ou seja, há um torticolis em direção à fase rápida no nistagmo.

Alguns casos estão associados a estrabismo, adotando o paciente um torticolis adequado à posição de bloqueio do olho fixador; trata-se, nesses casos, de nistagmos latentes que se tornaram manifestos devido à supressão ou à ambliopia estrábica, que agem como verdadeira oclusão. A posição de bloqueio será sempre a de adução do olho fixador.

(*) Apresentado na Jornada Estrabológica de Caxambu, do Centro Brasileiro de Estrabismo (11 e 12 de dezembro de 1971).

Em outros casos há, além do componente lateral da posição de bloqueio, um outro vertical associado, que obriga o paciente a, além de girar a cabeça em torno do eixo do pescoço, tombá-la para a frente ou para trás, segundo o caso.

Alguns pacientes acusam oclupia e, nesse caso, executam movimentos de vai e vem com a cabeça, na tentativa de eliminar esse incômodo fenômeno.

A etiopatogenia desses nistagmos não importa para a indicação terapêutica. O que se exige, ao se propor uma cirurgia, é que ele esteja estacionário, pois há nistagmos que evoluem espontaneamente para uma melhora ou mesmo para a cura.

ALFRED KESTENBAUM (1) propôs, em 1950, uma técnica cirúrgica para a correção dessa anomalia. Consta ela de uma operação simétrica, interessando os 4 músculos retos horizontais, em que se pratica uma ressecção dos dois responsáveis pela rotação dos olhos em direção à fase rápida e uma recessão dos seus oponentes. Para determinar o montante das recessões e ressecções, calcula ele o que chama "número do nistagmo", que consiste na distância em milímetros existente entre as posições do limbo estando os olhos em posição primária e em posição de bloqueio. Por exemplo: um paciente apresenta um bloqueio de seu nistagmo ao realizar uma levoversão de 5 mm; pratica-se então uma ressecção de 5 mm dos retos medial do OE e lateral do OD e uma recessão de 5 mm dos retos lateral do OE e medial do OD. Com isso, transfere-se a posição de bloqueio de uma lateroversão para a posição primária, eliminando-se o torticollis e, às vezes, melhorando-se a acuidade visual.

ANDERSON (2), em 1953, na Austrália, supondo que o fenômeno fosse causado por um aumento patológico do tonus dos músculos responsáveis pelo movimento da fase lenta, sugere apenas uma recessão desses músculos em ambos os olhos.

RAMA (3), em 1953, na Itália, cita 12 casos de estrabismo associado a esse tipo de nistagmo e torticollis, em que praticou uma ressecção dos músculos responsáveis pela movimentação dos olhos em direção à fase rápida e obteve a correção do torticollis, quase abolição do nistagmo e melhora da acuidade visual.

NOBU GOTO (4), em 1954, no Japão, propõe operações tipo recessão-ressecção.

METZGER, em 1950, propõe o uso de prismas com a finalidade de, mantendo os olhos na posição de bloqueio, corrigir o torticollis. Prescreve prismas de igual valor para ambos os olhos, com base voltada para o lado oposto ao da posição de bloqueio.

Temos trabalhado no assunto há alguns anos, obtendo resultados animadores. Para os casos em que o número do nistagmo não ultrapassa a 2, usamos os prismas, segundo METZGER. Não os indicamos quando esse número é maior que 2 pelo seguinte motivo: considerando-se que cada mm de excursão ocular medido na esclera corresponde a um movimento de $4,6^\circ$ ou 8Δ , para 2 mm teríamos que usar prismas de 16Δ . Acima desse valor, há três inconvenientes, ou seja, as distorsões e aberrações inerentes aos prismas potentes, o problema de ordem estética que permanece

ou mesmo piora, pois o paciente passa a viver olhando de lado, não podendo encarar seus interlocutores, e as perturbações grosseiras da coordenação olho-mão que acarretam.

Para os casos restantes, isto é, com número de nistagmo maior que 2, optamos pela solução cirúrgica. Adotamos o esquema proposto por KESTENBAUM, com o qual muitas vezes somos obrigados a recessões de retos mediais de até 7 mm, o que ocasiona uma certa limitação de adução; esse fato, entretanto, é totalmente insignificante, pois esses pacientes nunca usam seus olhos na lateroversão correspondente à ação daquele músculo, pois ali permanece sempre algum nistagmo, que lhe baixa a visão.

Em todos os nossos pacientes operados, em que havia ortoforia pré-operatória, observou-se perfeita ortoforia no pós-operatório. JAMPOLSKI (5) aconselha operações assimétricas. Opera o olho do lado da pos. de bloqueio, considerando-o como um olho exotrópico de valor igual ao número do nistagmo e o outro, como um olho portador de uma esotropia de igual valor. Argumenta com as diferentes reações de cada músculo às recessões e ressecções. Embora a idéia nos agrade, no plano teórico, ainda não nos animamos a agir dessa forma, pois se com as operações simétricas obtivemos sempre ortotropia pós-operatória, tememos que o mesmo não aconteça se agirmos de outra forma, criando um estrabismo iatrogênico.

Nos casos em que há um estrabismo associado, algumas vezes o planejamento cirúrgico para a correção do nistagmo coincide com o da correção do estrabismo e então resolve-se os dois problemas de uma só vez. Quando tal não ocorre, planejamos inicialmente a cirurgia para o nistagmo, realizando-a no olho dominante, executando operação suplementar no olho estrábico, de preferência durante o mesmo ato cirúrgico, adaptando-a de acordo com o caso, a fim de conseguir ortotropia. Se restar algum desvio estética ou funcionalmente importante, nada nos impede de realizar uma segunda operação para reajuste.

Quando não conseguimos, com a operação de Kestenbaum, transportar a zona neutra para a posição primária, restando ainda um pequeno torticolis, lançamos mão dos prismas, com o que quase sempre conseguimos resolver o problema.

Ao operarmos pacientes que apresentam um componente vertical em sua posição de bloqueio, como citamos acima, associamos à operação clássica uma elevação ou abaixamento das inserções dos 4 músculos, segundo esteja a posição de bloqueio localizada em infra ou supra versão, respectivamente.

JAMPOLSKY (5), falando-nos de sua experiência no assunto, relatou-nos casos em que, 5 anos após a cirurgia, reaparece o paciente no consultório com seu antigo torticolis. Embora nossa experiência não ultrapasse a 4 anos, ainda não tivemos, felizmente, oportunidade de presenciar esse fato desagradável. Entretanto, cremos que, se isso acontecer, indicaremos uma reoperação.

SUMMARY**Surgical Treatment of Nystagmus Associated to Torticolis**

When the "nystagmus number" is inferior to 2 the A. uses prisms as recommended by Metzger. Otherwise, Kestenbaum's operation is performed.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Kestenbaum, A.: Nistagmus, Review of the Literature in 1946-1954. *Advances in Ophth.*, S. Karger, Basel, 1957, vol. VII, pp. 274-276.
- 2 — Anderson, J. R.: Causes and treatment of Congenital excentric Nistagmus. *Brit. J. Ophth.*, 37: pp. 267, 1953.
- 3 — Rama, G.: *Rass. Ital. Ottal.*, 22: pp 245, 1953. (Citado por Kestenbaum).
- 4 — Goto, N.: *Soc. Ophth. Japan*, 58: pp 176, 1954. (Citado por Kestenbaum).
- 5 — Jampolsky, A.: Comunicação pessoal.

DUPLA PARALISIA DE ELEVADORES

CARLOS R. DE SOUZA DIAS

A expressão “dupla paralisia de elevadores” está consagrada internacionalmente como designação de um quadro clínico que compreende uma hipofunção ou uma paralisia dos dois músculos elevadores do mesmo olho (reto superior e oblíquo inferior), provocando uma hipertropia mais ou menos acentuada, de acordo com o grau do déficit motor e com o olho usado para a fixação. (desvio primário ou secundário). Geralmente o olho afetado não consegue ultrapassar em elevação o plano horizontal.

Acompanha o quadro, muitas vezes, uma blefaroptose do lado afetado, que pode ser real ou falsa: real quando há paresia ou paralisia também do músculo elevador da pálpebra e falsa quando esta baixa apenas em acompanhamento ao olho que está em infradução. A diferenciação é estabelecida ao se fazer com que o paciente fixe com o olho afetado — se houver ptose real, esta não se modificará; se se tratar de uma pseudo ptose, a pálpebra elevar-se-á normalmente, podendo haver até certo exagero na elevação.

A afecção é, na maioria das vezes congênita.

JAMPOLSKI (1) afirma, com base em estudos eletromiográficos, não haver nesses casos paralisia do oblíquo inferior e sim apenas do reto superior. Essa opinião vem de encontro às afirmativas de BURIAN e LANCASTER de que, quando há paralisia de um dos músculos elevadores, o desvio manifesta-se de início apenas em torno de sua posição diagnóstica, estendendo-se com o tempo ao campo de ação do outro elevador, tendendo à concomitância.

ETIOLOGIA

A etiologia desse quadro não está ainda claramente estabelecida, porém a tendência é a de se crer numa lesão nuclear, na maioria das vezes. Segundo ADLER (2), WATSON (3) e outros, as células que se relacionam com o reto superior e o oblíquo inferior, por situarem-se próximas entre si, no extremo anterior do núcleo do III nervo, podem ser facilmente lesadas simultaneamente.

(*) Apresentado na Jornada Estrabológica de Caxambú, do Centro Brasileiro de Estrabismo, 11 e 12 de dezembro de 1971.

DUNLAP (4) aventa a hipótese de hemorragias intra parto ou malformações embrionárias.

HUGONIER (5) prefere supor, como fator etiológico, uma lesão inter nucleal, similar às paralisias inter nucleares de lateralidade, argumentando com a frequente presença do fenômeno de BELL nesses casos.

A experiência demonstra a existência de casos de origem traumática, provavelmente por lesão direta dos músculos elevadores (apenas o reto superior?); KNAPP (6) relata uma alta incidência de casos surgidos após uma operação de Berke-Motais para blefaroptose, particularmente com fenômeno de MARCUS-GUNN, quando o elevador da pálpebra foi seccionado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As entidades clínicas que se podem prestar a confusões diagnósticas são:

1. Fibrose do reto inferior, congênita ou adquirida, esta geralmente por problema endócrino;
2. Fratura do solo da órbita, com encarceramento do reto inferior (as assim chamadas "blow out fractures");
3. Síndrome de Brown, nos casos em que há limitação de elevação também no campo do reto superior, com hiperfunção dos dois elevadores do outro olho.

O diagnóstico diferencial em relação a essas três entidades é facilmente estabelecido por meio do teste de dução forçada, o qual, se positivo, descarta imediatamente a hipótese da dupla paralisia de elevadores.

TRATAMENTO

Até aproximadamente o ano de 1960, as técnicas cirúrgicas empregadas para a correção dêsse mal resumiam-se a operações de reforço dos músculos hipo funcionantes e debilitamento de seus oponentes diretos ou de seus sinergistas contra laterais. Em casos de pequenos desvios, justifica-se ainda o uso dessas técnicas, obtendo-se resultados satisfatórios. Porém, para os grandes desvios, elas nem sempre são eficazes, além de trazerem problemas para o lado da fenda palpebral.

Caso 1: (Gentilmente cedido pelo Dr. Henderson de Almeida).

JMNA — 11 anos, masc., preto.

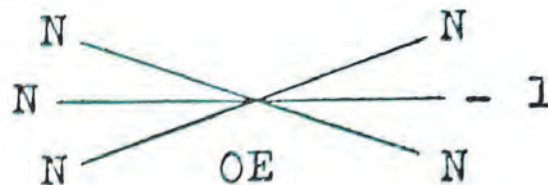
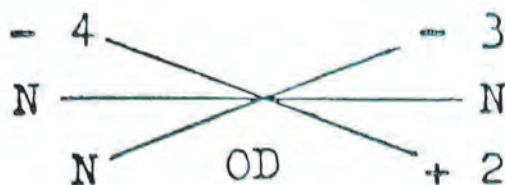
HMA — olho D desvio para baixo aos 3 anos de idade: há 20 dias, tomou pedrada no OE, o que provocou hifema, buraco de mácula e rupturas de coroide.

Ex. estrábológica:

VOD = 20/15

VOE = 20/200 sc

Krimsky (cabeça ereta) $HtE/D\ 30\Delta + Xt\ 10\Delta$
 $Ht'E/D\ 30\Delta + Xt'\ 12\Delta_{sc}$



Mento em discreta elevação

Fendas palpebrais simétricas

Perímetro (40.º, sc) $Xt\ 25\Delta E/D\ 30\Delta$
 $Xt\ 25\Delta E/D\ 30\Delta$
 $Xt\ 35\Delta E/D\ 30\Delta$

Operação: (14.5.1970) Ressecção RMD 6 mm

” RSD 7 mm

Ducção forçada negativa

Controle em 30.10.1970:

Krimsky: $Et\ 10\Delta E/D\ 5\Delta$

orto'

Na posição eletiva de cabeça: orto.

Fendas palpebrais: $D = 8\text{ mm}$

$E = 12\text{ mm}$

Ação dos elevadores: $D = 15\text{ mm}$

$E = 18\text{ mm}$

Fenômeno de Bell negativo no OD.

Atualmente usa Ismelina, 1 gota no OE 3 vezes ao dia para igualar as fendas palpebrais.

Em 1950, MOACYR ALVARO (7) sugere os transplantes verticais dos músculos horizontais, com a finalidade de corrigir simultaneamente os desvios horizontais e verticais concomitantes. Apesar de condenada por alguns autôres, como DUNLAP (8) e BROWN (9), julgamos a técnica bastante útil em casos selecionados, nos quais a temos utilizado com resultados satisfatórios, há alguns anos. Apresenta a grande vantagem da simplicidade, evitando-se a desinserção de mais de 2 músculos retos durante um único ato cirúrgico, com os riscos que isso acarreta.

Aliás, a técnica conta com a aprovação de pessoas ilustres, como QUINN, KNAPP (10) e JAMPOLSKI (1).

Caso 2:

FOC — 5 anos, masc., branco. (23.8.1961)

HMA: desvio convergente dos olhos, desde 1 1/2 ano de idade.

Ex. estrabológico:

A. V.: AO = 20/25 cc e sc

P e C altern.: Et 50 Δ sc

Operação: (4.1.1962) OE — recessão do RM = 5 mm
 ressecção do RL = 8 mm

Controle em 12.1.1971:Et' 35 Δ E/D 12 Δ

	Et 25 Δ E/D 10 Δ	
Et 23 Δ E/D 10 Δ	Et 23 Δ E/D 10 Δ	Et 25 Δ E/D 10 Δ
D	Et 20 Δ E/D 10 Δ	E
—		—

Operação: (19.1.1971)

OD — recessão do RM = 3 mm
 ressecção do RL = 6 mm
 elevação de ambos = 4 mm

Controle em 5.7.1971:Et' 8 Δ

	Et 3 Δ	
Et 4 Δ	Orto	Orto
	Orto	

Devemos, entretanto, a KNAPP (11) a indicação formal desse tipo de cirurgia para a correção da dupla paralisia de elevadores. Preconiza a transposição da inserção dos retos horizontais para os extremos da inserção do reto superior, seccionando-se os ligamentos restritivos. Associou, em dois casos, a recessão dos retos inferiores e obteve em ambos uma super correção em infraversão, motivo pelo qual deixou de fazê-lo. A técnica é excelente, apresentando apenas pequenos inconvenientes, a saber: discreta limitação, em alguns casos, das lateroversões e hipocorreção à supravversão (entre 20° e 45°). Diante da magnitude do problema, entretanto, esses inconvenientes carecem de importância.

Quanto à possibilidade da correção simultânea dos desvios horizontais porventura existentes, não se chegou ainda a um perfeito acordo. DUNLAP (4) preconiza a realização simultânea da recessão-ressecção, enquanto COOPER (12) prefere corrigir o desvio horizontal em um segundo ato cirúrgico, no outro olho.

Sendo a moléstia bastante rara, um número relativamente pequeno de casos foram até o momento publicados. Acreditamos que, com o correr do tempo, aperfeiçoamentos serão introduzidos na técnica, como por ex. o estabelecimento de uma dosagem na elevação das inserções dos retos horizontais em função do grau de hipertropia apresentada.

Tivemos oportunidade de realizar a operação de KNAPP em um único caso até o momento, com resultado bastante satisfatório.

Caso 3

LALF — 47 anos, masc., branco.

HMA: Há 9 meses, acidente automobilístico, com afundamento do malar, após o que passou a ver duplo, exceto ao olhar para baixo.

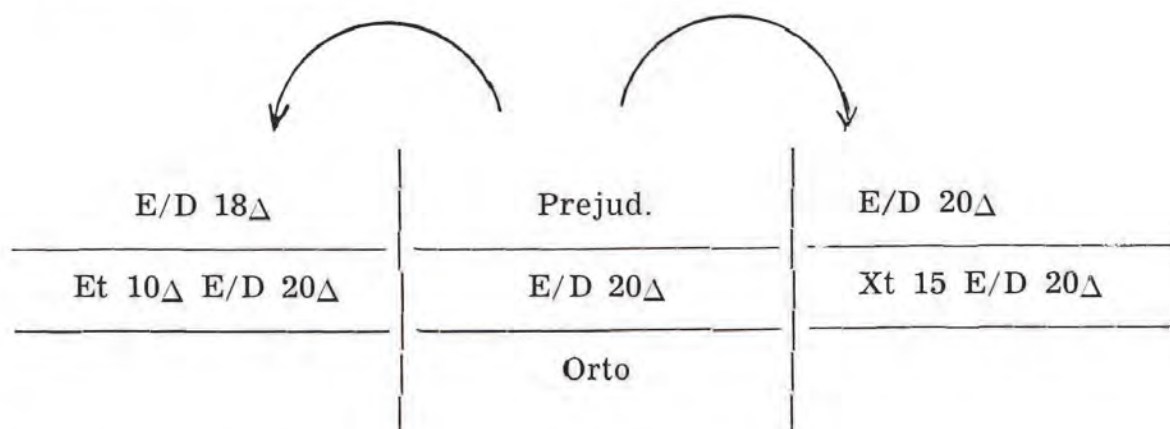
Ex. ext.: assimetria facial, apresentando-se a órbita D 1 em mais baixo que a E. Hipotropia D, e mento acentuadamente elevado e cabeça discretamente girada para a E. Discreta blefaroptose D, que não se modifica ao fixar OD.

Ex. ortóptico:

VOD com — 0,50 DE = 0,6

VOE com — 0,50 DCil a 80 = 1,00

Prisma e cover alternado:



No perímetro (40.º):

	Prejud.	
Et 5Δ E/D 25Δ	Xt 15Δ E/D 22Δ	Xt 25Δ E/D 20Δ
E/D 5Δ	Xt 12Δ E/D 5Δ	Xt 20Δ E/D 15Δ

Krimsky em supra versão = E/D 35Δ Xt 35Δ

Duções: OE — Normais

OD — total incapacidade de supradução, não ultrapassando o olho o plano horizontal; discreta limitação de adução.

Fenômeno de Bell — OD: esboçado

Duções forçadas: negativo

OE: normal

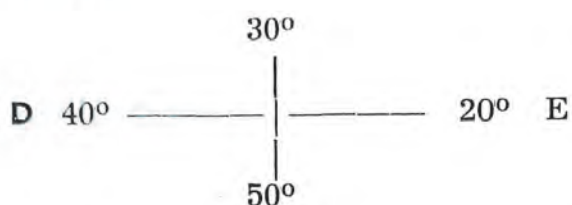
Cirurgia: OD — transplante das inserções dos retos horizontais para os extremos da ins. do reto sup., com ampla liberação dos ligamentos restritivos.

Resultado:

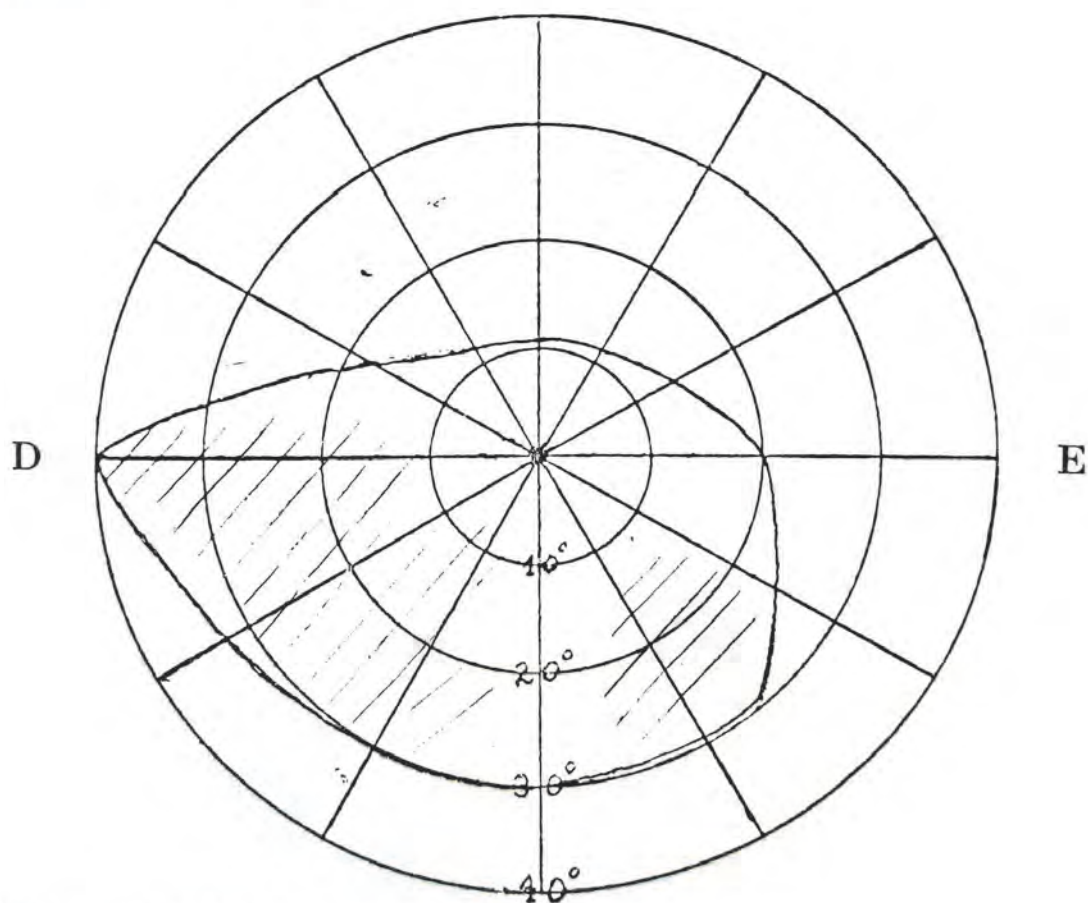
P e C alternado:

		Xt 20Δ E/D 15Δ		
Xt' 5Δ	Et 3Δ D/E 1Δ	Orto	Xt 27Δ D/E 4Δ	
		D/E 12Δ		

Ducções do OD:



Campo de visão binocular bi-foveal :(Slide)



Blefaroptose inalterada

CIANCIA cedeu-nos gentilmente sua experiência no assunto, a qual passamos a analisar:

Operação de Knapp

Estuda-se 8 histórias de pacientes com paralisia de elevação: 7 congênitas e uma adquirida; sete homens e uma mulher, 4 no OD e 4 no OE.

Em 3 casos tinham-se os valores do desvio antes e depois da operação: (5), (6) e (7).

No caso 5 fez-se também miectomia de reto medial, pois havia exotropia.

O caso 7 apresentava Ht D de 30Δ ; sofreu duas operações prévias, a primeira no OE (miectomia do reto superior ampla e recessão do reto medial) e a segunda no OD (recessão do obl. inf. e tucker do obl. sup.), mas o desvio vertical não se modificou; a operação de Knapp no OD levou a Ht D de 30Δ a 7Δ .

Resultado: (Slide)

Knapp original —

Caso (4): dá 23Δ de correção vertical

Caso (5): dá 45Δ de correção vertical

Caso (6): dá 30Δ de correção vertical

Correção vertical média: 30Δ

Knapp invertido —

Caso (6): corrigiu 20Δ verticais

Caso (7): corrigiu 23Δ verticais

Correção vertical média: $21\Delta 1/2$.

Note-se que, no caso (6), foi realizada operação original no OD e, numa segunda fase, operação invertida no OE, isto é, abaixamento de inserções, com resultado final de 50Δ de correção vertical.

SUMMARY

Double Paralysis of Elevators

The A. studies the etiology, differential diagnosis and surgical treatment of double paralysis of elevators. His own experience is presented, as well as Ciancia's in cases operated according to Knapp's procedure.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Jampolski, A.: comunicação pessoal.
- 2 — Adler, E. H.: Some confusing factors in the diagnosis of paralysis of the vertically acting muscles. The Jackson's Memorial Lecture, Am. J. Ophth., 31:387, 1948.
- 3 — Watson, A.: A new operation for double elevator paresis. Tr. Canad. Ophth. Soc., 25:182, 1962.
- 4 — Dunlap, E. A.: Vertical Displacement of Horizontal Recti, Symp. on Strab. — Trans. of the N. Orleans Ac. of Ophth., St. Louis, The C. V. Mosby Co., 307, 1971.

- 5 — Hugonier, R., Hugonier, S. C.: Unilateral Supranuclear Paralysis of the two elevators, Strabismus, Heterophoria, Ocular Motor Paralysis, St. Louis, The C. V. Mosby Co., 312, 1969.
- 6 — Knapp, P.: The Surgical Treatment of Double Elevator Paralysis. Tr. Am. Ophth. Soc., 67:304, 1969.
- 7 — Alvaro, M. E.: Simultaneous Surgical Correction of Vertical and Horizontal Deviations. Ophthalmologica, 120:13, 1950.
- 8 — Dunlap, E. A.: Vertical displacement of the Horizontal Recti. J. Ped. Ophth., 2:37, 1965.
- 9 — Brown, H. W.: Panel discussion on Ocular Motility. A.M.A. Arch. Ophth., 58:290, 1957.
- 10 — Knapp, P.: The Surgical Treatment of Double Elevator Paralysis. Tr. Am. Ophth. Soc., 67:304, 1969 (Discussão).
- 11 — Knapp, P.: The Surgical Treatment of Double Elevators Paralysis. Tr. Am. Ophth. Soc., 67:304, 1969.
- 12 — Cooper, E. L.: Operation for Double Elevator Paralysis. J. Ped. Ophth., 8:8, 1971.

RETROCESSO DE UM RETO MEDIAL NO TRATAMENTO DA ESOTROPIA (*)

JORGE ALBERTO F. CALDEIRA (**)

A seleção de qual(is) músculo(s) operar constitui um dos principais problemas com que se defronta o oftalmologista ao fazer a indicação de tratamento cirúrgico de um estrabismo. Entre os vários fatores que devem ser ponderados destaca-se a medida do desvio para longe, estrabismos de ângulo grande requerendo cirurgia mais generosa do que os de ângulo pequeno. Entre estes, quando a medida está em torno de 20 dioptrias ou é inferior a isto, não é raro que o cirurgião hesite entre operar um ou dois músculos, temendo que a segunda alternativa conduza a hipercorreção.

Há cerca de 4 lustros cirurgiões havia que advogavam a correção cirúrgica da esotropia em mais de um tempo, mesmo em casos de ângulo grande. A este grupo filiava-se O'BRIEN, que preconizava inicialmente o retrocesso de um reto medial. Tal procedimento não é mais seguido atualmente.

Por outro lado, na eventualidade não muito rara de ângulo de desvio variável, em medidas sucessivas, impõe-se uma cirurgia menos ampla, como destacou SCOBEE.

Entre as objeções ao retrocesso de um único reto medial está o fato de ser uma cirurgia assimétrica. Outra diz respeito à possibilidade de levar a uma não-comitância, que diminuiria as possibilidades de um bom resultado funcional.

Por outro lado, o retrocesso de um reto medial, quando adequadamente indicado, conta com seguidores como LYLE. Também FLETCHER *et al.* utilizaram esta cirurgia, fazendo retrocesso de 3 mm de um reto medial para esotropia entre 5 e 10 dioptrias prismáticas; para desvio entre 10 e 20 dioptrias prismáticas retrocediam 5 mm.

Recentemente CHAMBERLAIN avaliou os resultados obtidos com o retrocesso de um reto medial. Considerou a correção obtida para longe e para perto, a par de destacar o papel da ambliopia nos resultados obtidos.

(*) Da Clínica Oftalmológica (Professor Paulo Braga de Magalhães) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Apresentado no XVI Congresso Brasileiro de Oftalmologia, Campinas, SP — 4-7 setembro, 1971.

(**) Professor Livre-Docente de Clínica Oftalmológica.

Na presente pesquisa foram analisados os elementos colhidos do estudo de pacientes submetidos a esta cirurgia, investigando-se detalhadamente o conseguido no que diz respeito ao desvio e à visão binocular.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram submetidos consecutivamente a retrocesso de um reto medial 26 pacientes, de ambos os sexos. As intervenções cirúrgicas foram todas praticadas pelo autor.

A anamnese não permitiu precisar a época do aparecimento da tropia em 6 pacientes; em um era congênita e em outro a família não havia notado desvio; em 4 o desvio surgiu no primeiro ano de vida; em 2, no segundo ano; em 5, no terceiro ano; em 3, no quarto ano e em 4 no quinto ano. Nos 18 pacientes com esotropia adquirida, em que a família informou a época de aparecimento do desvio, a média foi de 34 meses.

Todos os pacientes foram submetidos a exame oftalmológico completo, com particular ênfase para a motilidade extrínseca. Foi prescrita a correção óptica total, correspondente aos achados do exame da refração sob cicloplegia, e o paciente foi reexaminado após um período mínimo de um mês de constante uso das lentes.

A acuidade visual foi medida, sempre que possível, com letras em fila; no caso de paciente analfabeto, com "E" em fila. Casos de ambliopia foram investigados com o visuscópio e tratados antes da cirurgia. Quando da realização desta, 16 pacientes apresentavam visão igual nos dois olhos; em três havia diferença de 0,1 entre um olho e outro; em três, diferença de 0,2; em um diferença de 0,3; três não informaram a acuidade visual.

O desvio foi medido, para longe e para perto, com prisma e "cover" alternado, na posição primária e nas posições diagnósticas. Apenas um paciente apresentava esotropia intermitente para longe; nos outros o desvio era constante. O ângulo, para longe, situava-se entre 15 e 22 dioptrias prismáticas em 5 pacientes; entre 10 e 14 dioptrias prismáticas em 15 deles; era inferior a 10 dioptrias prismáticas em 6 (Tabela I).

TABELA I

Medida do desvio para longe, com prisma e "cover" alternado		
	Número de pacientes	
	Pré-operatório	Pós-operatório
Esotropia 15 a 22 dioptrias prismáticas	5	3
Esotropia 10 a 14 dioptrias prismáticas	15	5
Esotropia inferior a 10 dioptrias prismáticas	6	8
Esoforia		3
Ortoforia		5
Exotropia		2
	26	26

No sinotóforo foram investigadas a percepção macular simultânea e a fusão. O componente sensorial foi detalhadamente pesquisado, não só no sinotóforo como pelas luzes de Worth (para longe e perto), vidros estriados de Bagolini ou teste do celofane (NOGUEIRA) e determinação da visão estereoscópica. Para esta última foi empregado o teste da Titmus Optical Company, que permite a medida em segundos de arco.

O estudo das duções e versões foi cuidadosamente conduzido, seu resultado pesando na indicação cirúrgica.

A idade dos pacientes no momento da cirurgia estendia-se de 3 anos a 9 anos e 7 meses, sendo a idade média de 5 anos e 10 meses. De 3 anos a 3 anos e 11 meses em 4 pacientes; de 4 anos a 4 anos e 11 meses em 3; de 5 anos a 5 anos e 11 meses em 7; de 6 anos a 6 anos e 11 meses em 5; de 7 anos a 7 anos e 11 meses em 6; de 9 anos a 9 anos e 11 meses em um.

Em todos os casos foi operado apenas um reto medial, nada havendo sido feito para um eventual desvio vertical. Este só foi constatado em 4 pacientes, medindo, para longe, uma dioptria prismática em um deles, duas dioptrias prismáticas em dois deles e cinco dioptrias prismáticas em um. O retrocesso do reto medial foi de 5,5 mm em 5 pacientes; de 5 mm em 11 pacientes; de 4,5 mm em três pacientes; de 4 mm em 4 pacientes e de 3 mm em três pacientes. Em 16 casos foi operado o olho direito e em 10 o esquerdo.

O seguimento estendeu-se por um período de tempo de 3 a 116 meses, sendo a duração média de 37 meses. Em 21 dos pacientes foi superior a 12 meses.

RESULTADOS

Considerando inicialmente o desvio para longe (Tabela I), medido com prisma e oclusão alternada, verifica-se que dos 26 pacientes operados três ficaram com esotropia entre 15 e 22 dioptrias prismáticas; 5 com esotropia entre 10 e 14 dioptrias prismáticas; 5 com esotropia entre 10 e 14 dioptrias prismáticas; 8 com esotropia inferior a 10 dioptrias prismáticas, sendo que um deles o desvio era intermitente; três apresentaram esoforia, sendo que em dois o desvio era de uma dioptria prismática e em um de seis dioptrias prismáticas; cinco pacientes ficaram ortofóricos; finalmente, dois ficaram hipercorrigidos, sendo a exotropia de 23 dioptrias prismáticas em um deles e de 4 dioptrias prismáticas em outro.

Comparando o ângulo de desvio para longe e perto (Tabela II) verifica-se que o mesmo é igual em 4 pacientes; em 15 era maior para perto que para longe, sendo que a diferença foi igual ou inferior a 5 dioptrias prismáticas em 8, dos quais 4 apresentavam ortoforia ou esoforia para longe; em 5 o ângulo era menor para perto, não ultrapassando 7 dioptrias prismáticas de diferença; nos dois casos de hipercoreção (exotropia residual) o ângulo era menor para perto, com diferença de 5 e 4 dioptrias prismáticas.

Quanto à correção do desvio, foi, em média, de 6,3 dioptrias prismáticas para longe e 11,3 dioptrias prismáticas para perto (Tabela III). Dos 6 pacientes cujo desvio para longe era inferior a 10 dioptrias prismáticas (Tabela IV) em um o ângulo au-

TABELA II

Medidas do desvio, para longe e para perto, com prisma e "cover" alternado		
	Número de pacientes	
	Pré-operatório	Pós-operatório
Ângulo igual para longe e perto	5	4
Ângulo maior para perto	19	15
Ângulo menor para perto	2	5
Ângulo menor para perto — Exotropia	0	2
	26	26

TABELA III

Correção pós-operatória média obtida com o retrocesso de um reto medial em 26 pacientes com esotropia	
Para longe	6,3 dioptrias prismáticas
Para perto	11,3 dioptrias prismáticas

TABELA IV

Resultados pós-operatórios em 6 pacientes cujo ângulo de desvio para longe era inferior a 10 dioptrias prismáticas	
	Número de pacientes
Aumento do ângulo	1
Ângulo inalterado	3 (em um a tropia foi transformada em foria)
Desaparecimento do desvio	2
	6

mentou; em três permaneceu praticamente inalterado, porém em um deles a tropia foi transformada em foria; em dois o desvio desapareceu totalmente. Dos 15 pacientes com desvio para longe, entre 10 e 14 dioptrias prismáticas (Tabela V), em três o desvio aumentou; em 7, diminuiu; em um, restou esoforia de 1 dioptria prismática; em dois o desvio foi totalmente corrigido e em outros dois houve hipercorreção. Dos 5 pacientes com desvio, para longe, entre 15 e 22 dioptrias prismáticas (Tabela VI), em três o desvio diminuiu; em um restou esoforia de 1 dioptria prismática e em outro o desvio desapareceu totalmente.

TABELA V

Resultados pós-operatórios em 15 pacientes cujo ângulo de desvio para longe oscilava entre 10 e 14 dioptrias prismáticas	
	Número de pacientes
Aumento do ângulo	3
Diminuição do ângulo	7
Transformação em foria de 1 dioptria prismática	1
Desaparecimento do desvio	2
Hipercorreção	2
	15

TABELA VI

Resultados pós-operatórios em 5 pacientes cujo ângulo de desvio para longe oscilava entre 15 e 22 dioptrias prismáticas	
	Número de pacientes
Diminuição do ângulo	3
Transformação em foria de 1 dioptria prismática	1
Desaparecimento do desvio	1
	5

A acuidade visual obtida após a cirurgia (Tabela VII) foi igual nos dois olhos em 14 pacientes; houve diferença de 0,1 em 5 pacientes; diferença de 0,2 em 4 pacientes e diferença de 0,3 em 3 pacientes. Nos dois casos de hipercorreção a acuidade visual era a mesma nos dois olhos.

Quanto ao estudo pós-operatório da visão binocular no sinotóforo (Tabela VII), apenas dois pacientes não apresentavam fusão; destes, um também não tinha percepção macular simultânea e em outro o ângulo subjetivo era nitidamente inferior ao objetivo. Os 24 pacientes restantes tinham fusão; em 23 o estudo da percepção macular simultânea revelou ângulo subjetivo igual ao objetivo; em apenas um as imagens cruzavam em um ângulo menor do que o objetivo.

O exame com os vidros estriados de BAGOLINI ou o papel celofane (NOGUEIRA) (Tabela VIII) só pôde ser feito em 19 pacientes; em dois a informação não era digna de crédito; um não informou; em 13 o resultado foi positivo, tanto para longe como para perto; em um havia supressão de um olho para longe e resultado positivo

TABELA VII

Estudo pós-operatório da visão binocular, no sinotóforo	
	Número de pacientes
Sem fusão	1
Sem percepção macular simultânea	1
Ângulo subjetivo menor que o objetivo	
Com fusão	1
Cruzamento em ângulo menor que o objetivo	23
Ângulo subjetivo igual ao objetivo	26

TABELA VIII

Resultados pós-operatórios com vidros estriados de Bagolini ou teste do papel celofane, em 19 pacientes	
	Número de pacientes
Positivo para longe e perto	13
Supressão para longe e positivo para perto	1
Positivo para longe e diplopia cruzada para perto	1
Diplopia para longe e positivo para perto	1
Incapacidade para informar	3
	19

para perto; em outro o resultado foi positivo para longe, havendo diplopia cruzada para perto; finalmente, um paciente apresentava diplopia para longe, ora homônima, ora cruzada, sendo o resultado positivo para perto.

Quanto às luzes de Worth (Tabela IX), em dois pacientes o teste não foi feito; 6 apresentavam fusão para longe e perto; 8 apresentavam diplopia homônima e dois diplopia cruzada para longe e perto; 4 apresentavam supressão para longe e perto; três apresentavam diplopia homônima para longe e fusão para perto; finalmente, um apresentava fusão para longe e diplopia homônima para perto.

A medida da visão estereoscópica (Tabela X) não foi feita em 5 pacientes; um paciente não apresentava visão estereoscópica; em dois esta era de 800 segundos; em 5, de 400 segundos; em três, de 200 segundos; em três, de 140 segundos; em 6, de 100 segundos e em um de 60 segundos.

TABELA IX

Resultados pós-operatórios com luzes de Worth, em 24 pacientes	
	Número de pacientes
Fusão para longe e perto	6
Diplopia homônima para longe e perto	8
Diplopia cruzada para longe e perto	2
Supressão para longe e perto	4
Diplopia homônima para longe e fusão para perto	3
Fusão para longe e diplopia homônima para perto	1
	24

TABELA X

Resultados pós-operatórios da visão estereoscópica, em 21 pacientes	
	Número de pacientes
Sem visão estereoscópica	1
Visão estereoscópica de 800 segundos	2
Visão estereoscópica de 400 segundos	5
Visão estereoscópica de 200 segundos	3
Visão estereoscópica de 140 segundos	3
Visão estereoscópica de 100 segundos	6
Visão estereoscópica de 60 segundos	1
	21

COMENTÁRIOS

Nos 26 pacientes submetidos a retrocesso de um reto medial a correção do desvio foi maior para perto do que para longe, fato também constatado por CHAMBERLAIN em sua série. Este autor submeteu a esta cirurgia um grupo de pacientes com esotropia, para longe, igual ou superior a 30 dioptrias prismáticas, obtendo maior correção do que em outro grupo com desvio menor. Neste último os resultados são praticamente superponíveis àqueles obtidos no presente trabalho. Tal fato vem apenas confirmar a noção de que a mesma operação produz maior correção em desvios grandes do que em desvios pequenos (SCOBEE).

É de se destacar que nos 19 pacientes cujos pais informaram a época de aparecimento do desvio em apenas um este era congênito; nos 18 restantes surgiu do primeiro ao quinto ano de vida, com número mais ou menos semelhante de pacientes em cada faixa de um ano. Tais fatos sugerem que a esotropia congênita, em geral, atinge valores acima de 22 dioptrias prismáticas e que a maior parte dos desvios abaixo disto é constituída por esotropias adquiridas.

Dos 26 pacientes operados 8 ficaram heterofóricos ou ortofóricos, representando assim 30% (Tabela I). Deve ser destacado que no subgrupo de 5 pacientes com desvio pré-operatório para longe entre 15 e 22 dioptrias prismáticas (Tabela VI), um ficou com esoforia de 1 dioptria prismática e outro ortofórico. Nos outros dois subgrupos (Tabelas IV e V) também foram obtidos resultados de heteroforia e ortoforia.

Nos dois casos de hipercorreção o desvio para longe era de 14 dioptrias prismáticas, porém um deles foi o único a apresentar componente vertical. Em ambos o desvio antes da cirurgia era maior para perto do que para longe. Também nos dois não havia ambliopia; isto difere do observado por CHAMBERLAIN, que constatou haver ambliopia em 7 dos 8 pacientes de sua série que ficaram hipercorrigidos. É de se destacar que aproximadamente 50% de seus pacientes apresentavam ambliopia, sendo a incidência desta de 38% na presente investigação.

Dos 26 pacientes, três não conseguiram desenvolver percepção macular simultânea no tratamento pré-operatório; destes, dois ficaram hipercorrigidos. Embora os números sejam muito baixos o fato sugere pesquisas futuras. Deve ser destacado, porém, que os dois pacientes com hipercorreção vieram a desenvolver percepção macular simultânea e fusão no pós-operatório.

Dos 16 pacientes em que a visão binocular foi estudada com os vidros estriados de Bagolini ou o papel celofane, 13 apresentaram resultado positivo para longe e perto e três apenas para longe ou perto. Destes três, um exibiu supressão para longe, com resultado positivo para perto; dois tinham diplopia, sendo que um para longe e outro para perto, com resultado positivo na condição oposta.

Dos 24 pacientes em que foi feito o teste das luzes de Worth, em 6 (25%) foi encontrada fusão para longe e perto e em 4 havia fusão para longe ou para perto. Deve ser destacado o fato de ser este teste muito dissociante.

Em nenhum dos pacientes foi obtida visão estereoscópica de 40 segundos ou melhor, característica dos pacientes que apresentam fixação bifoveolar. Com exceção de um paciente, que não tinha visão estereoscópica, em todos os outros a mesma oscilava entre 60 e 800 segundos. Tais resultados são superponíveis aos obtidos por PARKS em pacientes com síndrome de monofixação.

Embora não objeto deste trabalho, a não-comitância que poderia surgir com o retrocesso de um reto medial é um aspecto que deve ser considerado. A mesma foi constatada na série de CHAMBERLAIN, em grau bastante variável. Estes pacientes apresentam freqüentemente, quando testadas as rotações binoculares no pré-operatório, certa diferença de função entre um reto medial e outro. O retrocesso de um deles, embora não constitua cirurgia simétrica, é uma cirurgia simetrizante, no dizer

de BURIAN, isto é, visa criar concomitância quando esta não existe e é, portanto, a cirurgia mais indicada.

Em 21 de seus pacientes seguidos por 10 anos, verificou CHAMBERLAIN que tanto para longe como para perto a correção cirúrgica muito pouco se altera, sendo a variação de cerca de 4 dioptrias prismáticas, o que certamente fala a favor deste tipo de cirurgia.

O retrocesso de um reto medial em pacientes com esotropia, cujo ângulo para longe está em torno de 20 dioptrias prismáticas ou é inferior a isto, é uma cirurgia eficaz. Se os resultados obtidos, do ponto de vista funcional, não são os ideais, representam as mais das vezes, um progresso e o máximo que se pode obter para o paciente.

RESUMO E CONCLUSÕES

Foram submetidos a retrocesso de um reto medial 26 pacientes portadores de esotropia cujo ângulo para longe era igual ou inferior a 22 dioptrias prismáticas.

A correção do desvio foi, em média, de 6,3 dioptrias prismáticas para longe e 11,3 dioptrias prismáticas para perto. Hipercorreção foi observada em dois pacientes (7,6%), sendo bastante pequeno o risco de que aconteça.

Quase todos os pacientes apresentaram no pós-operatório alguma forma de visão binocular, embora em grau variável. Alto grau de visão estereoscópica não é comum neste grupo.

SUMMARY

Recession of One Medial Rectus for the Treatment of Esotropia

The single medial rectus recession operation was performed in 26 patients. The angle of deviation for distance measured 22 prism diopters or less.

The average correction was 6.3 prism diopters for distance and 11.3 prism diopters for near. The incidence of overcorrection was low, only two patients or 7.6%.

Some grade of binocular vision was obtained in most patients, although variable. High-grade stereoscopic vision was infrequent.

BIBLIOGRAFIA

- BURIAN, H. M. — Practical considerations of the surgery on the extraocular muscles. Read before the Eye Section of Los Angeles County Medical Association, Los Angeles, California, 1962.
- CHAMBERLAIN, W. — The single medial rectus recession operation. *J. Pediat. Ophthalm.* 7. 208-211, 1970.
- FLETCHER, M. C.; SILVERMAN, S. J.; ABBOTT, W.; GIRARD, L. J.; GUBER, D. & TOMLINSON, E. — Results of biostatistical study of the management of alternating esotropia with and without orthoptics. *Amer. Orthop. J.* 19:31-39, 1969.
- LYLE, T. K. — *Apud* CHAMBERLAIN, W.
- NOGUEIRA, Z. T. — Uso do papel celofane em ortóptica. *Arq. Brasil. Oftal.* 32:90-93, 1969.
- O'BRIEN, C. S. — Surgical management of convergent strabismus. In Allen, J. H., ed. — *Strabismus ophthalmic symposium*. St. Louis, C. V. Mosby, 1950, pp. 386-394.
- PARKS, M. M. — The monofixation syndrome. *Trans. Amer. Ophthalm. Soc.* 67:609-657, 1969.
- SCOBEE, R. G. — Which muscle should be attacked in tropia surgery. In Allen, J. H., ed. — *Strabismus ophthalmic symposium*. St. Louis, C. V. Mosby, 1950. pp. 377-385.

AMBLIOPIA PSÍQUICA — CURA PLEÓPTICA

RAUL DE CAMARGO VIANNA

Há muito tempo sentíamos a necessidade de maior preocupação por parte dos oftalmólogos em pesquisar o comportamento psíquico de seus doentes; escolhemos um exemplo clínico para ilustrar esta necessidade.

O presente trabalho foi realizado no Instituto São Lucas de São José dos Campos.

Contamos com a colaboração do Dr. Walcy de Souza Lima, Diretor do Instituto de Psiquiatria de São José dos Campos.

Em relação ao título nós sempre classificávamos a ambliopia em:

- 1 — Funcional
- 2 — Orgânica

Agora porém sentimos necessidade de classificá-la em:

- 1 — Funcional
- 2 — Orgânica
- 3 — Psíquica.

Passemos ao relato do caso:

A paciente, de 18 anos, sexo feminino, solteira, compareceu ao nosso consultório acompanhada de seus pais e com queixas de falta quase completa da visão. Havia consultado colegas de vários centros, que nada encontraram e a enviaram a psiquiatras. Já havia consultado também neurologistas e trazia eletroencefalograma, radiografias de crânio, buracos ópticos e sela turcica, todos normais.

A paciente declarou que havia realmente algum problema ocular e mostrou-se revoltada com a observação de nossos colegas.

O exame mostrou: aspecto externo normal; reflexos pupilares normais; exame de fundo de olho normal; tensão ocular normal (14/14) na aplanção; biomicroscopia normal. Acuidade visual de apenas percepção de vultos e luz. Motilidade normal ao sinoptóforo. A campimetria não pôde ser realizada pois não enxergava os índices.

(*) Oftalmologista do Instituto São Lucas de São José dos Campos.
Apresentado nas II Jornadas Estrabológicas.

Em conversa particular com seus pais informei que não parecia haver problema oftalmológico e sim psíquico, porém, como segundo informaram, vinha piorando na intensidade e freqüência das crises, e estas pioras se davam após exames psiquiátricos, confirmando a reação negativa da paciente a ditos exames, resolvemos fazer uma análise do caso em conjunto com um colega psiquiatra. Nesta análise ficou assente que deveríamos tentar um tratamento em nosso Instituto. Isto porque para que haja sucesso num tratamento psíquico são necessárias, em linguagem psiquiátrica, “duas Vertentes” que convergem para a cura:

1 — A idealização

2 — A sugestão.

Idealização a paciente já tinha, pois para ela representávamos o ideal de médico, com capacidade de conseguir sua cura completa.

A sugestão seria imposta através do tratamento pleóptico.

Escolhemos o uso de Flash por considerar a criação de pós-imagens um meio mais ativo de sugerir a paciente.

Explicamos inicialmente que seriam necessárias várias sessões e que sua preocupação seria apenas de “ver” a pós-imagem positiva; depois a pós-imagem negativa e posteriormente perceber as imagens apresentadas.

Evitamos forçar a melhora e entremeamos as sessões pleópticas com conversas demoradas nas quais reforçávamos a confiança da paciente.

Em cerca de 15 sessões a visão foi melhorando paulatinamente até alcançar 20/20; continuamos mais um pouco e depois passamos às verificações periódicas que fomos espaçando até darmos alta definitiva.

Atualmente continua sem problemas e com acuidade normal.

A campimetria final foi normal.

Passaremos agora à análise da parte psíquica.

A sintomatologia ligada à função visual de origem psicogênica geralmente aparece como um dos sintomas dentre a gama de alterações características de uma ou outra entidade patológica; onde estas alterações se fazem mais presentes são nos transtornos sensoriais da histeria.

Muitas vezes é o sintoma mais importante, ou o que chama mais a nossa atenção.

As alterações mais comuns são:

1 — Cegueira às cores ou redução do campo visual das mesmas.

2 — Campo visual tubular cuja superfície não aumenta com a distância.

3 — Redução concêntrica do campo visual.

4 — Diplopia monocular.

5 — Cegueira total; é a mais difícil de ser diagnosticada objetivamente. Somente exame oftalmológico cuidadoso e minucioso associado à história psiquiátrica da paciente poderá aclarar o diagnóstico.

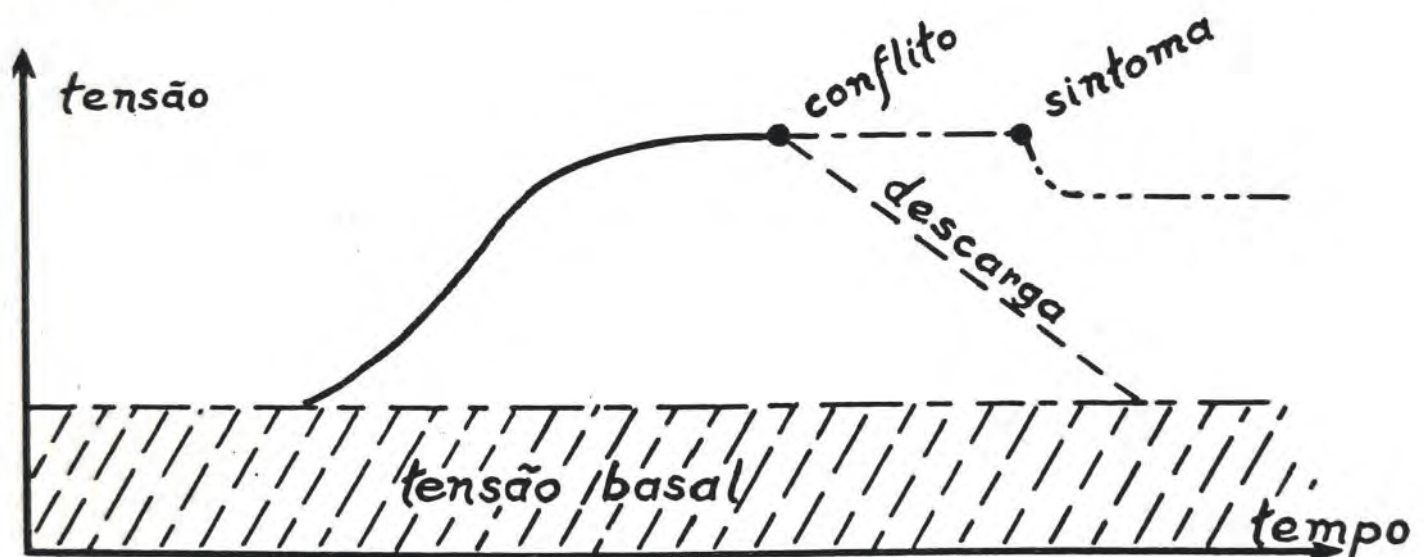
Passaremos à tentativa de compreensão do fenômeno.

Normalmente durante todo o tempo (vida) existe uma certa intensidade constante de tensão; é a chamada tensão basal.

Em certas condições há aumento gradual da tensão até chegar a um instante em que atinge o limiar de tolerância psíquica. Neste instante entram em jogo os mecanismos de defesa do Ego. Estes mecanismos evitam que o paciente perca o equilíbrio psíquico.

1 — Mecanismo de defesa eficaz: por meio da sublimação ocorre uma descarga da tensão cuja intensidade volta aos níveis normais.

2 — Mecanismo de defesa ineficaz: são os sintomas apresentados pelos pacientes. Aí há certa descarga de energia, a intensidade de tensão diminui mas não volta aos níveis normais.



Voltemos ao instante do limiar de tolerância psíquica; aí pode ocorrer como vimos descarga de tensão pela sublimação e resolução do problema com volta à tensão basal.

Se isto não ocorre o paciente entra em conflito e estabelece os sintomas; esta fase é a instalação da crise. Os sintomas diminuem a tensão.

Na tentativa de remoção dos sintomas tentamos a sugestão por meio da pleóptica.

Conseguimos aos poucos diminuir a energia tensional que causava os sintomas e a paciente conseguiu manter seu equilíbrio psíquico voltando à normalidade.

Acreditamos que, se não houvesse preocupação do oftalmologista em tentar compreender o mecanismo da sintomatologia e tentar uma cura que foge dos métodos clássicos, nossa doente poderia ter entrado na perda do seu equilíbrio, talvez irreversível.

ESTUDO DA FIXAÇÃO COM A LÂMPADA DE FENDA E DETERMINAÇÃO DO ZERO ÓCULO MOTOR

MAURICIO BRIK (*)

CLARISSA ENEIDE BRIK (**)

O comportamento da fixação é de primordial importância no estudo da ambliopia estrábica, dependendo do tipo de fixação em muitos casos o método a ser empregado (1).

De particular interesse é determinar a localização da área de dispersão da fixação excêntrica nos casos que se destinam ao tratamento pelo método de Pigassou, onde o valor do prisma a ser usado tem relação com o valor do ângulo de excentricidade (2).

A utilização do método de Pigassou requer outrossim o conhecimento da situação do zero óculo-motor foveal, pois a colocação do prisma modifica o sistema motor.

O método da visusopia de repetição permite demonstrar o estado do sistema motor nos informando se a fóvea conserva ou não o ponto zero, e se este ponto zero é adotado por uma área excêntrica (3).

Segundo a nossa experiência a fixação também pode ser estudada com a lâmpada de fenda. Esta permite uma visualização binocular do fundo aliada a uma ótima iluminação. A lente de Hruby dá uma imagem direta e suficientemente ampla do polo posterior, prestando-se inclusive para o exame de pacientes de baixa idade. O filtro aneritro da lâmpada de fenda Haag Streit permite uma excelente visualização do reflexo foveal mas também o filtro de luz polarizada, livre de reflexos, é bom. Ambos os filtros não diminuem entretanto a intensidade luminosa de maneira excessiva. Embora não seja equipada com estrêla de fixação, os diafragmas desta lâmpada servem de ponto de fixação. A abertura 2 da lâmpada Haag Streit modelo 900, forma no fundo de olho um disco iluminado de aproximadamente 5 graus e a abertura 0,2 forma um disco de diâmetro ligeiramente inferior a 1 grau. Estas áreas

(*) Oftalmologista do Serviço de Olhos da Cruz Vermelha do Paraná.

(**) Ortoptista do Consultório Central de Olhos.

Recebido para publicação em 7-1-72.

variam de acôrdo com as circunstâncias, como distância da lente de Hruby ao olho, refração, etc., mas possuem suficiente precisão para uma estimativa grosseira de localização retiniana.

A transformação da imagem retiniana em fenda, possibilitando girá-la em tôdas as direções, permite uma maior precisão na localização exata de detalhes do fundo.

A fim de avaliar os dados obtidos com lâmpada de fenda estudamos uma série de pacientes amblíopes comparando os mapas de fixação obtidos com êste método com os mapas de fixação obtidos através de visuscopia convencional e realizados pela ortoptista.

MÉTODO

Com midríase medicamentosa os pacientes mantêm sua cabeça imobilizada no suporte da lâmpada de fenda Haag Streit 900 com o olho direito ocluído. Utilizando-se a luz de fixação do aparelho inicialmente focaliza-se o disco de 5 graus sobre a papila para uma ligeira aferição, considerando-se para fins práticos o diâmetro horizontal da papila como possuindo 5 graus. Com o filtro de luz aneritra comanda-se então ao paciente que fixe o centro da "bola". Com esta manobra pode-se determinar a situação da fóvea em relação ao diâmetro do disco. Se a fixação é muito excêntrica, pode-se utilizar a fenda solicitando-se ao paciente que fixe a parte central da "faixa". Se a fixação ocupa um dos quadrantes verticais, a fenda é rodada de forma a permanecer em linha reta entre os pontos escolhidos e a fóvea. Com o diafragma 0,2 procede-se ao estudo do zero óculo-motor e dos pontos escolhidos para cada reflexo, a fim de elaborar o mapa. Observa-se com o disco de tamanho 0,2 que nos casos em que o zero óculo-motor é foveal, a fóvea ocupa a área iluminada do fundo, ou passa por esta área antes de desaparecer na parte escura.

A passagem da fóvea pela área iluminada antes de situar-se em pontos excêntricos indica a exigência de uma situação motora na qual a fóvea ainda é, ou está voltando a ser o ponto para o qual os músculos oculares conduzem o globo durante um reflexo de fixação, mesmo que a fixação seja excêntrica. Se a fóvea não passa pela área iluminada mas o ponto excêntrico é atingido diretamente desde a periferia, podemos presumir que este ponto excêntrico é portador do zero óculo-motor.

Para determinar o estado motor dos elementos retinianos com maior precisão é necessário que em cada manobra o olho fique em ligeira abdução, voltado para a luz de fixação do aparelho, e que o disco seja focalizado em um ponto excêntrico, vizinho à papila, por exemplo, antes do comando verbal que instrui ao paciente para fixar o centro da "bolinha".

MATERIAL

O método foi empregado em nove pacientes portadores de ambliopia estrábica. O exame inicial incluiu uma avaliação motora no espaço com prismas e no sinoptóforo, bem como testes sensoriais e determinação da acuidade visual com tipos separados (4).

Os mapas de fixação foram realizados utilizando-se os gráficos descritos anteriormente (3), e a dispersão da área de fixação excêntrica foi inscrita de acordo com a notação empregada por VON NOORDEN (5).

O exame ao visuscópio foi inicialmente realizado pela ortoptista, que elaborou um mapa conforme os dados encontrados. Esse resultado não foi dado a conhecer ao oftalmologista que em seguida realizava o exame através da lâmpada de fenda com lente de Hruby segundo a técnica descrita acima. Ao fim do exame, eram confrontados os dois resultados.

RESULTADOS

Os resultados vêm expressos na tabela seguinte e figuras 1 a 9.

TABELA DE DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS

CASOS	FIXAÇÃO: QUADRANTE RETINIANO E ÁREA APROXIMADA DE DISPERSÃO	
	Visuscópio	Lâmpada de Fenda
1) V.S.M., 4 anos, ET OE	Supero nasal, 0-5°	Supero nasal, 0-5°
2) M.L.G., 17 anos, ET OE	Nasal, 20-25°	Nasal, 15-20°
3) S.N., 6 anos, ET OD	Nasal, 10-20°	Supero nasal, 10-20°
4) E.J.V., 4 anos, ETD	Nasal, 3-5°	Nasal, 3-5°
5) S.M., 4 anos, ETD	Nasal, 0-3°	Nasal, 0-3°
6) M.J., 7 anos, ETD	Central, Instável	Central, Instável
7) S.S., 6 anos, ETD	Infero nasal, 0-20°	Nasal, 7-20°
8) T.J.R., 15 anos, ETD	Temporal, 3-7°	Temporal, 2-7°
9) N.P.M., 9 anos, ETD	Central, Instável	Central, Instável

A tabela de distribuição dos casos mostra a existência de uma grande semelhança entre os achados da ortoptista, utilizando o visuscópio, e do oftalmologista com a lâmpada de fenda. Nos casos 3 e 7 a área de dispersão da fixação é muito grande e justifica a disparidade encontrada, levando-se em consideração que se situam além do mais na borda da papila onde a instabilidade de fixação é maior.

DISCUSSÃO

A fóvea do olho normal não é apenas a porção retiniana capaz da maior resolução visual, mas é igualmente o ponto no qual os estímulos incidentes não desencadeiam uma resposta dos músculos extra-oculares (6).

Os estímulos motores envolvidos num reflexo de fixação se equilibram quando a fóvea executa o movimento e "prende" o objeto fixado. Os movimentos micro-

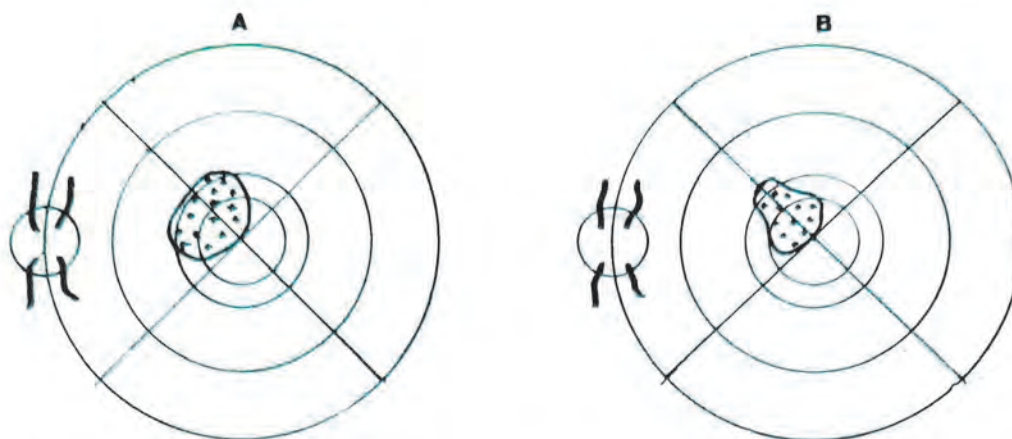


FIG. 1 — Paciente V.S.M., 4 anos. ET OE. A) Visuscopia. Fixação supero nasal, instável, ocupando uma área que se estende de 0 a 5 graus. B) Lâmpada de Fenda. Fixação supero nasal, instável de 0 a 5 graus, um pouco mais estreita que com a visuscopia.

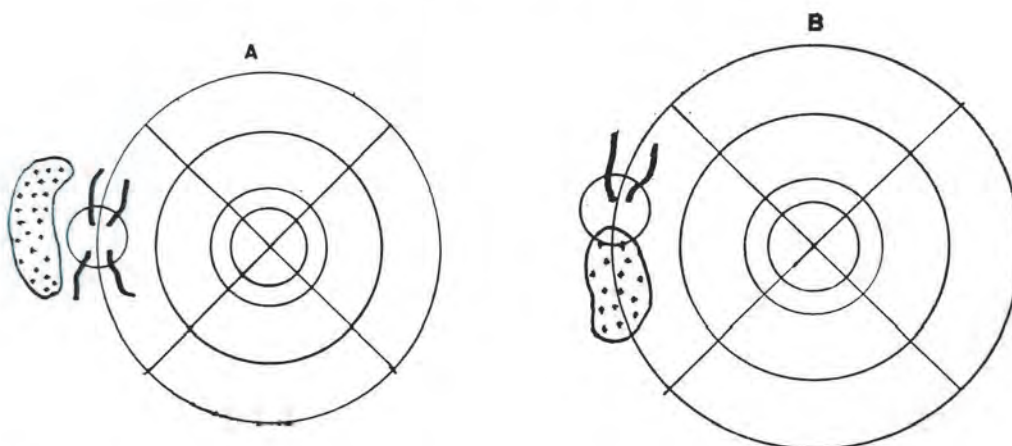


FIG. 2 — Paciente M.L.G., 17 anos. ET OE. A) Visuscopia. Fixação nasal para papilar, instável, ocupando em largura aproximadamente área de 20 a 25 graus. B) Lâmpada de Fenda. Fixação nasal instável, para papilar inferior, dispersa por uma área aproximada de 15 a 20 graus.

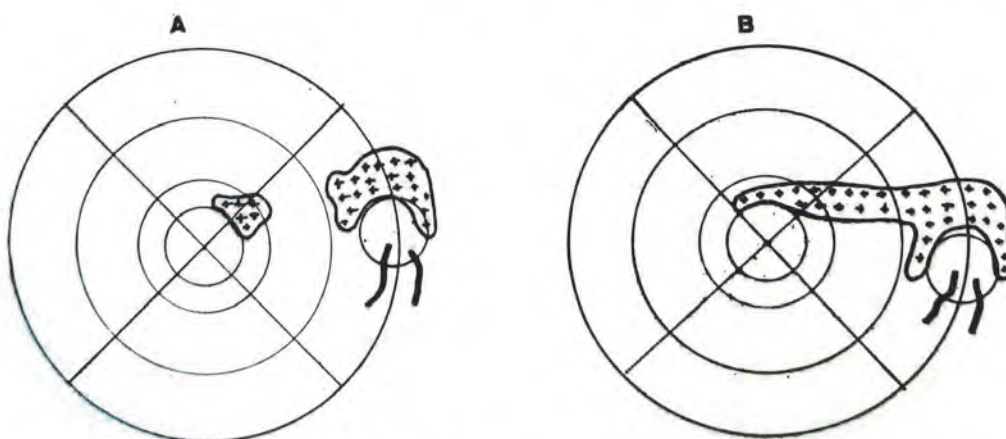


FIG. 3 — Paciente S.N., 6 anos. ET OD. A) Visuscopia. Nasal instável, com grande dispersão apresentando maior densidade numa área superior com extensão de 3 a 5 graus e para papilar superior de 10 a 20 graus. B) Lâmpada de Fenda. Nasal, instável, para papilar superior com extensão para o quadrante superior.

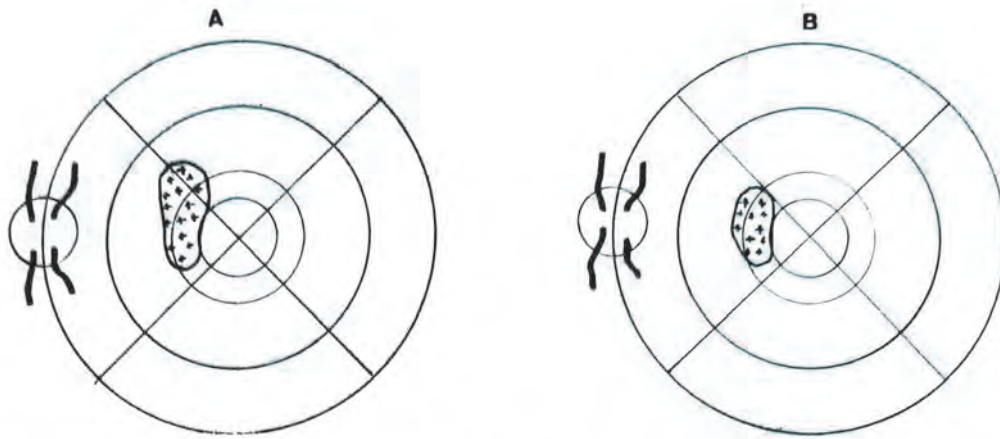


FIG. 4 — Paciente E.J.V., 4 anos. ET OE. A) Visuscopia. Fixação nasal instável, para foveal, ocupando em largura uma área aproximada de 3 a 5 graus. B) Lâmpada de Fenda. Fixação nasal instável, para foveal, de 3 a 5 graus.

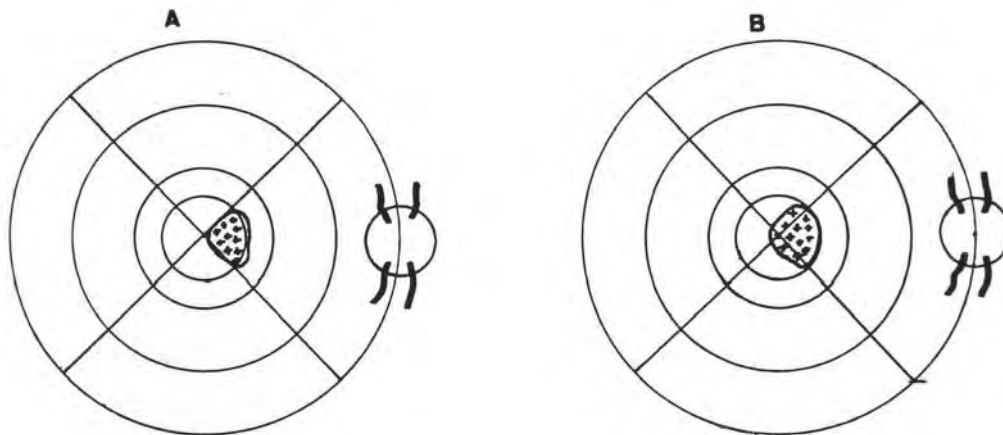


FIG. 5 — Paciente S.M., 4 anos. ET OD. A) Visuscopia. Fixação nasal instável, ocupando uma área de 0 a 3 graus. B) Lâmpada de Fenda. Fixação nasal instável, de 0 a 3 graus.

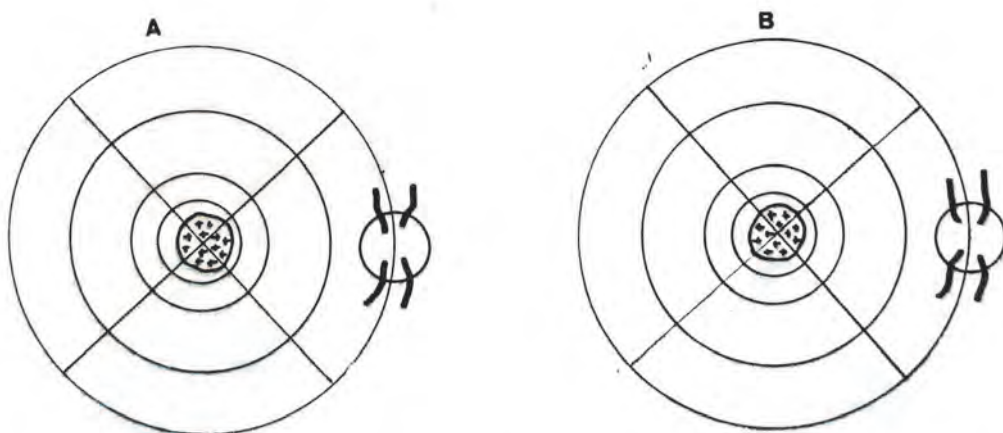


FIG. 6 — Paciente M.J., 7 anos. ET OD. A) Visuscopia. Fixação central instável, dispersa numa área aproximada de 2 graus. B) Lâmpada de Fenda. Fixação central instável, dispersa numa área aproximada de 2 graus.

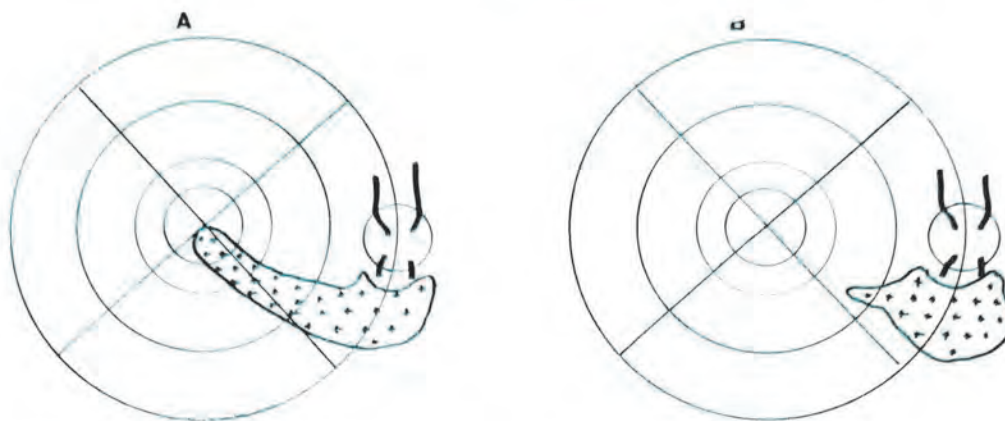


FIG. 7 — Paciente S.S., 5 anos. ET OD. A) Visuscopia. Fixação infero nasal instável, para papilar inferior com uma expansão para o quadrante inferior. B) Lâmpada de Fenda. Fixação nasal instável, para papilar inferior, estendendo-se de 7 a 20 graus aproximadamente.

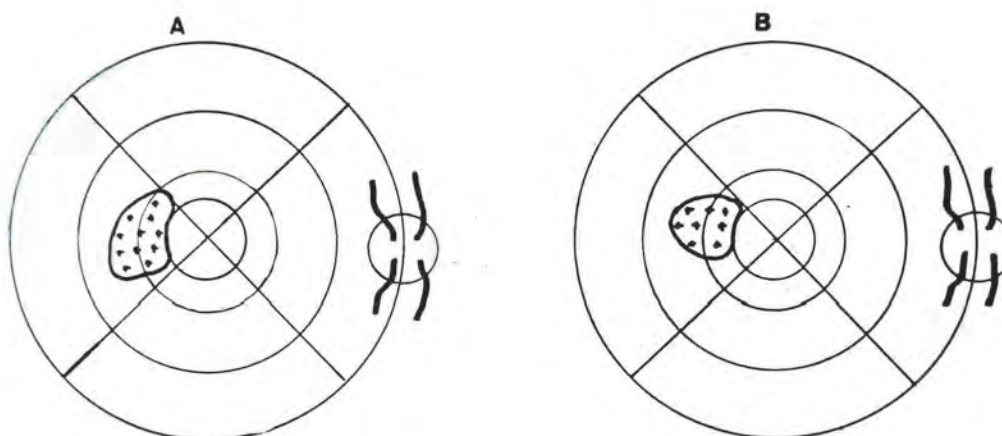


FIG. 8 — Paciente T.J.R., 15 anos. ET OD. A) Visuscopia. Fixação temporal instável para foveal, ocupando uma área de 3 a 7 graus. B) Lâmpada de Fenda. Fixação temporal instável, para foveal, de 2 a 7 graus.

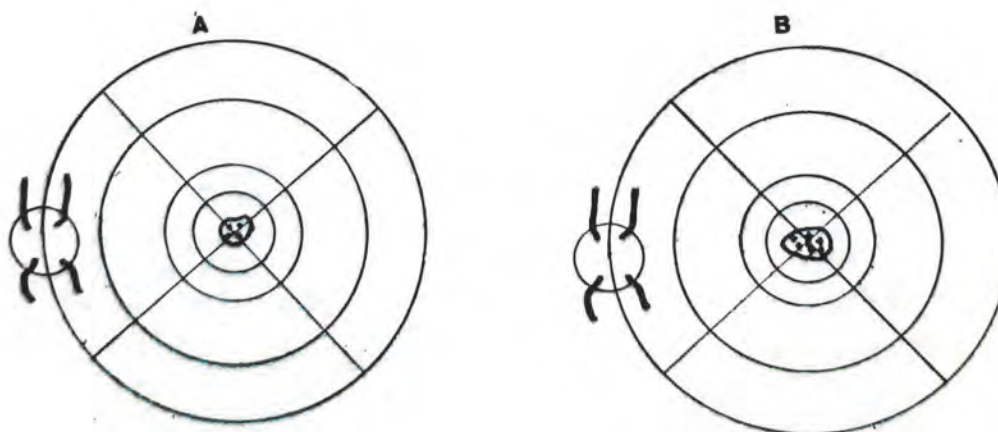


FIG. 9 — Paciente N.P.M., 9 anos. ET OE. A) Visuscopia. Central instável. B) Lâmpada de Fenda. Central instável, um pouco mais dispersa que na visuscopia.

sacádicos que o olho executa sobre este objeto de fixação não mudam o equilíbrio motor e são relacionados com fenômenos de adaptação local (7).

A amplitude do movimento ocular utilizado num reflexo de fixação depende da distância em que o ponto estimulado se encontra da fóvea, sendo tanto maior quanto mais distante. Se o ponto estimulado é a fóvea os movimentos devem ser nulos ou insignificantes (6). Estas considerações nos demonstram a razão da denominação “zero óculo motor” para a fóvea normal.

A modificação da posição do zero óculo motor pode produzir modificações correspondentes de fixação. Este fenômeno pode ocorrer em olhos normais mantidos sob oclusão para o tratamento da fixação excêntrica. Nestes casos o ponto zero pertencente à fóvea, passa a outro ponto excêntrico, em virtude da alteração da posição do globo, que sob oclusão, se coloca em desvio (8).

Um fenômeno semelhante deve reproduzir-se em olhos amblíopes com fixação excêntrica nos quais um prisma modifica a situação do zero óculo motor, como no método de Pigassou, quando um prisma reorienta o sistema motor de forma a manter a fóvea na posição em que os estímulos motores desapareçam.

Com o prisma colocado segundo Pigassou, um estímulo luminoso que atinge a fóvea não desencadeia respostas motoras sensíveis. Se, por exemplo, a fixação excêntrica ocupa uma área nasal, o prisma base nasal, desloca a imagem para o lado nasal, obrigando a área de fixação excêntrica se deslocar também para o lado nasal, mas no processo traz a fóvea para a posição anteriormente ocupada por esta área excêntrica, e portadora do zero óculo motor.

VON NOORDEN mencionou o uso do visuscópio para avaliar o que chamou de “valor motor” da fóvea e da área excêntrica, observando o comportamento da estrela nos casos em que esta passa pela fóvea ou não, antes de se situar nos pontos excêntricos (5).

O uso da estrela de fixação serve para eliciar a assistência cortical através da atenção quando a porção retiniana estimulada é a periferia (6).

Diminuindo-se a intensidade luminosa do visuscópio obtém-se outrossim uma redução da instabilidade de fixação em consequência da redução da inibição lateral (9), o que facilita o exame, porém cria condições artificiais nas quais a ambliopia torna-se menos severa.

Com a lâmpada de fenda o estímulo luminoso age diretamente sobre a retina que fixa, enquanto o restante se encontra na obscuridade.

O estímulo representado pelo disco luminoso quer de 5 graus, quer de 1 grau, presta-se muito bem para eliciar a resposta cortical em virtude do contraste que existe entre o estímulo e o restante da retina.

Sendo um estímulo fotópico exacerba os fenômenos inibitórios ao nível da fóvea, aumentando a sua instabilidade fixacional e determinando o aparecimento de uma forma de ambliopia mais severa que prevalece em condições fotópicas (10).

O exame da fixação com a lâmpada de fenda não pode servir de substituto para a visuscopia, porém é um exame subsidiário de valor para o estudo da situação motora dos elementos retinianos e permite uma excelente visualização do fundo graças à sua intensa iluminação e binocularidade.

RESUMO

Um método para estudar a fixação excêntrica e o estado do zero óculo motor é descrito utilizando a lâmpada de fenda com lente de Hruby. A estereoscopia do microscópio, associada à boa iluminação do fundo permitem um bom exame do polo posterior. A versatilidade de filtros e diafragmas e a possibilidade de produzir uma fenda rotativa em 360 graus constituem uma vantagem para um bom mapeamento da área de dispersão na fixação excêntrica. Para um reflexo de fixação, o estímulo circular ou em fenda da lâmpada de fenda é adequado e sua intensidade luminosa reproduz os fenômenos inibitórios existentes ao nível da fóvea em condições fotópicas. O estudo de nove pacientes permitiu concluir que os mapas de fixação realizados com o visuscópio pela ortoptista não diferem dos mapas realizados com a lâmpada de fenda pelo oftalmologista.

SUMMARY

Determination of the Zero Oculomotor Point with the Slit Lamp

A method to determine the dispersion of eccentric fixation and the state of the oculomotor zero point with the slit lamp and Hruby lens is described. Stereoscopy and good illumination of the fundus are some of the advantages offered by this instrument. The variety of filters and diaphragm sizes as well as the possibility of turning the slit around 360 degrees constitutes another advantage of the method.

To elicit a fixation reflex, when the circular stimulus is placed at the periphery, the lighted area is an adequate attention getter, and by being of a high intensity it enhances the inhibitory processes occurring at the fovea.

Nine patients with strabismic amblyopia were studied by the orthoptist and by the ophthalmologist, the first plotting the results of visuscopy and the second the results of observation by the method described.

There were no significant differences in all charts by both observers.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Von Noorden, G. K. and Lipsius, R. M. C. — Experiences with Pleoptics in 58 Patients with Strabismic Amblyopia. *Amer. J. Ophthal.* 58:41-51, 1964.
- 2 — Pigassou, R. and Garipuy, R. and Garipuy, P. — Treatment of Eccentric Fixation. *J. Ped. Ophthal.* 4:35-43, 1966.
- 3 — Brik, M. — Visuscopy de Repetição. *Rev. Bras. Oftal.* 30:33-43, 1971.
- 4 — Brik, M. — Significância do Ganho Absoluto no Tratamento da Ambliopia Estrábica. *Rev. Bras. Oftal.* 29:363-370, 1970.
- 5 — Von Noorden, G. K. — Pathogenesis of Eccentric Fixation. *Amer. J. Ophthal.* 61:399-422, 1966.
- 6 — Von Noorden, G. K. — Etiology and Pathogenesis of Fixation Anomalies in Strabismus. IV. Roles of Suppression Scotoma and of Motor Factors. *Amer. J. Ophthal.* 69:236-245, 1970.
- 7 — Lawwil, T. — Local Adaptation in Functional Amblyopia. *Amer. J. Ophthal.* 65:903-906, 1968.
- 8 — Burian, H. M. — Occlusion Amblyopia and the Development of Eccentric Fixation in Occluded Eyes. *Amer. J. Ophthal.* 62:853-856, 1966.
- 9 — Burian, H. M. — The Behaviour of the Amblyopic Eye Under Reduced Illumination and the Theory of Functional Amblyopia. *Docum. Ophthal.* 23:189-202, 1967.
- 10 — Van Balen, A. T. M. and Henkes, H. E. — Attention and Amblyopia — An Electro-Encephalographic Approach to an Ophthalmological Problem. *Brit. J. Ophthal.* 46:12-20, 1962.

RESUMO DO PROGRAMA CIENTÍFICO DO II CONGRESSO INTERNACIONAL DE ORTÓPTICA

(Apresentado na Associação Brasileira de Ortóptica, São Paulo, na sessão de 25-8-1971).

HARLEY E. A. BICAS

O II Congresso Internacional de Ortóptica, realizado em Amsterdam, teve cada um de seus três dias de programa científico dedicado a uma área, para a qual foram selecionados 20 trabalhos. Resumir um deles para, em 10 minutos apresentá-lo num congresso, já é tarefa difícil para a maior parte dos autores. Frequentemente resulta dessa concentração apenas uma pálida noção do que se fez.

Ora, terei aproximadamente meia hora para lhes falar; e 61 trabalhos para comentar, ou seja, meio minuto para cada um. Nem mesmo o autor produziria, nesse tempo, o sumo de seu tema. Aqui vão, portanto, os “bagaios” do II Congresso Internacional de Ortóptica. Meu espanto será enorme se, disso tudo, alguma compreensão puder resultar...

Primeiro dia, “A finalidade da Ortóptica”.

S-1 O primeiro trabalho enfatiza a necessidade de se estudar **rotineiramente** as curvas de disparidade de fixação, para a avaliação correta do desequilíbrio oculomotor e para o prognóstico do tratamento ortóptico. Como ilustração, 20 pacientes com heteroforia e insuficiência de convergência foram classificados segundo 4 tipos fundamentais de curvas de disparidade de fixação, havendo para cada grupo diferentes resultados do tratamento ortóptico (1).

S-2 O segundo trabalho continua na mesma linha, estudando as funções binoculares através do método da disparidade de fixação. As projeções unioculares são testadas sob condições de visão binocular no espaço livre, por meio de u’a modificação do sinoptóforo (2).

S-3 A seguir, vem uma demonstração de que os pontos retinianos correspondentes não são usados simultaneamente e mostram certa rivalidade. A fusão resultaria pois desse funcionamento alternado das retinas, num modelo como o de um mosaico, isto

é, os pontos funcionantes de cada olho completar-se-iam, como num quebra-cabeças (3). O trabalho é portanto mais um contribuinte da velha discussão sobre o mecanismo da fusão.

S-5 A visão estereoscópica é rapidamente abordada por um grupo de ortoptistas inglesas, mas nenhuma conclusão prática é ressaltada (4).

S-18 Outras, comentam as discrepâncias na literatura quanto à definição, diagnóstico e tratamento da C.R.A., lembrando a necessidade de se retomar o assunto de maneira mais ordenada e produtiva (5).

S-11 Discutiu-se também a imperfeição dos métodos usuais para a avaliação do ângulo objetivo e as vantagens apresentadas na mensuração deste pelo "sinoptômetro", isto é, um sinoptóforo modificado (6).

S-4 É também apresentada outra modificação deste, agora para o estudo da visão periférica nos processos fusionais de pessoas estrábicas e normais. A fusão central é, obviamente, mais importante, mas se não puder ser obtida deve-se tentar a melhora da fusão periférica, o que pode ser feito por tratamento ortóptico descrito pelos autores (7).

S-7 Sabe-se que o escotoma de supressão é assimétrico nos estrabismos, instalando-se apenas sobre metade da retina (nasalmente nas esotropias e temporalmente nas exotropias). O estudo desse escotoma foi retomado, achando-se que áreas pequenas e simétricas autorizam prognósticos cirúrgicos melhores que os escotomas grandes e assimétricos (8).

3 Os resultados de tratamento da supressão em pacientes com esotropia acomodativa e exotropia intermitente, foram comparados com os resultados de outros casos, os quais essa precaução prévia não foi tomada. A supressão foveal foi também considerada nos casos de heteroforias e insuficiências de convergência sintomáticas, mas a conclusão de que a eliminação prévia da supressão é muito útil em todos esses casos, não trouxe qualquer novidade (9).

S-6 Na literatura, nota-se que diferentes autores estimam o tamanho da área de supressão no olho desviado, de maneira bastante variada. Enquanto grandes áreas de supressão têm sido demonstradas em estrabismos de grande ângulo, elas não o são nos de pequeno desvio, quando o espaço subjetivo dos estrábicos é examinado com técnicas tridimensionais. Nos pequenos ângulos a diplopia é evitada não pela supressão, mas por uma correspondência retiniana harmônica. O A., achando que as discordâncias prévias fossem mais devidas a artefatos técnicos das campimetrias usadas para comparação, propôs uma nova técnica. Com ela confirmou que a ausência de supressão nos estrabismos de pequeno ângulo e predomínio das áreas de visão binocular anômala podem ser demonstrados com uma técnica campimétrica bidimensional (modificada) e não somente com uma técnica tridimensional horóptica (10).

S-9 O tratamento de esotropias de pequeno ângulo (geralmente residuais) que não alcançam binocularidade normal no espaço é também abordado. Elas não devem ser confundidas com o "microestrabismo" descrito por VON NOORDEN, que é irreversível pela presença de C.R.A. harmônica. Assim, desde que esta inexista, as

esotropias de pequeno ângulo são beneficiadas com o tratamento prismático, o qual produz a chamada "ortoforia sensorial". Em alguns casos, demonstrou-se uma "correspondência mista" e os maus resultados então obtidos foram atribuídos à parte anômala da correspondência. Para romper essa C.R.A., sugere-se a hipercorreção prismática (evocando uma "divergência sensorial") seguida da normocorreção prismática quando a correspondência se normalizar (11).

S-13 Idêntico tratamento, mas para as exotropias, é retomado por outro trabalho. Lembra-se que a eficácia dos prismas é a de um tratamento permanente da supressão e aconselha-se a redução gradativa do valor total inicialmente receitado. Se então a tropia reaparecer, faz-se a cirurgia. Na presença de C.R.A., propõe-se também a hipercorreção prismática, mas associada à oclusão alternada. Apesar da pequena casuística apresentada (apenas 4 casos), os autores acham que as crianças reagem melhor que os adultos ao tratamento prismático (12).

S-12 Um levantamento de 620 casos de exotropias, mostra conclusões geralmente conhecidas (13).

S-10 Aspectos sensoriais são estudados em função do tipo de desvio ocular, achando-se existir possibilidade de fusão desde que o desvio seja aproximadamente concomitante nas várias posições do olhar e sem verticalismos associados. Quando estes ocorrem, ainda que na forma de foria, a fusão já é dificultada (14).

S-20 Uma equipe neuro-psico-ortóptica seguiu por 3 anos uma série de 89 estrábicos sem ambliopia, analisando-se em função da dominância ocular e da lateralidade de manejo. Os melhores resultados terapêuticos foram relacionados à simetria das duas condições, a qual pode ser obtida por treinamento. Assim, as relações de lateralidade e dominância ocular, parecendo ocorrer em dependência íntima com o tipo das relações sensoriais, influiriam sobre o prognóstico do tratamento ortóptico. O trabalho também ressalta problemas de ordem afetiva, como obstáculos ao desenvolvimento do tratamento ortóptico (15).

S-19 O tratamento da C.R.A. preconizado pela escola de Lyon é representado, com a conclusão de que as tentativas terapêuticas devem ser tentadas **freqüentemente** nas esotropias e **sempre** nas exotropias (16).

S-16 200 casos de sursundução alternante observados durante vários anos, levaram às seguintes conclusões: a condição é adquirida, desenvolve-se lenta e discretamente até os 3 anos de idade, alcança o máximo entre os 3 e 7 anos, tornando-se mais estável a seguir. A autora mostra-se favorável à teoria etiológica da coinervação anômala dos músculos extra-oculares e possível insuficiência dos mecanismos de conjugação. A correção prévia de estrabismos horizontais eventualmente associados, permitiu certo desenvolvimento de binocularidade normal. Mas a cirurgia precoce de músculos verticais, raramente conduziu a resultados satisfatórios (17).

S-15 O efeito da difenil-hidantoína sobre a relação C_A/A foi também investigado; essa substância reguladora do S.N.C. diminui as relações C_A/A altas, mas não afeta as de valores normais. Lembre-se que, ao contrário o iodeto de fosfolina altera o valor da relação C_A/A em ambos os casos. Além de usada com fins terapêuticos, a

difenil-hidantoína poderia também ser aplicada para facilitar diagnósticos de desequilíbrios oculomotores (18).

S-14 O tratamento farmacológico da ambliopia e dos estrabismos, também foi considerado. Entre as drogas atuantes sobre o S.N.C., duas (amobarbital e bemegrade) foram selecionadas como efetivas. O amobarbital teria como efeito: 1) reduzir a supressão na ambliopia com melhora visual; 2) idem, com melhora fusional; 3) abalar a C.R.A. e favorecer a C.R.N.; 4) reduzir os eso e exodesvios hipercinéticos. O efeito (antibarbitúrico) do bemegrade seria o de melhorar a insuficiência de convergência de origem funcional (19).

S-17 Um levantamento dos casos de ambliopia tratados num hospital novaiorquino com pleóptica ou métodos comuns, refere que entre 294 pacientes com visão 20/50 ou menor, 202 foram tratados e 142 alcançaram boa visão, índice bem animador, ainda que detalhes do estudo não tenham sido fornecidos na apresentação (20).

No segundo dia, com o tema "Acuidade visual", continuaram os trabalhos sobre ambliopia.

S-23 A acuidade visual de olhos amblíopes pode ser testada com os dois olhos abertos através de alguns artefatos. Nessas condições ela é menor do que quando tomada durante oclusão do olho bom, mas esse fato é mais freqüente nas esotropias e anisometropias hipermetrópicas do que nas exotropias e anisometropias miópicas. Além disso, o teste pode ser usado no diagnóstico diferencial entre ambliopias funcionais e orgânicas pois nestas a discrepância de valores não ocorre (21).

S-26 Com a mesma finalidade, isto é, o diagnóstico diferencial entre ambliopias funcionais e lesões das vias ópticas, outros critérios são discutidos, entre os quais o mapeamento campimétrico e os testes eletrofisiológicos (22). Estes últimos S-58 voltam a ser citados num trabalho apresentado ao fim do terceiro dia (23).

S-25 Pela medida binocular da acuidade visual, confirma-se a hipótese de que a supressão do olho desviado é influenciada por estímulos do olho bom. A "supressão vetográfica", nome que se dá ao problema detectado pelo novo teste, não aparece em pacientes não estrábicos, relaciona-se a estrabismos de surgimento precoce, mas quando está presente, a maior parte dos pacientes apresenta C.R.N. Essa "supressão vetográfica" não se relaciona com a presença ou ausência de ambliopia e/ou de fixação excêntrica, tipo e/ou ângulo de estrabismo (24).

S-21 A neurofisiologia da ambliopia é abordada, aconselhando-se a leitura posterior do original nos anais (25).

S-28 Outros trabalhos analisam os problemas de dissociação, isto é, as diferenças entre a acuidade visual tomada com optotipos isolados e alinhados (26) S-27 a melhora da acuidade visual em diferentes formas de ambliopia (27) e a avaliação da acuidade visual periférica S-24 por alteração do tamanho do objeto ou do contraste entre este e o fundo. Os resultados permitem conclusões interessantes sobre a função do olho amblíope (28).

S-30 Enquanto um tema ainda se atém às dificuldades de medida da acuidade visual com optotipos, tôdas elas derivadas do subjetivismo do teste S-22 (29) e enquanto outra vez volta à baila a questão da padronização da acuidade visual (30), S-29 a avaliação desta é encorajada por outro, por meio do nistagmo opto-cinético, aplicável a crianças muito novas (31).

S-33 Num outro trabalho sem novidades, o tratamento da anisometropia com ambliopia é reconsiderado. Enquanto os autores aconselham lentes de contato para o caso das afacias traumáticas (32) outros S-31 propõem o implante intra-ocular de uma lente para substituir o cristalino (33). S-32 A atuação das ortoptistas frente a essas afacias unilaterais também não foi esquecida (34).

S-34 Recursos ópticos como telescópios e lupas, usados previamente em casos de albinismo e degeneração macular, foram também aplicados para reabilitar adultos com ambliopia, após a perda do olho bom e a seguir testados também nos demais grupos etários. Dos 54 pacientes estudados, todos apresentaram melhora da visão para perto e 49 também para longe. Ressalte-se que, na maioria dos casos, outros métodos e tratamentos haviam sido infrutiferamente tentados. A restauração do nível normal de visão seria imediata (35).

S-35 É também considerado o método das correções ópticas assimétricas aplicadas com o sentido de inverter a dominância ocular e consolidar o tratamento da ambliopia, atuando de forma equivalente à de uma oclusão sem os inconvenientes psicossociais desta. O olho ambliope é corrigido normalmente, mas o bom não é corrigido e eventualmente pode ser atropinizado. Ou então o bom pode ser hipercorrigido para longe, respeitando-se (ou não) sua visão para perto (36).

S-36 Como tratar a ambliopia na presença do nistagmo latente. Quam aborda o assunto lembra que a atropinização do olho fixador e/ou o uso de filtros enfumados, isto é, os métodos convencionais aplicados a esses pacientes, podem não ser suficientes: em casos graves de ambliopia, o olho bom pode continuar a fixar, mesmo atropinizado e com tal filtro. Nessas condições, aconselha-se então a oclusão total em conjunção com a cicloplegia, a qual por si só reduziria o nistagmo. Na evolução do tratamento, a linha convencional deve ser readotada. Dos cinco casos estudados, dois apresentaram resultados pobres atribuídos ao início tardio do tratamento (após os 6 anos), dois tiveram as visões balanceadas, transformando-se em estrábicos alternantes e um não teve melhora (37).

S-37 Na seção de cirurgias, a intervenção precoce é discutida quanto aos propósitos, isto é: a) obtenção de visão binocular normal; b) correção de anomalias musculares anatômicas; c) prevenção de alterações musculares secundárias; d) estabelecimento de uma aparência normal; e e) encurtamento do período de tratamento. E quanto às desvantagens, isto é: a) risco de divergência consecutiva; b) risco da anestesia geral; c) impossibilidade de exercícios ortópticos em tenras idades. A conclusão do autor é a de que a cirurgia precoce é **essencial** (38).

S-38 Para o tratamento da hipoação de ambos depressores de origem não mecânica, é preconizada a mudança da inserção dos retos horizontais para baixo (assim como o oposto já havia sido aconselhado por KNAPP para corrigir a hipoação de ambos elevadores). Segundo o A., as vantagens de sua técnica seriam as de se poder

graduar o deslocamento da inserção e corrigir simultaneamente desvios horizontais porventura existentes, pela atuação em apenas dois músculos de um olho só (os horizontais). Dessa forma, eliminar-se-ia o problema de qual músculo de ação vertical operar e a fenda palpebral não seria afetada pela cirurgia. Os resultados apresentados são animadores e, além disso, o A. lembra que se a resposta cirúrgica com essa técnica fôr inadequada, os músculos verticais acham-se ainda íntegros para ser operados (39).

S-39 Uma técnica oposta, ou seja, a de transplante dos retos verticais para a posição do reto lateral, no sentido de restabelecer a abdução, é também comentada (40).

S-40 Um dos problemas reconhecidos nas hiperações unilaterais de oblíquo inferior, é que a cirurgia enfraquecedora dêste provoca, a curto prazo, a hiperação consecutiva do oblíquo inferior contralateral. A conclusão a que o A. chega, reestudando 101 pacientes, é que a presença de hiperação do outro oblíquo inferior antes da cirurgia é importantíssima, mesmo quando discreta. Geralmente essa hiperação contralateral começa dentro de 2 a 6 meses, tenha ou não sido realizada uma cirurgia enfraquecedora no primeiro oblíquo inferior. Se a hiperação do oblíquo inferior contralateral não aparecer por mais de seis meses antes da cirurgia, o prognóstico de que ela também não se instale no pós-cirúrgico é melhor (41).

S-41 A seguir, mas já na pauta de trabalhos do terceiro dia "Estrabismos nos traumatismos e doenças"), dois grupos de pacientes com traumas cranianos são estudados num tema de revisão. No primeiro grupo, no qual os pacientes foram atendidos logo após o acidente, o diagnóstico de paresias dos músculos extra-oculares é difícil. O segundo grupo é o de pacientes atendidos após algum tempo. Aponta-se a preponderância das paresias do O.S., R.L. e R.S. e entre os seus mecanismos de produção, considera-se especialmente o efeito do trauma orbitário (42).

S-44 Trabalhos seguintes discutem a indicação de intervenção cirúrgica nos casos de diplopia pós-traumática, havendo necessidade de atuação imediata nas provocadas por fraturas orbitárias e/ou corpos estranhos na musculatura, mas não nas outras (heteroforias descompensadas ou lesões inervacionais da musculatura). Por isso a análise da diplopia é importante nesses casos, exigindo-se diferentes métodos de investigação (43). S-42 Já as seqüelas de fraturas faciais deveriam ser operadas somente quando justificadas por produzirem deformidades estéticas ou limitação dos movimentos oculares em, pelo menos, duas direções opostas (44).

S-45 Paresias unilaterais do oblíquo superior podem ser isoladas ou apresentarem-se de outras formas, segundo a irradiação da concomitância para o lado parético, para o campo inferior do olhar, ou em forma de "L". Enfatiza-se que o maior desvio vertical pode não ocorrer, necessariamente, no campo de ação do oblíquo superior parético, sendo, às vezes, o campo que apresenta o menor desvio, um indicador mais fiel do músculo originariamente afetado. Com notável consistência, êsse campo de menor desvio apresentou-se em direção diagonal cruzada, em relação ao O.S. (45).

(Êsse trabalho parece confirmar integralmente um outro, que apresentaremos dentro de poucos dias no Congresso Brasileiro de Oftalmologia, tratando de assunto similar).

S-46 31 paresias oculares adquiridas, com história de aparecimento súbito de diplopia, foram seguidas por seis anos, desde o início dos sintomas. Delas, 12 pacientes ainda permanecem com diplopia, sendo surpreendente que a tolerem, 8 não têm mais sintomas e 11 já faleceram; 8 deles foram diagnosticados inicialmente como tendo paresia ocular neurogênica, devida a lesões arteriopáticas. Os autores concordam em que o súbito aparecimento da diplopia é, em geral, o primeiro sintoma de um distúrbio neurológico sério, com mau prognóstico (46).

S-47 Nos craniofaringeomas (tumor congênito embora apenas menos da metade dos casos ocorra na primeira década da vida, estendendo-se os demais pelas cinco décadas subseqüentes), as manifestações oculares mais comuns são distúrbios dos campos visuais central ou periférico de um de ambos os olhos, mas a motilidade ocular pode ser também afetada. Isto ocorreu em 27 casos entre 72 de craniofaringeomas e deles 21 apresentavam tropias atribuídas em geral à perda visual central ou periférica; 3 casos foram de oftalmoplegias por acometimento dos nervos cranianos, em um caso apareceu um distúrbio internuclear (causado por hidrocefalia) e em 4 casos ocorreram nistagmos (47).

S-49 A esclerose múltipla é uma moléstia demielinizante do S.N.C. Interessantemente, ela ocorre com maior freqüência em certas áreas do que em outras (é, por exemplo, muito comum no norte da Europa e pouco descrita no Brasil). Sintomas oculares aparecem em 75% dos casos, sendo freqüentemente o primeiro sinal, uma paresia ocular isolada (geralmente do VI par). Também ocorrem oftalmoplegias supra e internucleares, ressaltando-se que estas últimas são quase sempre devidas à esclerose múltipla, e nistagmos. A recuperação pode ser espontânea. As formas agudas e subagudas respondem bem ao tratamento com corticoesteróides e longos períodos de remissão são comuns, permitindo a adoção de uma atitude otimista frente a esses pacientes (48).

S-50 Na disfunção tireoidiana ocorre, tipicamente, uma limitação assimétrica do olhar vertical e diplopia vertical, ainda que um componente horizontal importante possa também ocorrer. As duções forçadas revelam a incapacidade do movimento ocular para cima e isso se deve à miopatia tireoidiana (iniciada com infiltração linfocítica do músculo, levando à sua degeneração e fibrose com contratura). O tratamento da diplopia é feito com prismas e a cirurgia só levada a cabo quando a disfunção muscular tiver se estabilizado (em geral fazendo-se recessão do músculo fibrotico) (49).

S-51 As miopatias oculares têm sido mais freqüentemente diagnosticadas após o advento da eletro-miografia, sendo hoje possível classificar várias oftalmoplegias como de origem miogênica. De fato, a EMG como método diagnóstico diferencial, permite separar essas afecções das causadas por lesões do neurônio motor periférico e distúrbios na junção mioneural (miastenias) (50). S-52 Apresenta-se também a função da ortoptista junto a esses pacientes com miopatias tireoidianas, miastenia, miosite e outras afecções musculares (51).

S-48 Pelo estudo dos estrabismos concomitantes ocorridos após lesões estereotáticas térmicas unilaterais, nas áreas pré-tectais do mesencéfalo e pela predominância dos defeitos da convergência, os autores concluem que a área medidora da função

convergencyal não se localiza focalmente sobre a linha mediana do cérebro, mas estende-se difusamente por aquelas regiões. Além disso, apoiam a hipótese de que a divergência seja uma função ativa, diferente da abdução ou do relaxamento da convergência. E que o olhar vertical é também mediado por áreas organizadas difusamente no mesencéfalo dorsolateral. Uma lesão estereotática unilateral, pode causar uma paralisia **bilateral** do olhar vertical (52).

S-43 Propõe-se um novo teste, baseado numa modificação do de HESS, o qual propiciaria o estudo do papel da fusão, da dominância ocular e da acomodação, através de quatro esquemas (53). S-53 Em outro trabalho discute-se a importância dos desvios torcionais, que devem ser rotineiramente investigados, facilitando por um lado o diagnóstico do desequilíbrio oculomotor e requerendo, por outro, tratamento cirúrgico (54).

S-56 O atendimento de crianças mentalmente retardadas é abordado (55). S-57 Os estrabismos aparecem em 3% da população normal mas em 50% dos casos de paralisias cerebrais. A relação de cura é também completamente desproporcional nos dois grupos (95% no dos "normais" e aproximadamente nula nos com paralisias cerebrais) (56).

S-61 É também descrita a condição na qual a movimentação livre do oblíquo superior pela tróclea é impedida intermitentemente, causando achados clínicos alternados de paralisia intermitente do oblíquo superior, ou de síndrome de Brown, dependendo da direção na qual o movimento muscular pela tróclea é travado. Na passagem do músculo, o paciente pode perceber ou sentir um "click" na região da tróclea. Como a síndrome é geralmente benigna, a cirurgia não é costumeiramente indicada (57).

S-54 Na área eletrodiagnóstica de maior originalidade, a computação eletrônica analítica facilita o aparecimento de dois novos métodos: um em eletromiografia, propiciando a demonstração de um índice, cujo valor acha-se aumentado nas miopatias e sensivelmente diminuído na síndrome de Duane (58). S-55 O outro trabalho em eletro-oculografia. Por ele, uma série de desvantagens dos métodos clínicos de investigação da oculomotricidade é superada, permitindo um estudo simples, objetivo e completo (isto é, em quaisquer posições de um movimento ocular contínuo) nas forias e tropias (59).

S-59 As respostas visuais evocadas na córtex (ou seja, o eletro-encefalograma seletivo das áreas visuais) são também consideradas em outro tema sobre diplopia pós-traumática aparecida em estrabismos antigos (60) S-60 e a síndrome de Brown é abordada através de observações eletro-miográficas (61).

REFERÊNCIAS

- 1 — CRONE, R. A. & DEKKER-BONANTS, E. L. M. — Can cases of heterophoria and convergence deficiency with abnormal fixation disparity curves be treated by orthoptics. (E)
- 2 — ARNATT, E. J., CALCUTT, C., O'CALLAGHAN, K. T. & WELBURN, M. — The fixation disparity method of testing. (E)
- 3 — GOBIN, M. H. — Does binocular single vision exist? (E)

- 4 — FITTON, M. H., BOYLE, N., DAYSON, A., ROUGHSEGE, L. & SIMMS, J. -- Stereoscopic visual acuity in defective binocular vision. (E)
- 5 — MACLEOD, A., BULLOCK, K., GILES, C. & UNWIN, B. — What is abnormal retinal correspondence? (E)
- 6 — CUPPERS, C. — Measurement of the objective angle of squint. (G)
- 7 — MIYASHITA, T., ARAKI, Y. & KIKUCHI, Y. — Peripheral fusion and orthoptics. (E)
- 8 — BIERLAAGH, J. J. M. & GOBIN, M. H. — The post-operative shift of the suppression scotoma. (E)
- 9 — WHITE, J. M. — The importance of eliminating suppression. (E)
- 10 — BAGOLINI, B. & RAVALICO, G. — binocular visual field in concomitant strabismus. (E)
- 11 — KEINER, E. C. J. F. — The treatment of small angle esotropia. (E)
- 12 — RAVAUULT, A., BONAMOUR, G. & BONGRAND, M. — The use of prisms in divergent squint. (F)
- 13 — KRZYSTKOWA, K. & PAJAKOWA, J. — The sensorial state in divergent squint. (E)
- 14 — OTTO, J. — Sensory influences on eye movements. (G)
- 15 — PRIGENT, G. — On some results of the co-operation between orthoptist, ophthalmologist and neuro-psychologist. (F)
- 16 — BERNARD, C. & HUGONNIER, S. — The management of abnormal retinal correspondence. (F)
- 17 — MACLELLAN, A. V. — A further investigation into the problem of alternating sursumduction. (E)
- 18 — CALLINGHAM, G., RESTREBO, N. & GALIN, M. A. — Pharmacological studies on accommodation. (E)
- 19 — FUKAI, S., TSUTSUI, J. & UCHIDA, S. W. — The use of central nervous system drugs in orthoptics. (E)
- 20 — DUBLON, J. — Amblyopia, causes and cure. (E)
- 21 — AWAYA, S. & NOORDEN, G. K. V. — Visual acuity in amblyopic eyes under monocular and binocular conditions. (E)
- 22 — ESSER-LEEMANN, R. & WIESER, D. — The differential diagnosis of amblyopia and lesions of the optic pathways. (G)
- 23 — HARCOURT, R. B. — Symptomatic concomitant strabismus. (E)
- 24 — MORGAN, R. A. & BUDD, G. E. — Visual acuity in amblyopic eyes in stereoscopic viewing conditions. (E)
- 26 — FLYNN, J. T. — The neurophysiology of amblyopia. (E)
- 26 — HERMANS, G. — A study of the difficulties of dissociation in strabismic amblyopia. (F)
- 27 — LANG, J. — Visual acuity in different forms of amblyopia. (G)
- 28 — AULHORN, E. & LICHTENBURG, G. — Central and peripheral visual acuity in eyes with strabismic amblyopia. (G)
- 29 — ZAMFIRESCU, F. — Measurement of visual acuity in strabismic amblyopia. (E)

- 30 — VAN BALEN, A. T. M. — The evaluation of visual acuity. (E)
- 31 — CATFORD, G. V. & OLIVER, A. — A method of visual acuity detection. (E)
- 32 — WALKER, J. & RUBEN, M. — The treatment of anisometropia. (E)
- 33 — BINKHORST, C. B. & BIERLAAGH, J. J. M. — Technique and perspectives of lens implants (pseudo-phakoi) in children. (E)
- 34 — BESNARD, M. J. — The role of orthoptics in unilateral aphakia. (F)
- 35 — SMITH, J. B. — The treatment of amblyopia with low vision lenses. (E)
- 36 — WEISS, J. B. — Asymmetrical corrections. (E)
- 37 — WALTON, J. — A new treatment of amblyopia in latent nystagmus. (E)
- 38 — STUMPF, F. — Is early surgery really necessary? (G)
- 39 — DUNLAP, E. A. — Surgery for double elevator and double depressor underaction. (E)
- 40 — FELS, P. — Vertical muscle transplantation to restore abduction. (E)
- 41 — RAAB, E. L. & COSTENBADER, F. D. — Contralateral inferior oblique overaction following unilateral weakening surgery. (E)
- 42 — SEVEL, D. — Anomalies of the extra-ocular muscles following head injuries. (E)
- 43 — SCHMIDT-HOFMANN, E. F. — Orthoptic investigation in traumatic diplopia. (G)
- 44 — NOLAN, J. — Ocular symptoms in facial injuries. (E)
- 45 — MOORE, S. — Diagnostic observations on traumatic unilateral and bilateral superior oblique palsies. (E)
- 46 — CALCUTT, C., ARNOTT, E. J. & ROSE, F. C. — Acquired 3rd and 6th nerve palsies. (E)
- 47 — WYBAR, K. C. — Disorders of ocular motility in craniopharyngiomata. (E)
- 48 — SWALLOW, M. W. — Oculo-motor signs in multiple sclerosis. (E)
- 49 — CHAMBERLAIN, W. — Strabismus in thyroid disease. (E)
- 50 — HUBER, A. — Ocular myopathies. (E)
- 51 — ANDERSON, M. — The scope of orthoptics in intrinsic muscle disorders. (E)
- 52 — SEABER, J. & NASHOLD, B. S. — Comitant strabismus after stereotactic midbrain lesions in man. (E)
- 53 — BERESSI, A., BOURRIÉ, F. & CHOCQUART, J. — The Hess-Weiss screen test. (F)
- 54 — WATTS, R. — The assessment of cyclophoria in paralytic squint. (E)
- 55 — BANKES, J. L. K., CORR, P. E., ROWSE, E. J. & THORNHILL, D. M. — Special problems of squint in mentally handicapped children. (E)
- 56 — PIGASSOU, R., CAHUZAC, M. & LE MOIGNE, A. M. — Squint in cerebral palsies. (F)
- 57 — ROPER-HALL, M. J. & ROPER-HALL, G. — The superior oblique "click" syndrome. (E)
- 58 — STRACHAN, I. M. & BROWN, B. — A new method of assessing the frequency analysis in electromyography of the extra-ocular muscles. (E)
- 59 — BICAS, H. E. A. — A new test for investigation of oculomotor imbalance by electro-oculography. (E)
- 60 — SMITH, V. H. & KILMISTER, H. — Post-traumatic diplopia in cases of long standing strabismus. (E)
- 61 — FERIC-SEIWERTH, F. & CELIC, M. — A contribution to the knowledge of tendon sheath syndromes (Brown's syndrome). (G)

Leitura do trabalho feita em inglês (E), francês (F) ou alemão (G). A ordem de apresentação também indicada no texto pela notação S-...

LENTICONE ANTERIOR

(LENTIGLOBO)

CLÓVIS PAIVA *

O lenticone é uma anomalia do cristalino que consiste na protrusão axial da sua superfície anterior ou posterior ou de ambas. Foi descrito pela primeira vez por WEBSTER, em 1875, que lhe chamou de "lenticonus".

Quando a projeção é da superfície anterior tem o nome de lenticone anterior. Quando é da posterior, lenticone posterior. Das duas apresentações a primeira é menos freqüente.

Dá-se o nome de lentiglobo à protrusão globular e lenticone quando ela é cônica.

A projeção em ambas as formas é axial, geralmente transparente e interessando, apenas, a cortex cristaliniana. O nucleo é poupado permanecendo perfeitamente normal, sem distorções. A base da pequena "hernia" mede aproximadamente de 3 a 4 mm. de diâmetro. Na quasi totalidade dos casos os dois olhos apresentam o mesmo defeito.

No levantamento feito por DUKE-ELDER (1), em 1964, apenas 31 casos de lenticone anterior estavam registados na literatura oftalmologica.

Os casos brasileiros são em número de três: um de MARBACK (2), um de ROCHA-COSCARELLI (3) e um de PERET (4).

O limitado numero de casos publicados, como se vê, dá bem a medida da raridade do lenticone anterior.

Clinicamente a sua aparência é inconfundível. Centralizando o clarão pupilar nota-se um pequeno disco de bordas escuras que, numa comparação feliz, assemelha-se a uma gota de óleo na água. O diagnóstico diferencial com o ceratocone não oferece dificuldade quando se usa o biomicroscópio ou o ceratômetro.

* Professor-titular de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco e da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco.

Recebido para publicação em 14-7-71.

Esta curiosa anomalia confere ao cristalino propriedades ópticas muito especiais. Assim, na área do lenticone o olho é miope e para fora desses 3 ou 4 milímetros de projeção axial ele é emetrope ou hipermetrope. Daí advem a dificuldade do uso de lentes corretoras pelos seus portadores cuja acuidade visual é, geralmente, baixa.

O presente comunicado tem por finalidade descrever e registrar o quarto caso brasileiro dessa anomalia lenticular. V.L. Vasconcelos, 19 anos de idade, sexo feminino. Queixa principal: baixa visual em ambos os olhos.

Marcha do exame:

1. Acuidade visual: A. O. = 1/10.

Sob cicloplegia: A. O. com + 3.00 esf. = 1/8.

Sob miose pilocarpínica: A. O. com — 3.00 esf. = 1/6.

Com pupila dinâmica: não aceita correção positiva nem negativa.

2. Oftalmoscopia: Clarão pupilar centralizado por uma formação discóide de bordas escuras: lembrando o clássico “oil-globule”. (Figs. 1 e 2). Fundo de olho normal, embora a imagem se apresente variável de acordo com a dupla refração do cristalino (miópica e hipermetrópica).



FIG. 1

OD. Lentiglobo anterior.



FIG. 2

OE. Lentiglobo anterior.

3. Biomicroscopia: elevação de forma globular, central, da superfície anterior do cristalino de ambos os olhos, medindo cerca de 3 milímetros de diâmetro. O núcleo não toma parte na protrusão que é, essencialmente, da cortex. De um modo geral a elevação é transparente. Notam-se, entretanto, finas opacidades (dust-like) sub-capsulares. Com o feixe largo da lampada de fenda a pequena projeção globular lembra o aspecto de uma gota de cera que houvesse sido depositada sobre a superfície do cristalino. (Figs. 3 e 4).



FIG. 3
Lentiglobo anterior.



FIG. 4
Lentiglobo anterior.

R E S U M O

O Autor tece considerações a propósito de um caso de lentiglobo anterior por ele observado numa jovem de 19 anos de idade.

Trata-se de rara anomalia cristaliniana caracterizada por protrusão transparente e axial localizada na superfície anterior da lente e que acarreta implicações ópticas que lhe são peculiares em virtude da dupla refração que ocorre nesse importante dioptro ocular.

S U M M A R Y

Anterior lenticonus (Lentiglobus)

This report describes a case of bilateral anterior lentiglobus in a 19 Year-old girl.

This is a very rare eye condition. Such anomaly consists of a marked localized thickening of the anterior lens cortex. The nuclei are not involved.

In the present case the protrusion takes a spherical or globular shape and has a few dust-like opacities.

Her eyes are myopic in the central area of the lens and hypermetropic in its periphery.

BIBLIOGRAFIA

1. — DUKE-ELDER, S. — System of Ophthalmology. St. Louis, Mosby, 3:696, 1964.
2. — MARBACK, H. — Microfaquia-lenticone anterior. Arq. Bras. Ofta. 6:119, 1943.
3. — ROCHA, H. e COSCARELLI, E. — Lenticone anterior. Ophthalmos, 2:219, 1943.
4. — PERET, P. — Lenticone anterior. Rev. Bras. Oftal., 14:109, 1955.

LENTICONE ANTERIOR — LENTE DE CONTATO *

PAIVA GONÇALVES FILHO **

TELEMACO BALDRIN ***

VANILDO MALDI ***

Só a simples constatação desta anomalia, cremos, justificaria uma publicação — quanto mais a observação de dois casos e a indicação de Lente de Contato.

O emprego das Lentes de Contato no Lenticone Anterior é virgem na literatura (vide bibliografia: revisão feita nas Bibliotecas da Sociedade Brasileira de Oftalmologia e do Prof. Paiva Gonçalves). As utilizamos nos 2 casos — o primeiro com follow up de um ano e sete meses e o outro com sete meses — em ambas normalizamos a acuidade visual.

Estava esse trabalho reservado ao 2.º Congresso Luso-Hispano-Brasileiro de Oftalmologia quando recebemos honroso convite do Dr. EMYR SOARES para participarmos daquilo que poderemos denominar de Semana de Gratidão e Mérito ao Prof SYLVIO ABREU FILHO, pelo muito que fez e vem realizando em prol da Oftalmologia Brasileira e organizado pelo Centro voga de nossa especialidade — à nosso ver — o Serviço do Prof. HILTON ROCHA.

Entende-se por Lenticone, a afecção ocular, anomalia de curvatura, que se caracteriza pela protusão cônica, transparente, quase sempre bilateral, dos polos anterior ou posterior do cristalino. Lentiglobo seria a protusão globosa, muito embora A. A. incluam na rubrica “Lenticone”, as duas modalidades.

Nossos casos são do tipo menos contraditório, Lenticone Anterior e voltamos a dizer, algo acrescentando: anomalia representada pela proeminência circunscrita da superfície anterior do cristalino (polo, logo correspondendo a área pupilar), quase sempre axial (raramente excêntrica: caso de SEN, localizado no quadrante nasal supe-

* Trabalho apresentado em 27 de fevereiro de 1972 no Hospital São Geraldo — Clínica Oftalmológica da UFMG — Serviço do Prof. Hilton Rocha.

** Professor Titular de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Fundação Souza Marques — GB, Chefe do Serviço de Olhos do Hospital Escola São Francisco de Assis, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

*** Da Faculdade de Medicina da Fundação Souza Marques (Cadeira de Oftalmologia) — Do Serviço de Olhos do Hospital Escola São Francisco de Assis da UFJR.

Recebido para publicação, em 6-3-72.

rior e o de KRUSIS), onde a zona de transição entre a parte protusa e a restante é brusca ou suave. Transparente, grande maioria (embora possa estar associada a diferentes modalidades de perda da transparência cristaliniana e até evoluir para tal ao romper-se a cápsula), bilateral (80%). De evolução lenta (para uns, isso justificaria certos casos ditos adquiridos), podendo “regridir” (um dos casos de FEIGENBAUM o autor acompanhando-o por dois anos viu aumentar e desaparecer o lenticone, transformando-se em catarata polar anterior).

Consignado pela primeira vez e assim denominado por WEBSTER em 1874, daí para cá encontramos na literatura:

PLACIDO (1880) — bilateral em jovem), VENNEMAN (1891 — fem. 20 anos), JAWORKI (1904 — miopia central de trinta e mais três na periferia, que em oito meses evoluiu para catarata), SEEFELDER e WOLFRUN (1907 — feto de quatro meses com projeção anterior da vesícula cristaliniana), KRUSIS (1910), COLLINS (1910), MOHR (1910 — cinco meses e meio), SCHWEINITZ e WIENER (1919), FREY (1922 — com nefrite), RIDL (1923 — masc., 36 anos), FRANCIS (1926), WEISS (1927), KNIECKER (1929 — primeiro estudo à Lampada de Fenda; masc. — nefrite — dois casos), TSUKALANA (1931 — masc., 10 anos), RONES (1934), MOULTON (1936), RANH (1936), IDIZUKA (1936), MADROSNIEWICKS (1937), KNOBLACK (1937), ZAVAGLIA e OLIVA (1939 — dois casos), TER-ARTUNIANZ-KOTILIANSKJA e CHTKO (1939), HARRIS (1940), DANIEL e GURBARINE (1942 — dois casos), MARCK (1943), H. ROCHA e COSCARELLI (1943 — fem., 30 anos), ERHLICH (1945 — masc., 12 anos, unilateral). BROWNELL e WOLTER (1946 — histopatologia: cortex normal, cápsula mais fina na protusão por decréscimo primário ou secundário das células epiteliais da lente), SEN (1948 — masc., 14 anos, unilateral), LASTRYL (1948), FRONIMOPOLUS e JOANNIDIS (1950 — masc., 25 anos), STRAASTMA e HOHN (1954 — masc., 21 anos — unilateral), PERET (1955 — fem., 18 anos), UNGER (1957), CANCEA e LAZARESCU (1958 — dois casos), CAND e ABRAHAM (1962), STAFFORD (1963) e GUPTA e CHATTERGER (1965).

Portanto até a presente data, 43 casos publicados — embora alguns discutíveis e uns associados a outras anomalias. Em nenhum foi indicado o uso de Lentes de Contato.

DIAGNÓSTICO — SEMIÓTICA

ANAMNESE — poucos informes conclusivos, inclusive no que diz respeito a data “exata” do aparecimento.

ACUIDADE VISUAL — baixa. Melhora com buraco estenopeico e mais ainda quando ao estenopeico adicionamos lentes negativas convencionais.

ESQUIASCOPIA — a “irregularidade” da sombra nos faz pensar em primeiro lugar em Ceratocone e nos sugere, de imediato, Ceratometria.

CERATOMETRIA — semiótica importante para o diagnóstico diferencial ao nos apresentar Córnea regular (Disco de Plácido, obviamente, nada revelará) e medidas incompatíveis com problema corneano. Eliminada a participação do segundo diop-

tro ocular, partimos para a continuação da rotina de Exame Oftalmológico adotada em nosso Serviço.

ILUMINAÇÃO OBLÍCUA — ANEXOS: normais.

SEG. ANT.: normais; possível notar a proeminência através o espaço pupilar.

DIAMETRO PUPILAR: dado importante; será abordado em detalhe nas Considerações ópticas.

MOTILIDADES — normais.

FUNDO-DE-OLHO — antes da indireta realizamos a oftalmoscopia monocular direta, precedendo-a pela busca da integridade do clarão pupilar; é quando — particularmente — após midriase observamos o “fenomeno da gôta de óleo” (também constatado à Transiluminação com espelho plano). Partimos, então, para a cicloplegia (uma gôta do Colírio Cicloplégico de 5 em 5 minutos — 3 instilações — realizando-se o exame 1 hora após a última gôta).

COM CICLOPLEGIA:

ESQUIASCOPIA — acusa alta miopia (fora do cone: hipermetropia, emetropia, leve miopia).

FUNDO-DE-OLHO — em tais condições pupilares a Sombra de WEBSTER (devida a movimento paralaxe de alta refração miópica localizada) a gôta de óleo é mais facilmente identificada e situada. No centro do Clarão Róseo notamos pequeno disco de periferia escura e a movimentação nos permite localizá-lo: mandamos o paciente olhar para cima e para baixo — no Lenticone Anterior a “gôta” acompanha o movimento do olhar, na Posterior ela é inversa.

O fundus é normal, i. é, essa anomalia de curvatura não se faz acompanhar de alterações fundoscópicas específicas.

BIOMICROSCOPIA — o corte óptico com fenda estreita nos mostrará:

CÁPSULA — íntegra, mas poderá se romper (já assinalámos).

PROTUSÃO — cônica, com base de 3 a 4 mm. de diâmetro (nossos 2 casos) transparente ou não (o segundo paciente apresentava-se respigada de poeira opaca).

CORTEX ANTERIOR — sua faixa segue a protusão, se alarga ao nível da projeção — preenchendo-a. Mantém-se transparente mas pode opacificar-se.

NUCLEOS — normais, costumam estar.

Outros achados poderão estar associados ao Lenticone Anterior e uns até fazerem parte de sua evolução: cataratas polar anterior, piriforme anterior, cortical anterior, comprometimento da borda anterior do núcleo adulto, microfaquia (caso de MARBACK) manifestações sistêmicas (Síndrome de ALPORT, outras nefropatias, etc.), etc. e o Lenticone Posterior.

Merece algumas palavras essa anomalia de curvatura posterior. Rara, porém mais freqüente que o Anterior, descrita por MEYER em 1888. Essa projeção cônica da

cápsula e cortex, frequentemente central que caminha para o vítreo, acarreta também grande ametropia miópica (até menos 30.00 dioptrias — caso de PENIDO BURNIER). Transparente, embora opacificação seja freqüente (achado associado ou consequente a rutura capsular) costuma afetar um dos olhos (bibliografia) gerando também a Sombra de WEBSTER. À esquiascopia e biomicroscopia encontramos achados interessantes: reflexos em anel em torno da ectasia (VOGT — 1926) e em tesoura. FRANCESCHETTI e RICKLI (1954) após observá-los clinicamente recorreram a Modelo para explicá-los. Ao colocarem a fenda próxima da borda de um Lenticone Posterior axial apareciam dois reflexos cruzados na superfície da região posterior do cristalino que se aproximavam verticalmente por movimento em tesoura e finalmente se juntavam formando linha única quando a fenda passava através da protusão. Nasce dos pontos nos quais a fenda toca as bordas do Lenticone o ângulo de incidência é tão pequeno que produz uma Reflexão total. De fato, quando o corte óptico é deslocado através a ectasia a reflexão total ocorre no ponto de interseção com as paredes do Lenticone Posterior (VOGT — devido a reflexão da luz na parede oposta do L. Posterior. PARA NÓS o mesmo ocorre no Lenticone Anterior, na própria cápsula anterior no ponto que a separa do Humor Aquoso). É então que dois reflexos em tesoura aparecem, aproximam-se e tornam-se linha única quando o feixe toca a borda do Lenticone Posterior (PARA NÓS — no Lenticone Anterior, fenômeno similar acontece porém com suplementação angular: ângulo limite de incidência/refração).

No que concerne à Etiopatogenia do Lenticone Posterior se congênito, se adquirido as dúvidas persistem. Várias hipóteses: restos do sistema hialóideo; hiperplasia aberrante e localizada da lente (FRANCESCHETTI e MACKLEY); tensão durante a formação da lamela zonular superficial (I. MANN); esforço de acomodação excessivo (MARSH); inflamação no vítreo anterior (VON HIPPER), etc.

O mesmo se passa no Lenticone Anterior. Ainda não está também adequadamente explicada, esclarecida e as teorias — umas advogam o caráter adquirido outras o congênito não satisfazem. Creemos pois, haver necessidade de dupla explicação patológica. Para o Lenticone como congênito:

- retardo do destacamento da vesícula lenticular.
- retardo do desdobramento mesodérmico.
- malformações zonulares (HESS, ELSCHNIG, COLLINS e outros).
- retardo no preenchimento das fibras cristalinianas.
- inflamação na vida fetal (MOHR).
- distorsão no núcleo adulto (GUPTA-CHATTERGEC e KUMAR).

Como Adquirido:

- Fragilidade congênita da cristaloide anterior (mais acomodação e ou trauma) — HESS. A fraqueza capsular congênita (ROMA, FRANCESCHETTI, MACKLEY, RICKLI) é dado importante para os A.A. pois a cápsula anterior e a região do equador são mais espessas que a cápsula posterior (e nessa o mínimo de resistência situa-se em seu polo) daí o Lenticone Posterior ser mais freqüente que o Anterior. Essa cápsula enfraquecida favorece a herniação da substância da lente. Destacam também o valor da presença de núcleos

heterotópicos. Por outro lado essa fraqueza capsular facilitaria, como já assinalamos, a herniação que ocorreria por alterações físico-químicas da puberdade (JAWORSKI), traumas, fatores metabólicos outros (água — JAWORSKI e KIENECKER — casos de nefrite), etc.

- Ausência de alterações nos núcleos (FRONIMOPOLUS e JOANNIDIS).
- Acomodação (ELSCHNIG, VENNEMANN, KIENECKER e FINCHAM). FINCHAM autor de teoria da Acomodação — uma das mais aceitas atualmente — relata que o cristalino não é elástico mas plástico e sua forma seria imposta pela elasticidade da cápsula, logo a lente se apresentaria mais “deformada” onde a capsula é mais delgada. Assim no Lenticone Anterior do macaco (que como o homem apresenta grande amplitude de acomodação) o autor constatou o desaparecimento da formação quando a capsula era dissecada. Continua FINCHAM, durante a acomodação a cápsula modela a face anterior do cristalino ao exercer forte pressão na região equatorial e em todos os pontos em que é mais espessa. Logo o adelgaçamento normal da cápsula, maior ainda no polo, permite que as camadas periféricas se abombem “para fora” produzindo-se a formação conoide normal e patológica.

NOSSOS CASOS



J.R.A.R. — 16 anos, leucoderma, estudante, brasileiro, residente no Maranhão, masculino, atendido em 30 de junho de 1970.

QUEIXA PRINCIPAL — usa óculos há cinco anos; com a última prescrição não obteve visão útil.

AO EXAME: ACUIDADE VISUAL — O.D. ... 0,06 sem correção — O.E. ... 0,06 s.c.

ESQUIASCOPIA — sombra em tesoura.

CERATOMETRIA — córneas regulares. Medida de 3 tomadas:

ESQUIASCOPIA —

O.D.		44.00	
		45.50	
		180.º	

O.E.		46.00	
		44.50	
		5.º	

ILUMINAÇÃO OBLÍCUA — ANEXOS: nevus na banda livre da pálpebra inferior de O.D.

SEG. ANT.: normal.

DIAMETRO PUPILAR: em A.O. — 3 a 5 mm.

MOTILIDADES — normais.

FUNDO-DE-OLHO — paralaxe.

PRESSÃO OCULAR — 12/12 mm. de Hg. às 16 horas.

CICLOPLEGIA

ESQUIASCOPIA —

CENTRAL	O.D.	— 8.00	O.E.	— 7.00
		— 8.00		— 7.00
PERIFÉRICA	A.O.	+ 2.00		
		+ 2.00		

FUNDO-DE-OLHO — gôta de óleo no clarão pupilar e seguindo o movimento dos olhos.
NORMAL.

BIOMICROSCOPIA — em ambos os olhos: eutopia cristalina; simetricamente na superfície anterior da lente, formação cônica de mais ou menos 4 mm. de diâmetro por mais ou menos 2 mm. de “altura” a ocupar a área pupilar. Zona de transição nítida, cápsula anterior íntegra e transparente, cortex anterior larga ao nível da protusão preenchendo-a; núcleo normais.

Feito o DIAGNÓSTICO de Lenticone Anterior tentamos correção com lentes convencionais e como a acuidade visual ainda se apresentasse deficitária, aconselhamos (por aconselhar...) como primeira etapa o uso de Lentes de Contato. Qual não foi nossa surpresa: o paciente retornou com LENTES DE CONTATO (O.D. — 7.00 e O.E. — 6.00) e encontramos acuidade visual igual a 1 em cada olho. Follow up de Um ano e sete meses, com a mesma acuidade. Exames Complementares — só os realizamos no segundo caso.

N.B. — quando se nos apresentou M. N. O. com Lenticone Anterior a indicação das LENTES DE CONTATO foi feita com convicção, pois com MODELO obtivemos seu mecanismo óptico de ação (vide considerações gerais e finais).

M.N.O. — 10 anos, melanaderma, estudante, brasileira, natural da Guanabara, residente em Campo Grande, feminina, atendida em 9 de agosto de 1971.

QUEIXA PRINCIPAL — há quatro anos que “não enxerga bem”, piorando há 2 meses.

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA E FAMILIAR — sem interesse para o caso.

AO EXAME: ACUIDADE VISUAL sem correção: O.D. ... dedos à 4 metros O.E. ... também.

Após CICLOPLEGIA... 0,10 em cada olho (importância do diâmetro pupilar).

ESQUIASCOPIA — sombra em tesoura.

CERATOMETRIA — córneas regulares. Média de 3 tomadas:

O.D.	44.50	O.E.	44.75
	————— 44.00		————— 44.00
	5.º		10.º

ILUMINAÇÃO OBLICUA — ANEXOS: normais.

SEG. ANT.: normal.

DIÂMETRO PUPILAR: em A.O. 3 a mm.

MOTILIDADES — normaes.

FUNDO-DE-OLHO — normal.

PRESSÃO OCULAR — 10/10 mm. às 14 horas.

CICLOPLEGIA

ESQUIASCOPIA	—	CENTRAL em A.O.	—	12.00
			—	12.00
		PERIFÉRICA (A.O.)	—	+ 7.00
			—	+ 7.00

FUNDO-DE-OLHO — gôta de óleo no clarão pupilar e seguindo o movimento do olhar.
Normal, com paralaxe, é óbvio.

BIOMICROSCOPIA — eutopia cristaliniana e em ambos os olhos simetricamente na superfície anterior do cristalino (polo) formação cônica de mais ou menos 4 mm. de base por mais ou menos 1,5 mm. de “altura” preenchendo a área pupilar. Zona de transição suave, cápsula anterior respingada de “poeira” opaca, cortex anterior caminhando na protusão. Faixas de disjunção anterior, a da cápsula e a do núcleo adulto afastadas no lenticone, por “protusão” da faixa da cápsula e algo da de disjunção anterior. Núcleos normaes.

DIAGNÓSTICO — A. O.: Lenticone Anterior.

TRATAMENTO — agora, o inverso, por tentar... em midriase, iniciamos com as lentes convencionais: pouca melhora. Adicionamos estenopeico às menos 12.00 dioptrias e a acuidade visual atingiu 0,50 em cada olho. Partimos, já agora com base, para as Lentes de Contato e com elas (A.O. — 11.75 dioptrias) a acuidade foi a 1 olho/olho, com diâmetro pupilar de 3 a 4 mm. Follow up de 7 meses.

Nesse caso foi realizado: — Exame Pediátrico, O. R. L.: normaes. Bioquímica do sangue e urina: sem alteração.

TRATAMENTO DO LENTICONE ANTERIOR

Até a presente publicação o tratamento clássico se constituía:

NOS TRANSPARENTES — lentes convencionais; midriase medicamentosa; iridectomia óptica.

NÃO TRANSPARENTES — facoérise.

LENTE DE CONTATO

Porque indicá-las? Quais as vantagens sobre o que até então se fazia?

- considerando-se o Sistema Dióptrico Ocular como um todo com seus dois pontos nodais e seu eixo óptico principal, a inclusão de uma Lente de Contato só modifica a relação dos dois citados pontos, diferentemente das Lentes Convencionais onde passamos a ter um novo dióptro altamente funcionante.
- que a secção óptica de qualquer porção de uma lente modifica a imagem apenas no seu “quantum luminoso” mantendo-se inalteradas as outras características óptico-físicas inerentes.
- se considerarmos o cristalino como uma lente delgada, a imagem formada por qualquer ponto de sua superfície ganha o eixo principal da lente.
- outro fato importante é o tamanho da imagem retiniana nas ametropias corrigidas. Esse tamanho depende do estado de refração do olho e da D.C.L. (dado esse insignificante com as Lentes de Contato, mas importantíssimo nas Convencionais, particularmente em ametropias acima de cinco dioptrias). Assim, no Lenticone onde há grande Miopia o uso das Lentes de Contato melhora a acuidade visual ao gerar imagem retiniana maior; já com as Lentes Convencionais (D.C.L. em torno de 12 mm.) o inverso ocorre.
- o Efeito STILES — CRAWFORD — falando contra a Midriase e as Convencionais e a favor das L. de Contato. Os raios luminosos que penetram pelas zonas marginais da pupila são de maior eficiência luminosa que aqueles que passam pela região central (na visão fotóptica esse efeito é apreciável). Assim, por exemplo, numa pupila de 8 mm, os centrais são cinco vezes mais eficazes que os periféricos (num mesmo ponto da retina um objeto forma imagem mais luminosa quando central e mais obscura quando atravessa a pupila mais periféricamente).

- que em visão fotóptica o diâmetro do cone ectásico coincide com o diâmetro pupilar.
- assim é importante a relação diâmetro pupilar e diâmetro do lenticone anterior nas visões fotóptica, mesóptica e escotóptica. A quantidade de luz que penetra pelo orifício pupilar determina a luminosidade e o contraste da imagem retiniana. Essa quantidade de luz — quantum luminoso — é diretamente proporcional a área pupilar e varia com o quadrado do raio.
- Em nosso segundo caso, a paciente se queixou que a noite “sua visão não era tão ótima como de dia”. Para justificar essa queixa e explicá-la, podemos lançar mão do quantum luminoso acima mencionado (a midriase fisiológica por diminuição, do O. L. concorre para aumentar a luminosidade da imagem no indivíduo normal, mas no portador de Lenticone Anterior o mesmo não ocorre, devido ao fenomeno da “image flaring”) e pela miopia noturna fisiológica.

A miopia noturna fisiológica que pode oscilar de 0,4 a 2 dioptrias segundo A. A. e tem seu mecanismo ainda não completamente aclarado. Seria devida a Aberração Cromática (deslocamento do máximo de sensibilidade espectral em visão diurna e noturna) a Aberração Esférica (ao dilatar-se a pupila na obscuridade entra em funcionamento zonas afastadas do eixo óptico que passam a refratar mais ativamente os raios incidentes) ao esforço de acomodação na obscuridade a modificar a forma do cristalino, ao avanço do cristalino pela midriase, ao “hippus de acomodação”, etc.

Por tudo isso, pelo “pouco” conseguido com as Lentes Convencionais, com a midriase medicamentosa, etc. e particularmente o resultado obtido em nossos dois casos, podemos afirmar constituírem-se as LENTES DE CONTATO o mais útil recurso do arsenal terapêutico do Lenticone Anterior, no que concerne a unidade visual.

R E S U M O

Os Autores após definir, historiar, diagnosticar, analisar recursos semióticos, tecer considerações etiopatogênicas, abordar o tratamento clássico, apresentam 2 casos de Lenticone Anterior nas quais obtiveram êxito com emprego exclusivo de LENTES DE CONTATO. Fundamentam essa indicação com dados ópticos. Abordam também algumas facetas do L. Posterior.

S U M M A R Y

Anterior Lenticonus

The A. A. after some brief considerations about Posterior Lenticonus, presents two cases of Anterior Lenticonus concerning definition, historical, diagnostic, semiologic, etiopathology and treatment based on use of Contact Lens. They emphasize and support the prescription of CONTACT LENS on optical fundamentals.

BIBLIOGRAFIA

1. BELLOWS, J. G. — Cataract and Anomalies of the Lens, St. Louis, C. V. Mosby Company, 1944.
2. BERLINER, M. L. — Biomicroscopy of the Eye, N. York, Hoeber, 1949, vol. 2.
3. BUTLER, T. H. — Posterior Lenticonus. Arch. Ophth. 3:425, 1930.
4. BUTLER, T. H. — Lenticonus and allied anomalies at the posterior pole of the lens. Tr. Ophth. Soc. U. K. 57:413, 1938.
5. DUKE-ELDER, W. S. — Textbook of Ophth. St. Louis, Mosby, v. 2, pp. 1353-1356.
6. COLLINS, E. T. — Lenticonus posterior with opaque membrane behind lens. Tr. Ophth. Soc. U. K. 30:136, 1910.
7. EHRLICH, L. H. — Spontaneous rupture of the lens capsule in anterior lenticonus. Am. J. Ophth. 29:1274/1281 — 1946.
8. FRANÇOIS, J. — Congenital cataracts. Springfield, Thomas, p. 66, 1936.
9. FRANCESCHETTI, A and RICKLI, H. — Lenticone postérieur périphérique ayant simulé une neofomatose hyalienne, Bull. et Mém. Soc. Franç. Opht. 61:168, 1951.
10. FRANCESCHETTI, A. and RICKLI, H. — Posterior (excentric) lenticonus. AMA Arch. Ophth 51:499, 1954.
11. FROMPOLOUS J. and JOANNIDIS, T. — Bilateral anterior and rudimentary posterior lenticonus. AMA Arch. Ophth., 43:364, 1950.
12. GIL DEL RIO — Ótica Fisiológica Clínica — Toray, 222 e 253 e 544, 1966.
13. GIRARD, L. J. — Corneal Contact Lenses —, Mosby, 1970.
14. GRUPTA, J. S. and KUMAR, K. — Bilateral anterior and posterior lentiglaucoma. Am. j. ophth. 59:499, 1965.
15. HANEY, W. P. — Posterior lenticonus. Am. j. Ophth. 61:1529, 1966.
16. HARRIS, C. F. — Bilateral anterior lenticonus with congenital discoid punctate cataract. Northwest Med., 39:219, 1940.
17. HOGAN — ALVARO — WEDDELL — Histology of the Human Eye — Saunders, 1971.
18. JAWORSKI — Ein fall von lenticonus anterior und über dessen Entstehen — A. f. Augen, 65:313, 1970.
19. KRUSIS — Über zwei seltene anomalien des linnsenssystems, Arch. f. Augen., 65:233, 910.
20. LEBEKHON, P. I. — Traumatic posterior lenticonus — Annals of Ophth. — 3, 1967.
21. LISH, K. — Lenticonus — Graefes Arch. Ophth. 157:287, 1956.
22. LITRICIN, O. — Contribution à l'étude Étiologique et pathogénique du lenticone antérieur. Annales D'Oculistique, 185:960, 1952.
23. MAKLEY, T. A. — Posterior lenticonus — Am. J. Ophth, 39:308, 1955.
24. MANN, I. — Developmental Anomalies of the Eye. London, Cambridge University Press, 1937
25. MARBACK, H. Sinal da gota de óleo na pupila microfática — lenticone anterior. Arq. Bras. Oft. 6:119, 1943.
26. MARSH, E. J. — Slit lamp study of posterior lenticonus. Arch. Ophth. 56:128, 1927.

27. MARSH, E. J. — Lenticonus posterior, Arch. Ophth. 8:804/820, 1932.
28. RIEDL — Lenticonus Anterior. Klin. Monatsbl. Augenh. 71:344, 1923.
29. ROCHA, H. e COSCARELLI, E. — Lenticone Anterior. Ophthalmol., 3:279, 1943.
30. RONES, B. — Anterior Lenticonus. J.A.M.A., 103:327, 1934.
31. SAND, B. J. — ABRAHAM S. V. — Anterior Lenticonus, Am. J. Ophth. 53:636, 1962.
32. SALZMANN, M. — Anatomy and Histology of the Human Eyeball, ed. 2, Leipzig und Wien, Rranz Deutiche, p. 164, 1931.
33. SEN, K. — Anterior Lentiglabus: Atypical case. Brit. J. Ophth. 32:305, 1948.
34. SILVA, C. M. — Lenticone Posterior. Arq. Inst. P. Burnier — 250, 1945.
35. SINGH, D. and SING, D. — Posterior Lenticonus with involvement of faetal nucleus. British J. Ophth., 136:54, 1970.
36. STAFFORD, W. R. — Anterior Lenticonus e posterior lentiglabus. Am. J. Ophth. 56:654, 1963.
37. STRAATSMA, B. R. — Anterior Lenticonus. Am. J. Ophth. 37:197, 1954.
38. SHANH, W. R. — Monacular coexistence of anterior lenticonus, posterior and congenital nuclear cataracts. Am. J. Ophth. 31:646, 1954.
39. TIPSHUS, A. F. — Posterior tramatic lenticonus. AMA Arch. Ophth. 594:82,1969.
40. TYSON, H. H. — Lenticonus Pasterior. Arch. Ophth. 57:38, 1938.
41. UNGER, L. — Anterior Lenticonus. Klin M. f. Augenh. 131:696, 1957.
42. VANCEA, P. and LAZARESCU, D. — Bilateral anterior and posterior lenticonus. Ophth. 135:65, 1958.
43. VENNEMAN — Un cas de lenticone double anterieur. Ann. D'Oculist., 105:158, 1894.
44. WOLFF'S — Anatomy of the Eye and Orbit — Saunders, 1961.
45. ZAVAGLIA, A. V. e OLIVA, A. O. — Consideraciones sobre dos casos de lentiglobo anterior. Arch. de Oft. de B. Aires. 14:848, 1939.
46. HOWITT, D. and HORNBLASS, A. — Posterior Lenticonus. Am. J. Ophth. 1133:66, 1968.

CISTO CONJUNTIVAL DE GLÂNDULA LACRIMAL ECTÓPICA

ROBERTO LORENS MARBACK (1)
ARISTIDES CHETO DE QUEIROZ (2)
EPAMINONDAS CASTELO BRANCO NETO (1)

Tecido de glândula lacrimal ectópico tem sido eventualmente observado no interior do globo ocular bem como envolvendo os seus anexos.

No presente trabalho registramos um caso de glândula lacrimal ectópica na conjuntiva bulbar, manifestada clinicamente por uma lesão cística associada a um pterígio. A possível influência deste pterígio na formação do cisto de retenção glandular é analisada. Tal cisto constitui a única manifestação clínica tardia do tecido de glândula lacrimal de localização congênitamente anômala.

APRESENTAÇÃO DO CASO — I.B.S., 66 anos, preta, doméstica, natural de São Bernardo — Bahia. Reg. 184467.

Procurou pela primeira vez o Serviço de Oftalmologia do Hospital Prof. Edgard Santos no dia 21 de agosto de 1970. Queixava-se do crescimento de uma carnosidade no olho direito há cerca de um ano.

Visão — OD — 20/200 (com correção)
OE — 20/40

Exame externo e biomicroscópico — Discreta hiperemia conjuntival, melanose límbica e arco senil foram observados em AO. Catarata nuclear presente em AO, mais acentuada no OD. Um volumoso pterígio interno era notado no OD e no corpo do mesmo havia uma tumoração de aspecto cístico, contendo fluido claro (fig. 1). O restante do exame oftalmológico foi essencialmente normal.

Diagnóstico clínico — Pterígio com cisto de inclusão epitelial.

1 — Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Serviço do Prof. Heitor Marback).

2 — Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Prof. Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (Serviço do Prof. Zilton Andrade).
Recebido para publicação em 29-XI-71.

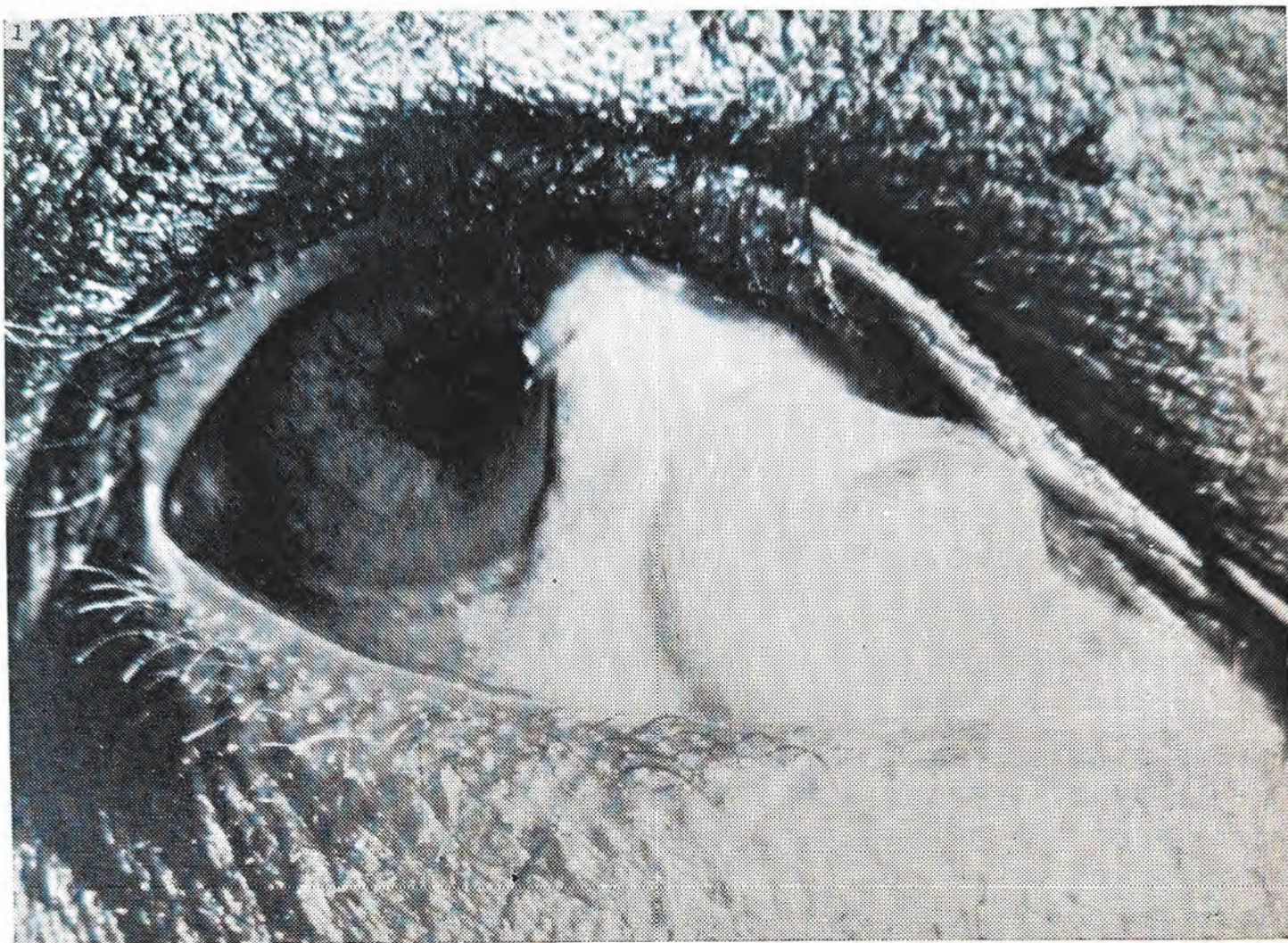


FIG. 1 — Pterígio interno exibindo a lesão cística.

Evolução — Submetida à exérese do pterígio e cisto. O defeito foi recoberto por conjuntiva deixando-se uma pequena extensão de esclera desnuda entre a conjuntiva e o limbo.

Exame Histopatológico.

Macroscopia — Recebido fixado em formol, um fragmento de tecido de coloração castanha medindo 1,0 x 0,3 cm nos seus maiores diâmetros. Todo o material foi incluído.

Microscopia — No estroma superficial nota-se a presença de uma degeneração basofílica do tecido conectivo (degeneração elastótica), com a formação de áreas compostas de fibras basofílicas fragmentadas. Mais profundamente, as secções mostram lóbulos de tecido de glândula lacrimal circundados por tecido conectivo frouxo exibindo discreto grau de infiltração linfocítica (fig. 2). Os dutos glandulares apresentam-se moderadamente dilatados (fig. 3) e observa-se a presença de uma estrutura cística, revestida por um epitélio cuboidal estratificado (fig. 4), relacionada com os lóbulos do tecido de glândula lacrimal.

Diagnóstico — 1 — Glândula lacrimal ectópica na conjuntiva bulbar com formação de cisto de retenção. 2 — Pterígio.

DISCUSSÃO — Recentemente, GREEN e ZIMMERMAN (1967) revisaram todos os casos registrados como glândula lacrimal ectópica ou aberrante no Departamento

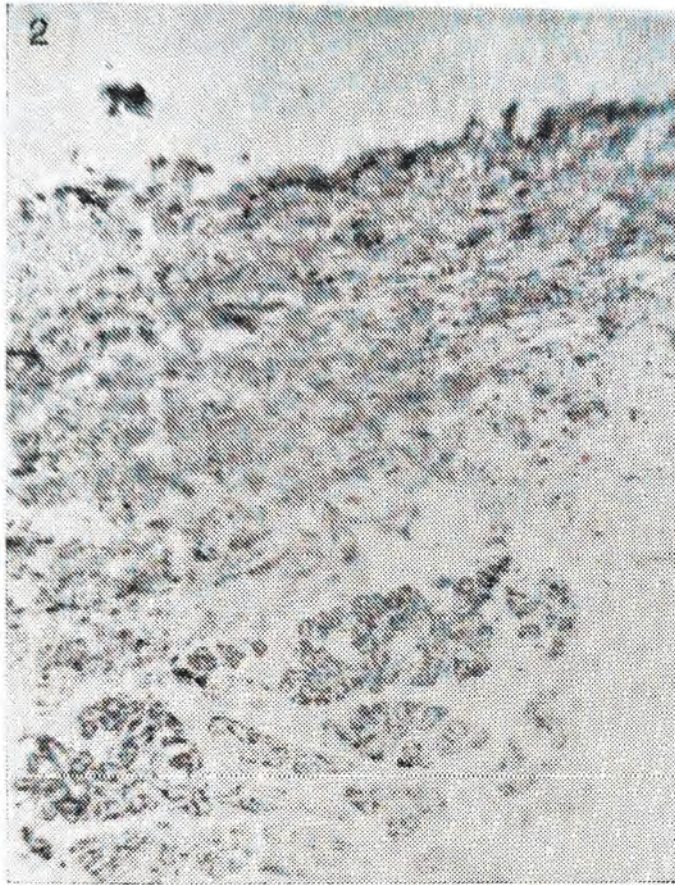


FIG. 2 — Microfotografia, mostrando os lóbulos de glândula lacrimal ectópica e degeneração elastótica no estroma conjuntival. (H.E. 10 x 5).

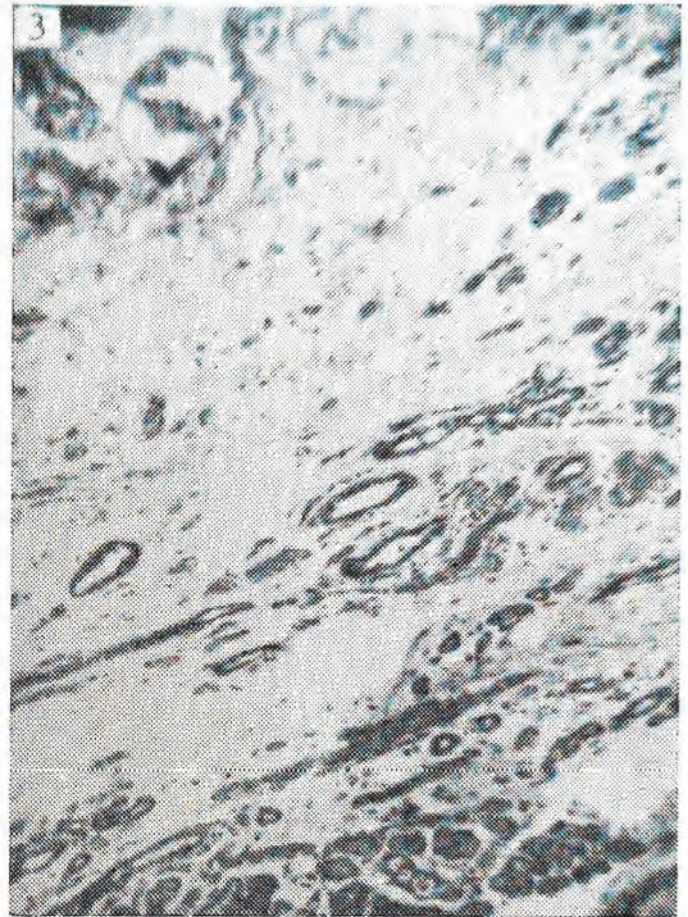


FIG. 3 — Microfotografia. Vários dutos exibindo discreto grau de dilatação são vistos próximos aos lóbulos de glândula lacrimal ectópica. (H.E. 10 x 10).



FIG. 4 — Microfotografia mostrando a estrutura cística revestida por epitélio cuboidal

de Patologia Ocular do Armed Forces Institute of Pathology. A localização deste tecido coristomatoso em 35 pacientes nesta série foi: conjuntiva bulbar 18 casos, área do canto externo 6, pálpebra inferior 2, intra-ocular 1 e orbitária 8 casos. Vários outros trabalhos realizados por FRANÇOIS e RABAEY (1951), BOASE (1954), PÁEZ ALLENDE (1954), HUGHES e BALLEEN (1956), METTIER (1958), SOMMER (1958) e GORDÜREN (1962), tratam do envolvimento da conjuntiva bulbar por tecido de glândula lacrimal ectópico, indicando maior freqüência da localização conjuntival.

MANN (1950) afirma que a glândula lacrimal inicia a sua formação no estágio de 25 mm (2.º mês) a partir de numerosos botões epiteliais oriundos da superfície conjuntival na porção mais externa e superior do saco conjuntival. Entretanto, só se tornam diferenciados em glândula túbulo-alveolar funcionante entre o 5.º e 6.º meses. As glândulas lacrimais acessórias desenvolvem-se a partir das células basais da conjuntiva palpebral. Baseados nas origens embrionárias das glândulas lacrimais principal e acessórias podemos facilmente entender e explicar a presença de tecido de glândula lacrimal ectopicamente localizado nas conjuntivas bem como a maior freqüência da sua presença na conjuntiva bulbar. Em realidade, representam localizações congênitas anômalas das glândulas lacrimais normais e delas não diferem histologicamente.

Segundo METTIER (1958), algumas lesões, tais como pterígio, pseudo-pterígio, tumor dermóide, linfoma e papiloma devem ser diferenciados da glândula lacrimal ectopicamente situada na conjuntiva bulbar. De fato, na série apresentada por GREEN e ZIMMERMAN (1967), 2 dos 18 casos comprometendo a conjuntiva bulbar foram diagnosticados clinicamente e de maneira errônea, como pterígio. Entretanto, em nosso caso, o pterígio observado clinicamente foi confirmado ao exame histopatológico e não nos foi possível encontrar na literatura nenhum relato de glândula lacrimal ectópica na conjuntiva bulbar manifestando-se clinicamente como um cisto associado a pterígio.

A formação de cisto de retenção nos dutos de glândulas lacrimais ectópicas na órbita foi anteriormente demonstrada por GREEN e ZIMMERMAN (1967). Admitem tais autores que as secreções da glândula lacrimal ectópica na órbita não são apropriadamente drenadas e que a estase produzida, resulta na formação de cisto, inflamação e proptose.

De acordo com BONIUK (1970), um dos achados estromais mais freqüentemente associados com o pterígio é o cisto de inclusão epitelial. Este conceito nos levou a considerar que a lesão presente em nosso caso fôsse um de tais cistos de inclusão epitelial. Todavia, o exame histopatológico revelou tratar-se de um cisto de retenção associado ao tecido coristomatoso. Provavelmente, o cisto de retenção resultou da estase pela oclusão dos dutos da glândula lacrimal ectópica, iniciada pelas alterações estromais ou mesmo por compressão decorrentes do pterígio.

RESUMO

Os autores descrevem um caso de glândula lacrimal ectópica em conjuntiva bulbar associada a pterígio e produzindo um cisto de retenção. Provavelmente as alterações produzidas no estroma conjuntival pelo pterígio, cu a compressão causada pelo mesmo, constituíram as causas pelas quais as secreções não foram convenientemente drenadas, levando à formação do cisto.

SUMMARY

Retention Cyst of Ectopic Lacrimal Gland

The authors describe a case of ectopic lacrimal gland tissue in the bulbar conjunctiva associated with a pterygium and producing a retention cyst. Probably the stromal changes or compression produced by the pterygium constituted the causes by which the secretions were not drained properly, leading to the cyst formation. This cyst, occurring in an old patient was the single clinical sign of a congenitally misplaced lacrimal gland.

BIBLIOGRAFIA

- BOASE, A. J.: Adenoma of the Conjunctiva. Brit. J. Ophthal. 38:380-383 (1954).
- BONIUK, M.: Pterygium with epithelial inclusion cyst and mycotic infection. Survey of Ophthal. 14:457-460 (1970).
- FRANÇOIS, J. and RABAEY, M.: Adenoma of the limbal conjunctiva. Brit. J. Ophthal. 35: 237-241 (1951).
- GÖRDÜREN, S.: Aberrant Lacrimal gland Associated with other Congenital Abnormalities. Brit. J. Ophthal. 46:277-280 (1962).
- GREEN, W. R. and ZIMMERMAN, L. E.: Ectopic Lacrimal Gland Tissue. Report of Eight Cases with Orbital Involvement. Arch. Ophthal. 78:318-327 (1967).
- HUGHES, W. L. and BALLEEN, P. H.: Ectopic Lacrimal Gland. Arch. Ophthal. 55:271-273 (1956).
- MANN, I.: The development of the Human Eye. (Grune and Stratton Inc., New York, 1950).
- METTIER, S. R.: Aberrant Lacrimal Gland. Arch. Ophthal. 60:488-491 (1958).
- PÁEZ ALLENDE, F.: Neurofibromatosis difusa con enorme glandula lacrimal aberrante en posición corneo-conjuntival. Arch. Oftal. B. Aires, 29:119-205 (1954).
- SOMMER, G.: Beitrag zur Ektopie der Tränendrüse. Klin. Mbl. Augenheilk. 130:415-417 (1953).

A IMPORTÂNCIA DO REPOUSO PRÉ-OPERATÓRIO NA PROPEDEÚTICA E NO TRATAMENTO DO DESCOLAMENTO DE RETINA (*)

JOÃO ALBERTO HOLANDA DE FREITAS (**)
HENRIQUE JOSÉ FILOMENO FONTES (***)

A retina que se mostra obediente ao repouso
mostrar-se-á obediente no tratamento.

INTRODUÇÃO

Os AA. pretendem com a presente comunicação enfatizar as vantagens do repouso pré-operatório no tratamento do descolamento da retina.

Trata-se de uma conduta das mais prudentes e vantajosas pois que facilitará sobremaneira uma propedêutica mais caprichosa, como possibilitará pelos seus resultados, escolher a melhor técnica operatória e uma melhor avaliação prognóstica.

A conduta operatória em qualquer circunstância deve ser escudada da maneira mais simples, isto quer dizer que o cirurgião de retina deve poupar o mais possível o globo ocular, a fim de que as agressões no transoperatório sejam reduzidas.

As dificuldades ou limitações que impedem o repouso no pré-operatório, custo do leito-dia, incômodo de determinadas posições, enfermagem precária, têm levado os cirurgiões a descuidarem-se desta salutar prática. Apesar de recurso primitivo, da era do genial GONIN, a pressa com que se vive atualmente leva os mais afoitos a prescindirem do repouso na fase da semiologia do descolamento. Mesmo diante do óbvio é preciso insistir. É este o escopo da publicação de nossa experiência.

(*) Trabalho do Instituto Penido Burnier, apresentado na 984.^a sessão da Associação Médica do Instituto Penido Burnier em 6-10-71.

(**) Oftalmologista do Instituto Penido Burnier. Professor-Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Serviço Prof. A. A. Almeida).

(***) R-2 do Instituto Penido Burnier.

Recebido para publicação em 28-1-72.

MATERIAL E MÉTODOS

Dos 500 pacientes registrados no Departamento de Retina do Instituto Penido Burnier, nestes últimos 24 meses, recolhemos todos os casos operados por um de nós, entre o período compreendido de janeiro a julho deste ano, num total de 31 olhos (29 pacientes), em que foram submetidos ao repouso pré-operatório mais cuidadoso.

Todos os casos foram tratados pela criocoagulação ou fotocoagulação sendo a técnica operatória variável (Quadro I).

COMENTÁRIOS E DISCUSSÃO

Com relação a **idade**, a maior freqüência verificou-se na faixa etária superior a 41 anos com 26 olhos (83,9%), contra 5 olhos (16,1%) de pacientes que contavam menos de 41 anos.

Não houve diferença significativa quanto a maior incidência do descolamento no que diz respeito ao **olho** comprometido. Assim é que observamos 15 vezes (48,4%) o olho direito descolado, contra 16 vezes (51,6%) para o olho esquerdo.

Desde 1970, com entusiasmo, temos prosseguido no emprêgo cada vez mais exigente do repouso pré-operatório no leito (oclusão binocular estando o decúbito orientado com relação a situação da bolsa retiniana), há muito obrigatório no I.P.B. e variando de 2 a 4 dias. Esta conduta possibilita na grande maioria dos casos, a reabsorção de 80% a 90% e às vezes do total da bolsa retiniana o que facilita melhor exame da periferia na procura de outras lesões que porventura hajam passadas despercebidas no ato da consulta em virtude, certamente, de retina muito elevada.

No que diz respeito à localização da **área** comprometida, tivemos a seguinte distribuição:

Setor temporal superior	16 vezes
Setor temporal inferior	12 vezes
Setor nasal superior	7 vezes
Setor nasal inferior	4 vezes

A **amplitude** da retina afetada foi também variável, tanto por casos em que aparecia apenas rotura sem descolamento como também nos que a bolsa era de menos de um quadrante até ao descolamento total (Fig. 1):

Descolamento total	5 casos
Descolamento em 3 quadrantes	4 casos
Descolamento em 2 quadrantes	8 casos
Descolamento em 1 quadrante	5 casos
Rotura sem descolamento	7 casos

Neste tocante há ainda de se destacar a presença de 2 descolamentos inflamatórios e 4 reoperações.

LOCALIZAÇÃO

VITREO

PUNÇÃO

TÉCNICA EMPREGADA

RESULTADO (*)

N.º FICHA	IDADE	T.S.	N.S.	T.I.	N.I.	NOR.	TRA.	SIM	NÃO	FOTO	CRIO	INT. SIM.	INT. IMPL.	A.	V.
434825 E	49	X	X	X	X				X		X	X		0	0
525683 D	62					X			X		X			0	0
529768 D	15	X		X			X		X		X	X		0	0
530201 D	69	X		X	X		X		X		X		X	M	M
526718 D	42	X					X		X		X	X		0	0
529277 E	60	X		X			X		X		X		X	0	0
530678 D	28			X			X	X			X		X	0	0
527988 E	29			X	X		X	X			X		X	0	0
530680 E	72	X				X		X			X	X		0	0
524696 D	54	X	X				X	X			X		X	M	M
523857 E	70	X			X	X		X			X		X	0	0
374653 D	60			X	X		X	X			X		X	0	0
374653 E	60	X	X	X	X		X		X		X		X	0	0
531388 D	48	X	X	X	X		X		X		X			0	0
67148 E	59					X			X		X			0	0
481586 E	46	X				X		X			X		X	0	0
535417 E	60		X	X	X	X			X		X	X		0	0
535703 D	50	X	X	X	X		X		X		X	X		0	0
323476 AO	57					X			X		X			0	0
408360 D	57			X	X		X		X		X			0	0
484590 D	48					X			X		X	X		0	0
239543 E		X				X			X		X	X		0	0
526449 E	62	X				X			X		X	X		0	0
536712 E	56			X	X				X		X	X		0	0
536847 E	18	X		X	X				X		X	X		0	0
726935 E	65	X					X		X		X			0	0
80690 D	60						X		X		X		X	0	0
537331 D	25						X		X		X			0	0
533864 E	62	X	X	X			X		X	X	X			0	0
533486 D	40	X	X	X	X	X		X	X		X		X	0	0

(*) A. Anatómico V. Visual

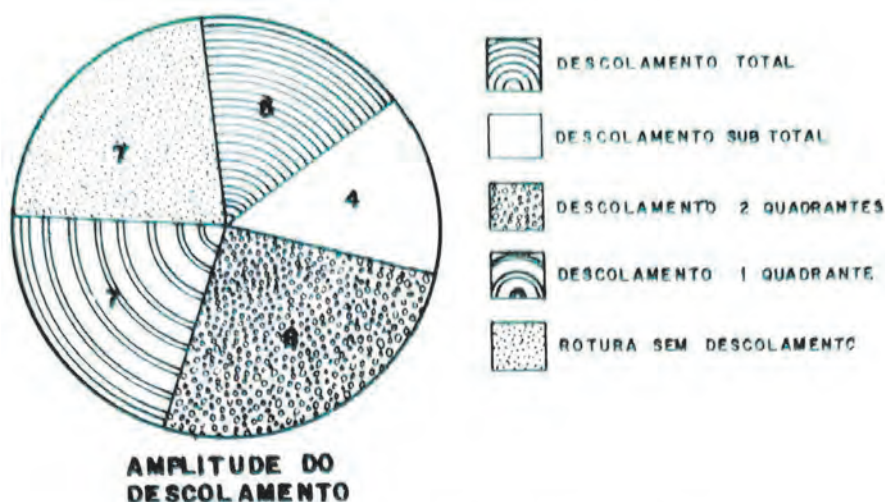


FIG. 1 — Amplitude do descolamento da retina.

Dois outros elementos importantes na pesquisa são a **quantidade** e a **localização** das roturas (Fig. 2). O cirurgião de retina não deve ficar satisfeito em haver encontrado uma rotura, o que lhe parece haver descoberto a chave do problema! Há que investigar mais, insistir no exame minucioso da periferia sob depressão escleral, aguardar que com o repouso a retina baixe e possibilite o exame de áreas outrora encobertas pelo volume das bolsas. Procurar lesões incluindo áreas aparentemente consideradas “coladas” e sãs. Desta forma surpreendemos maior número de roturas com uma localização variada. Destes 31 olhos, 19 deles (61,2%) apresentavam roturas múltiplas, sendo que 11 olhos (33,4%) as apresentavam no mesmo quadrante e em 8 olhos (25,8%) em outros quadrantes. A localização das roturas segundo a ordem de frequência sofreu a seguinte distribuição (Fig. 2):

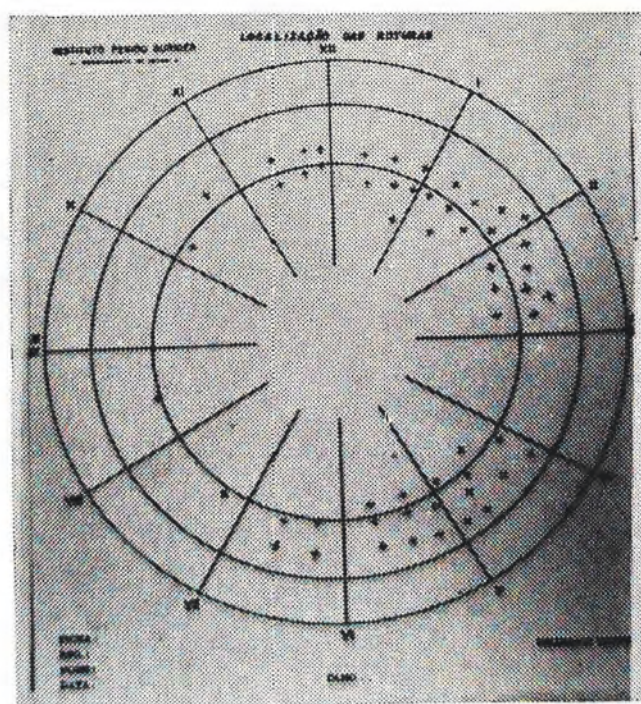


FIG. 2 — Quantidade e localização das roturas.

Quadrante temporal superior	24 roturas
Quadrante temporal inferior	17 olhos
Quadrante nasal superior	8 olhos
Quadrante nasal inferior	6 olhos

Uma vez reaplicada totalmente a retina com o repouso, poderemos lançar mão da criocoagulação ou fotocoagulação para o tratamento cirúrgico com excelentes resultados (Figs. 3 e 4).

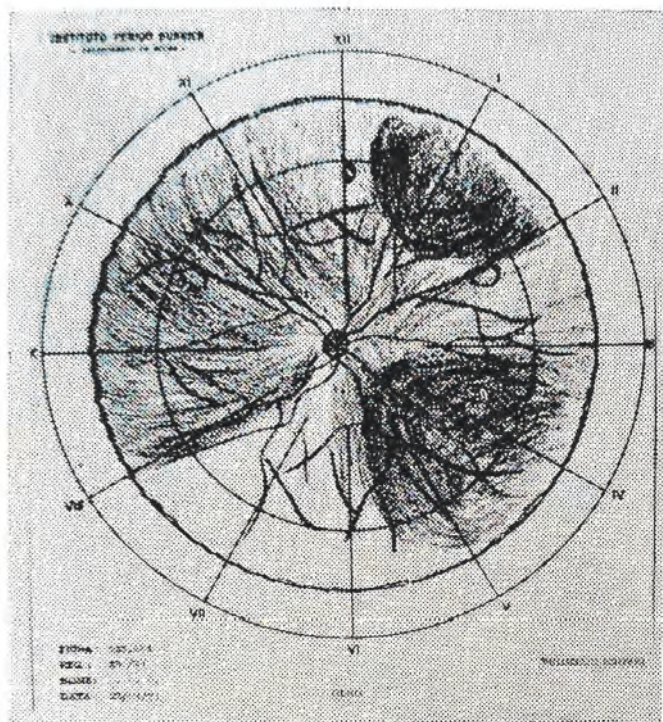


FIG. 3 — O.E. Descolamento subtotal da retina.

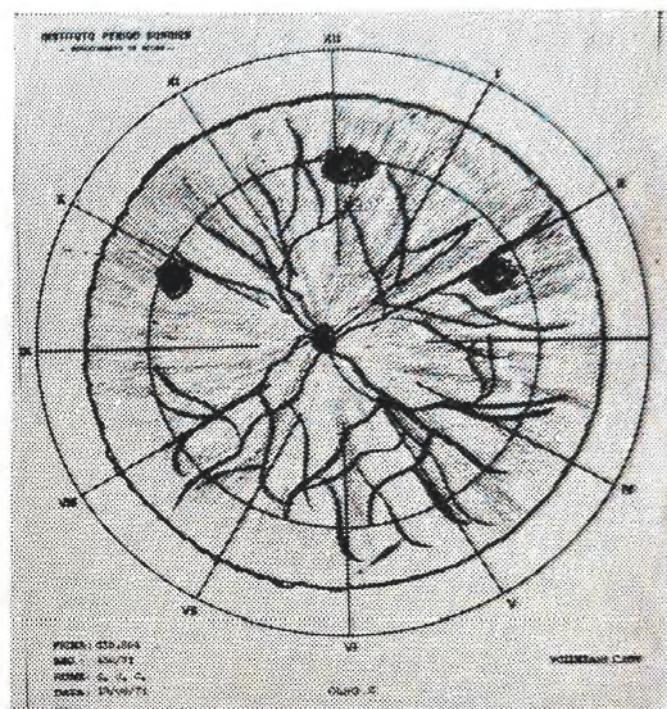


FIG. 4 — O.E. Após 72 horas de repouso retina reaplicada, praticado fotocoagulação com ótimo resultado.

Na maioria das vezes conseguimos transformar um caso mau em caso de bom prognóstico, susceptível então de uma terapêutica mais simplificada e menos traumatizante para o globo ocular. Assim é que após o repouso se curaram com a criocoagulação combinada à introflexão escleral simples.

A questão da situação topográfica das roturas muitas das vezes varia de acordo com o volume da bolsa. Assim sendo, operar intempestivamente retinas muito elevadas torna, em certas circunstâncias, difícil colocar a rotura de maneira a sofrer um bloqueio mais eficaz sobre o "borrelete"; ao contrário, se por acaso restar em torno da lesão pequena quantidade de líquido, mediante o depressor denteado, se obterá perfeita situação da rotura em relação à esclera a ser trabalhada (Figs. 5, 6 e 7). A criocoagulação sob controle da oftalmoscopia binocular indireta torna-se mais precisa e a cirurgia inevitavelmente melhor conduzida.

Abandonamos quase totalmente a punção do líquido sub-retiniano. Com o repouso houve casos em que a retina ficou completamente sem líquido, possibilitando a criocoagulação transconjuntival, com sucesso. Outros houve em que no ato da con-

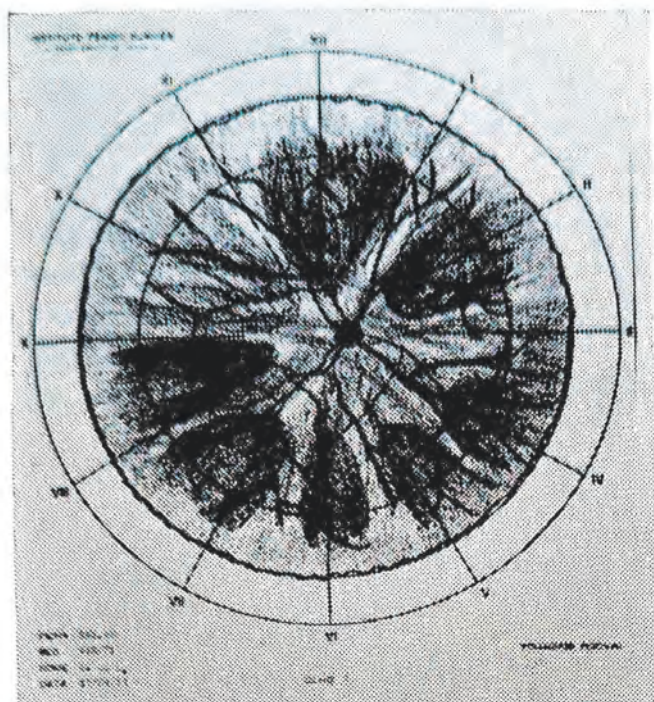


FIG. 5 — O.D. Descolamento total da retina.

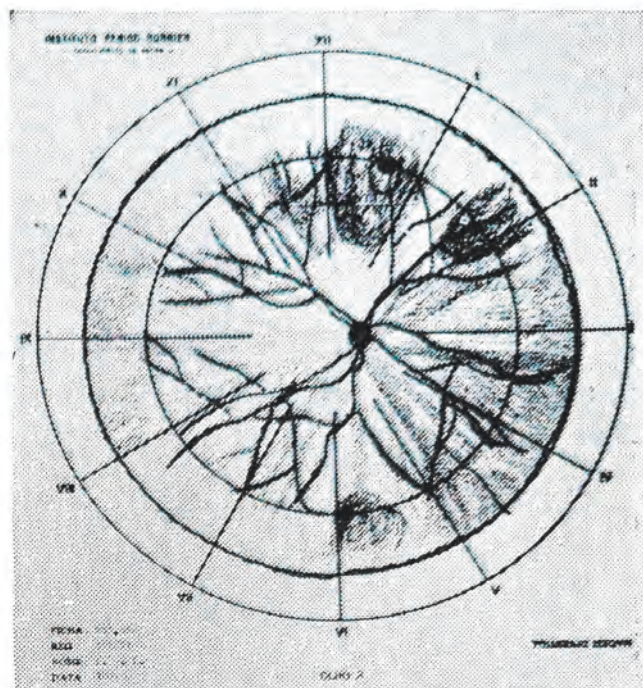


FIG. 6 — O.D. Após 3 dias de repouso ainda bolsa residual e mudança na posição da rotura.

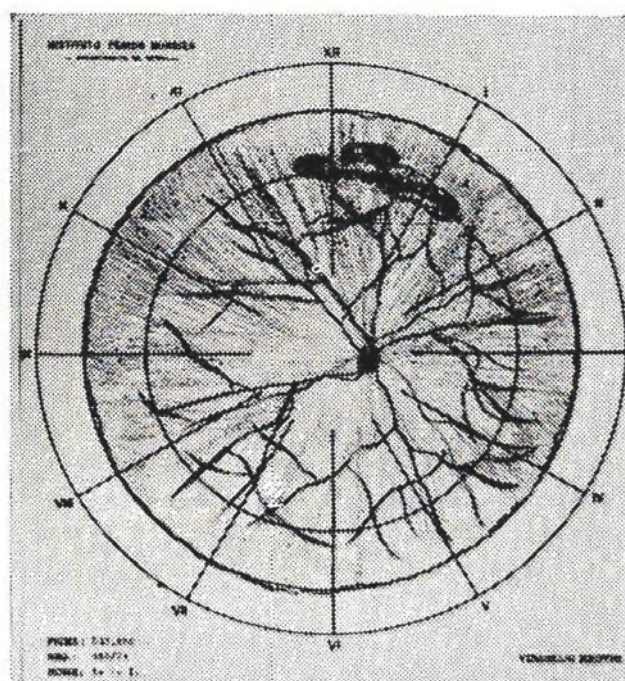


FIG. 7 — O.D. Resultado obtido pela introflexão simples + crioretinopexia.

sulta o descolamento aparentava ser muito grave, total ou subtotal. Após o repouso, ficaram tão reduzidos em extensão e volume que atenderam a técnicas mais simplificadas. Por outro lado, naqueles mais rebeldes, uma vez obtido um bom bloqueio da lesão mediante uma correta colocação do borrelete, preferimos deixar o globo hipertônico em lugar de puncionarmos o líquido sub-retiniano, pois com o decorrer do repouso pós-operatório no hospital conseguimos completa reaplicação da retina.

Drenar bolsa é conduta que deve ser evitada pelos inúmeros problemas advindos: hemorragia da coróide, retina e do vítreo, no trans-operatório e mesmo mais posteriormente, tração vítreo-retiniana rebelde, responsável pelo insucesso de uma cirurgia muitas das vezes bem conduzida.

Tomando como base toda esta filosofia de trabalho, chegamos ao **resultado final** para estes 31 olhos. Sucesso anatômico e visual em 29 casos (93,6%), perda apenas de 2 olhos (6,4%) — sendo que em um deles se tratava de paciente operado 3 vezes de descolamento de retina fora de nossa Clínica e outro, também reoperação, a primeira feita por nós. Todos estes pacientes estão com seguimento de mais de 120 dias (Fig. 8).

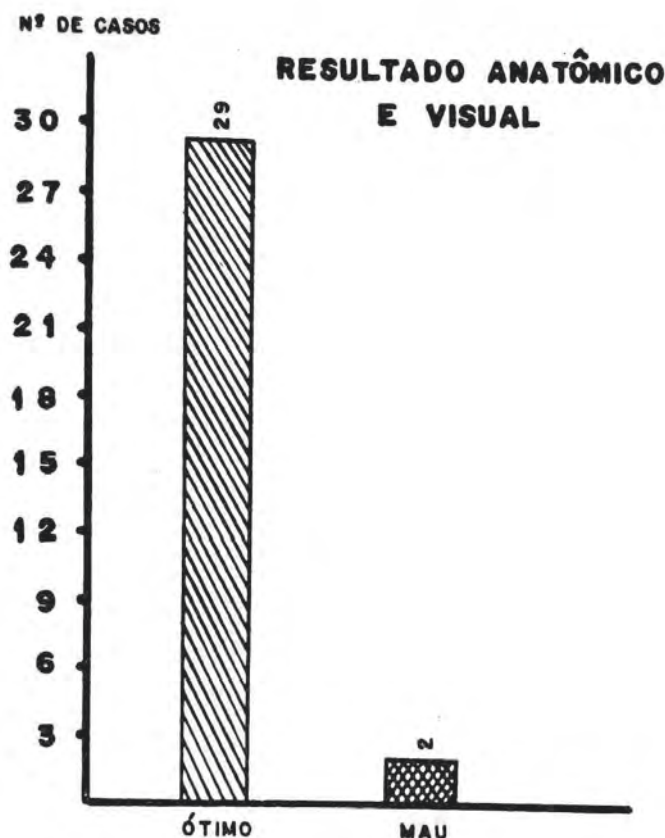


FIG. 8 — Resultado anatômico e visual.

RESUMO

Os AA. apresentam casuística própria de 31 olhos operados de descolamento de retina durante o primeiro semestre de 1971. Recomendam o repouso pré-operatório mais prolongado como fórmula para uma melhor propedêutica e seleção de processo cirúrgico. Curaram 29 olhos sendo que utilizaram como meio de provocar a cório-retinite adesiva a criocoagulação.

SUMMARY

Importance of the Pre-operative Bed Confinement in Retinal Detachment

The Authors present their own case studies of 31 eyes operated upon for retinal detachment during the first semester of 1971. They recommend a longer pre-op. total bed confinement as a way to achieve a better semiology and selection of surgical technique. They cured 29 eyes having used cryocoagulation as means for causing adhesive chorio-retinites.

AS MALFORMAÇÕES OCULARES DAS ACROCEFALOSINDACTILIAS:

Revisão e Apresentação de um Caso

FERNANDO Q. MONTE (*)

MARIA SILVA PITOMBEIRA (**)

J. JURANDYR CARDOSO FERREIRA (***)

As acrocefalias são alterações cranianas que geralmente vêm acompanhadas de malformações oculares. Existem diversas classificações para as alterações cranianas, sendo mais aceito ser a acrocefalia uma malformação decorrente do fechamento precoce da sutura coronária. A associação da acrocefalia à sindactilia caracteriza a chamada síndrome de APERT em homenagem ao pediatra francês que estudou um caso e reviu os existentes na literatura naquela época (1886-1906). BAUER (1967), também fazendo um trabalho de revisão e apresentação de caso, cita como o primeiro caso descrito na literatura o de BAUMGÄRTNER (1842).

A associação acrocéfalosindactilia dá um aspecto grotesco ao paciente, o que motivou aos primeiros autores descrições curiosas. No fim do século passado FOURNIER (1898) fez a pitoresca observação a respeito de um caso:

“Tumeur assez volumineuse siegeant au milieu du front, rénitente ayant la consistance d’une pâte un peu dure et formant au milieu du front une proéminence en forme de cimier de casque.”

Em 1906, APERT em seu primeiro trabalho fez a interessante comparação:

“... le crâne du sujet à un casque de pompier surmonté de son cimier...”

(*) Oftalmologista.

(**) Professor-Assistente do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Ceará.

(***) Auxiliar de Ensino do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Ceará. Assistente Estrangeiro da Universidade de Paris.

Recebido para publicação em 7-2-72.

CARPENTER, em 1909, em relação a um dos seus casos, escreveu:

“... is a weird-looking specimen of the human race... the face and skull form an ace of diamonds shaped figure... eyes protude frog-like...”

Neste trabalho temos a preocupação de usar a palavra *acrocefalosindactilia* no plural, pois respeitamos as diversas tendências que existem entre os que estudam estas síndromes. DEGENHARDT, em 1950, descreveu 8 quadros bem diferenciados, dela. Alguns autores descrevem formas de *acrocefalosindactilia* dita de APERT em que há uma interrelação íntima com a síndrome de CROUZON (disostose cranio-facial), tomando-a até como uma transição. Muito recentemente TEMTAMY (1966) descreveu uma forma de *acrocefalosindactilia* associada à *polidactilia pré-axial*, *hipogenitalismo*, *obesidade* a que deu o nome de Síndrome de CARPENTER.

A nossa pretensão é de descrever o quadro geral das *acrocefalosindactilias*, as malformações associadas nos detendo sobretudo nas oculares, que ainda não estão bem estudadas. Aproveitamos para ilustrar com um dos casos que tivemos na clínica. Um outro que temos, ainda não está bem estudado, por isso nos abstermos de apresentá-lo.

ALTERAÇÕES GERAIS DAS ACROCEFALOSINDACTILIAS

As *acrocefalosindactilias* têm as suas mais marcantes alterações no crânio e nas extremidades. Estas não são as únicas, mas as mais marcantes.

O crânio é, em termos gerais, *oxicefálico*, sendo que, especificamente *acrocefálico*. Ele apresenta a forma de torre, ainda que alguns classifiquem a *turricéfalia* como uma outra forma de *oxicefalia*. Existem muitas classificações para as deformações cranianas, mas partimos do princípio que a *acrocefalia* é ocasionada por uma soldadura precoce da sutura coronária. Esta soldadura que ocorre comumente entre a 3.^a e 4.^a década de vida pode ser encontrada inteiramente soldada nos primeiros anos de vida do paciente. Tomando a *acrocefalia* dentro destas coordenadas, podemos situar com clareza o nosso assunto, ficando ao largo das divergências entre as variadas classificações. Nas *acrocefalosindactilias*, o formato *acrocefálico* do crânio é acompanhado de outras deformações cranianas como a *estenocéfalia* ou *braquicefalia* (*sinostose* de uma ou mais suturas da abóboda craniana e *hipoplasia* da base) ou de *escafocefalia* (*estenose* precoce da sutura sagital).

A *sindactilia* apresenta muitas variações. Ela pode ser típica, segundo a expressão de BLANK (1960), quando é encontrada nos membros superiores e inferiores. Nas formas atípicas a achamos ou nos membros superiores ou nos inferiores. Por outro lado, as *sindactilias* podem ser totais ou parciais, caso os ligamentos interdigitais se localizem em toda a extensão dos espaços interdigitais ou em certas porções deste. A *sindactilia* pode se fazer às custas dos tecidos moles ou a sua fusão pode se dar às custas das estruturas ósseas. É característico da *sindactilia* a fusão de unhas. Encontramos a *sindactilia* freqüentemente associada à *braquidactilia* ou à ausência de falanges.

As malformações que podem acompanhar as acrocefalosindactilias podem ser colocadas esquematicamente:

1 — Oro-buco-faciais — estão bem estudadas, sendo a bibliografia das mais vastas sobre este assunto. Encontramos fissura do palato sem lábio leporino, hipoplasia dos seios maxilares, dorso do nariz hipoplásico, dentes em giroversão, anodontia dos premolares, prognatismo (ISSHIKI, GUARLANDI, MIANI, BAUER, MALTHUR).

2 — Na área cardíaca existem, com relativa freqüência, alterações muito sérias que respondem pela baixa média de vida dos pacientes. Estão presentes tanto hipertrofias ventriculares primárias, como defeitos septais e por vezes deformidades das válvulas (Mc LOUGHLIN, BORN, CARPENTER, VERGER).

3 — O psiquismo pode ser profundamente alterado, sendo muito comum o Q.I. na faixa da oligofrenia (NORVIG, WARKANY, Mc LOUGHLIN, TEMTAMY).

4 — As alterações esqueléticas são muito comuns, comprometendo tanto a escápula (sinostose e sinartrose) como a coluna (escoliose, discos vertebrais aplásticos, fusão de vértebras, espinha bífida lombar) e os membros inferiores (geni-valgum, coxa valga, patela deslocada, pés varus) como testemunham KRIVVOY, WARKANY, SEELEFREUND e outros autores.

5 — Alterações urogenitais e hormonais como dilatação do ureter, hipogonadismo, virilismo feminino, criptorquídia, pseudo-hermafroditismo, transformações regressivas da suprarrenal, ilhotas de oncócitos na hipófise (NORVIG, WARKANY, Mc LOUGHLIN, BORN, MARTINIE-DUBOUSQUET).

6 — Encontramos com relativa freqüência hérnias congênicas epigástricas e abdominais (CARPENTER, TEMTAMY). Não há referência de nenhum outro tipo de hérnia.

7 — No sistema hematopoiético tivemos como referência a presença de baços acessórios (WARKANY).

8 — Entre as malformações vasculares foram encontrados angiomas racimosos da carótida e algumas vezes das artérias viscerais, telangiectasias (CORDIER, GENEST).

ALTERAÇÕES OCULARES

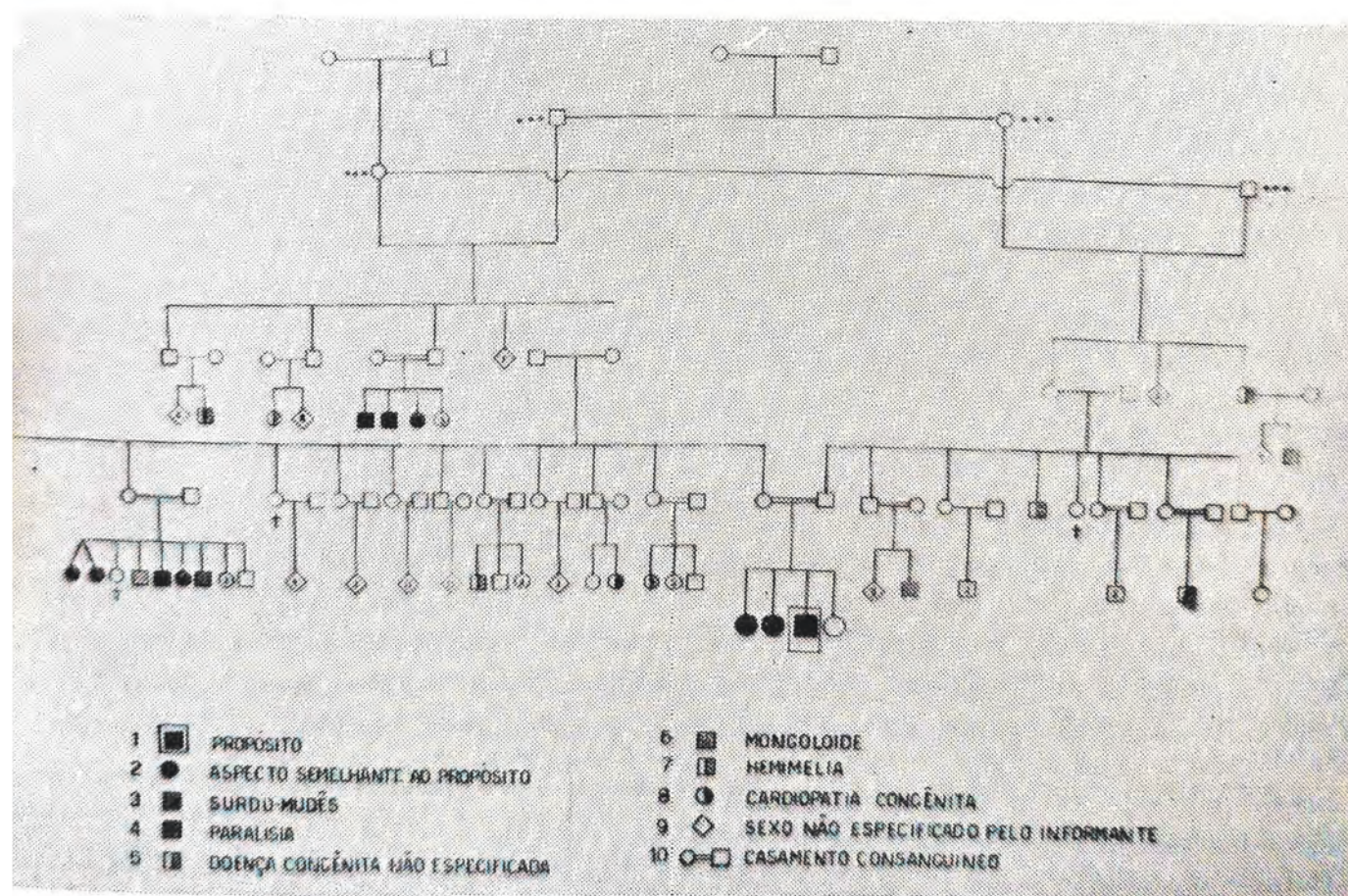
As mais constantes e as que mais chamam a atenção das alterações oculares, das acrocefalosindactilias, são as alterações ligadas às malformações do crânio. As mais freqüentes alterações são o hipertelorismo, exoftalmia, obliquidade antimongolóide da fenda palpebral, exotropia. Menos freqüentes mas mesmo assim muito comuns são a atrofia do nervo óptico, nistagmo, ptose, ectrópio discreto, lagoftalmo, esotropia e mesmo epicanto apesar da obliquidade antimongolóide da fenda palpebral.

As malformações que se associam ao quadro, e que não derivam das deformações cranianas são polimorfas e comprometem distintas estruturas oculares. A maior freqüência pertence às: catarata congênita, coloboma da íris e da coróide, opacificação corneana, fibras mielinizadas na retina, megalocornea, subluxação do cristalino e microcornea.

É pequena a bibliografia dos estudos sobre as alterações oculares das acrocefalosindactílias. Isto faz com que as questões oftalmológicas sejam postas apressada e vagamente. É partindo desta premissa alertamos que não é de estranhar que ainda persistam descrições apressadas como de opacificação corneana que por ser um termo vago que querendo dizer tudo significa nada. Também não será de estranhar achados como os de NORVIG (1929) — persistência da artéria hialóide; ou o de WAARDENBURG (1935) — ausência do limbo e atrofia do corpo ciliar; ou do pediatra Mc LOUGHLIN (1964) — tortuosidade anormal dos vasos retinianos, que o oftalmologista CORDIER (1966) confirmou; ou o de SEELEFREUND (1967) — ceratocone.

CASO ILUSTRATIVO

J. A. C., 4 anos e 4 meses, branco, masculino, de Russas (CE), veio trazido pelos seus pais, que notavam que tinha o menor uma visão muito baixa. Contavam que o mesmo tinha nascido de parto normal, cefálico e à termo, tendo desenvolvimento normal (dentição aos 11 meses, andou aos 15 meses e falou aos 2 anos). Foi notada desde cedo a deficiência visual. Levado a um oftalmologista foi operado de ambos os olhos quando tinha 20 meses, tinha o diagnóstico de catarata congênita. Não teve nenhuma das viroses próprias da infância e foi vacinado contra poliomielite e contra varíola. Na sua família há grande número de casamentos consanguíneos e de doenças hereditárias e congênicas (Quadro I).



Quadro 1

Ao exame físico encontramos:

1 — Crânio assimétrico, tendo o hemicrânio direito uma protusão frontal e o hemicrânio esquerdo depressão frontal e uma protusão parieto occipital. Existe uma depressão na região zigomática esquerda (Figs. 1, 2 e 3).



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

2 — Nos membros superiores encontramos polidactilia bilateral post-minimi, quirodactilos curtos. O primeiro quirodactilo esquerdo tem desvio medial da falange distal. Desvio medial dos 3.º e 4.º quirodactilos esquerdos e o 4.º em flexão. Nos membros inferiores encontramos genuvalgum com artelhos curtos. Sindactilos nos 1.º, 2.º e 3.º artelhos direito e esquerdo.

3 — O pavilhão auricular esquerdo tem a sua implantação abaixo do nível do direito.

4 — Dentes curtos com implantação irregular. Espessamento do freio da língua. A radiografia das arcadas dentárias mostra erosão na bateria inferior da decídua.

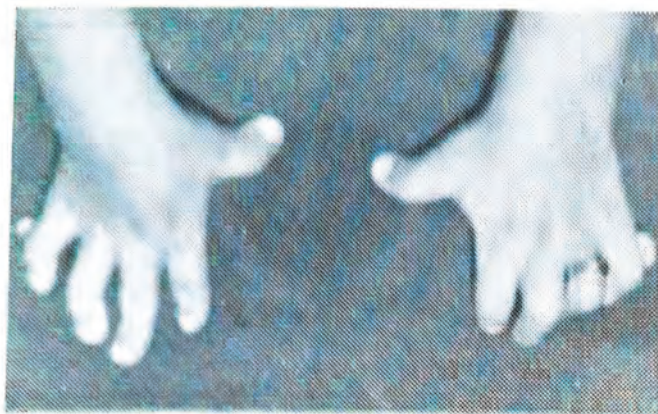


Fig. 4



Fig. 5

Anodontia do germe dos 2os. premolares superiores e inferiores direito e esquerdo. Há giroversão coronária do germe do incisivo central inferior esquerdo.

5 — Abdomen com panículo adiposo muito desenvolvido.

6 — Ausência de testículos nas bolsas escrotais.

7 — Aspecto radiológico — Existe uma evidente distorsão do crescimento craniano, caracterizando uma disostose, que associado com o achado clínico e radiológico das extremidades, torna-se fortemente sugestivo de se tratar da Acrocefalosindactilia de APERT.



Fig. 6

As tábuas ósseas estão íntegras. Não se evidenciam impressões digitiformes. Crânio alargado com maior diâmetro transversal. A sutura lambdóide é vista da radiografia de perfil, as demais estão ossificadas totalmente. As deformações cranianas e faciais revelam uma separação das cavidades orbitárias e a órbita esquerda apresenta os seus contornos irregulares e de forma ovalar, não se visualiza nitidamente a projeção da pequena asa do esfenóide, na órbita esquerda na incidência de Water. Tomando como ponto de reparo a cavidade orbitária, observa-se que fossa

média se situa num plano mais inferior em relação a cavidade orbitária esquerda. A sela turca tem aspecto normal. Há um alargamento da base do nariz, hipoplasia do maxilar superior. Os seios maxilares são aparentemente normais. A mastóide está com regular pneumatização. Os arcos dentários superiores e inferiores estão desordenados.



Fig. 7

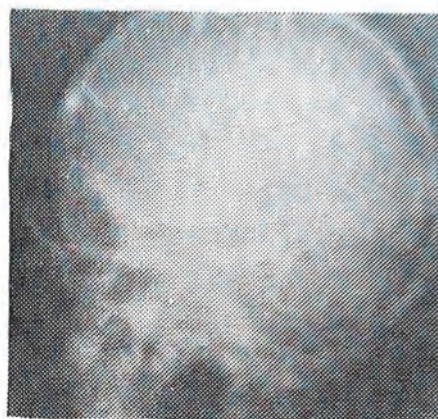


Fig. 8

Nas mãos e nos pés, encontramos clinodactilia ao nível de todas as falanges distais. Há sindactilia das partes moles das falanges proximais dos pés. Há discreta descalcificação dos ossos das mãos e dos pés.

8 — À inspeção evidencia-se claramente um hipertelorismo. A fenda palpebral do olho esquerdo é alargada, com leve ptose.

Na córnea do olho direito identificamos um leucoma paralelo e próximo ao limbo, às 9 horas, tendo 2x1 mm. Há sinéquia anterior entre 7 e 8 horas. Na biomicroscopia verificamos que a área esbranquiçada da pupila corresponde a massas cristalínias não reabsorvidas, sendo mais espessa do lado nasal. No olho esquerdo encontramos leucoma semelhante a sinéquia anterior do lado nasal. Há sinéquias posteriores entre 1 e 5 horas. Há massas não reabsorvidas, formando um velamento tênue em toda a extensão da área pupilar exceto em pequena área central.

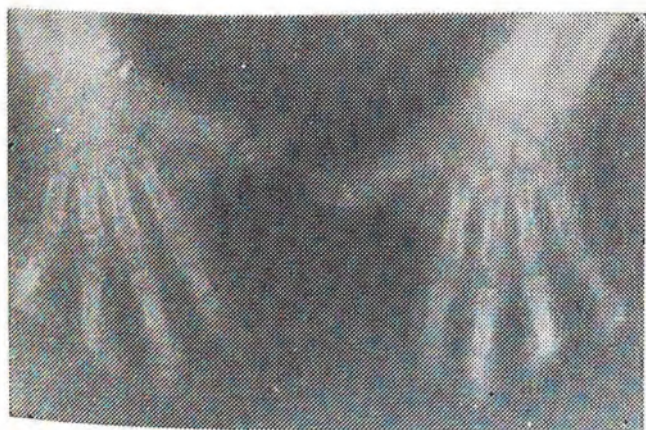


Fig. 9



Fig. 10

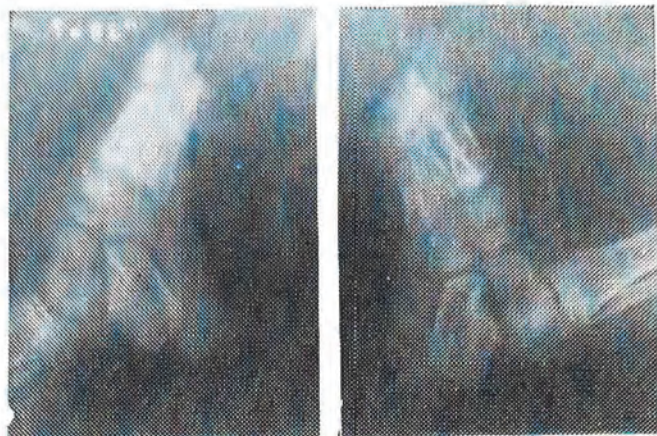


Fig. 11

Há nistagmo horizontal. A exotropia foi medida pelo método de Krimsky (medida do desvio em posições secundárias por prismas), havendo uma tropia de 25Δ .

Consegue-se visualizar o fundo do olho esquerdo, sendo visto uma papila muito pálida sobretudo do lado temporal, os vasos retinianos tinham o seu calibre reduzido.

A refratometria só foi possível no olho esquerdo, sendo encontrado: (Esf + 9.00/ Cil + 2.00 $\times$ 90°.) A acuidade visual era:

OD percepção sem projeção luminosa,

OE com a correção conseguia contar dedos a 50 centímetros.

A tensão intra-ocular, por indentação, era de 20 mm/Hg em ambos os olhos.

DISCUSSÃO

O nosso estudo se detém, especificamente, nas alterações oculares das Acrocefalosindactilias. Não nos seduziu o estudo das acrocefalias ou das oxicefalias, devido o seu aparecimento accidental. O caráter sistemático das malformações oculares das acrocefalosindactilias nos interessou, porque além de pesquisar as alterações oculares decorrentes das deformações cranianas, tivemos que procurar quais as deformidades congêntas puramente oculares que enriquecem o quadro destas síndromes.

Como fator etiológico das acrocefalias isoladas foram demonstradas entre outras causas o traumatismo do parto (GASSLER). Este autor, em trabalho de 1961, defendeu esta tese ao estudar 44 casos de acrocefalias não hereditárias.

A acrocefalosindactilia foi atribuída por GREBE (1944) e LENZ (1959), conforme refere BLANK, à idade relativamente avançada da mãe. PENROSE (1960) e BLANK (1960), apesar de observarem a frequência elevada de hidrâmnios e a idade senescente do pai, têm o ponto de vista que é o mais aceito atualmente, qual seja, o do caráter hereditário regulada por um autossomo de variável expressividade. Há quem defenda o caráter hereditário recessivo, como TEMTAMY (1966).

No caso que apresentamos, as alterações não o inclui na classificação de DEGENHARDT. Não o podemos enquadrá-lo, rigorosamente, em nenhum dos 8 tipos. Apesar disto, não há dúvidas que temos uma acrocefalosindactilia bem definida, sem que os caracteres da sindactilia possam colocá-lo entre os tipos característicos. Por outro lado, não podemos nos vangloriar de apresentar um caso único na literatura, pois não há nada de excepcional nele. A associação do hipogenitalismo e da obesidade nos fazem lembrar o caso de BORN (1961) em que na necrópsia foram encontradas alterações no mesencéfalo e na hipófise (ilhotas de oncócitos) e que seriam responsáveis por ela. Este achado o levou, por associação, a transpor a hipótese de PANSE (1937) para síndrome de Laurence-Bardet-Moon-Bield, para a acrocefalosindactilia. Para ele as alterações das acrocefalosindactilias são devidas a fatores organizadores que determinariam tanto as deformações cranianas como as deformações dos membros. As demais deformações que descrevemos já foram descritas largamente por quase todos os outros autores.

As malformações centrais das acrocefalosindactilias, isto é, as que são constantes estão fixadas por GÜNTER (1931) — conforme cita BAUER (1967) — no 2.º e 3.º mês do desenvolvimento embrionário. Já DEGENHARDT (1950) fixou-as entre o 29.º e 35.º dias. As outras deformidades associadas nem sempre se originam nesta fase.

No nosso caso são perfeitamente aceitáveis as hipóteses que tendem a explicar as malformações oculares decorrentes das deformações cranianas. Não nos sentimos tentados a apresentar nenhuma outra, pois das que existem fazemos nossas as que citamos a seguir.

IDA MANN (1935), estudando a embriologia das oxicefalias, nos fornece explicação para certos distúrbios oculares determinados pelas malformações cranianas. Seriam elas devido:

1 — A órbita rasa e o pouco desenvolvimento das protuberâncias superciliares ocasionariam a exoftalmia, hipertelorismo, lagoftalmo, a ptose, a obliquidade anti-mongolóide das pálpebras.

2 — A atrofia do nervo óptico seria responsável pelo estrabismo, pela baixa visual e pelo nistagmo.

No nosso caso existem todas estas alterações, que estão aí, bem aplicadas.

KEITH-LYLE (1935) comentando o trabalho de IDA MANN, que foi apresentado na Ophthalmological Society of the United Kingdom, após a sua explicação para a atrofia do nervo óptico. Repitamos as suas palavras:

“Devido à falta de desenvolvimento do mesoderma visceral na região da asa do esfenóide, e dos ossos parietal e temporal, há uma elongação do crânio para cima ficando a fossa média num nível inferior. Em consequência o nervo óptico tem que atravessar uma elevação para atingir o buraco óptico, sendo tracionado, então, na sua penetração, o que leva à sua atrofia.”

Aceitamos integralmente esta hipótese, pois no nosso caso tivemos a feliz coincidência das alterações orbitárias encontrarem-se do lado do olho em que nos foi possível efetuar uma oftalmoscopia direta. No trajeto do nervo óptico há o tracionamento que KEITH-LYLE responsabiliza pela atrofia. A fossa média se acha, ainda que estando na sua posição normal, em um nível muito abaixo da cavidade orbitária o que faz estender o percurso do nervo.

SEELEFREUND (1967) defende também uma hipótese para atrofia do nervo óptico, que consideramos válida. Acha êle que o pinçamento do nervo óptico por uma foramina óptica estreita ocasionaria um edema de papila que o levaria à atrofia.

No nosso caso tivemos como malformação ocular associada — catarata congênita bilateral. Não a pudemos classificar em vista de ter sido operada antes que tivéssemos contato com o caso. Os dados que dispomos para o diagnóstico são indiscutíveis: o leucoma no local da incisão, os restos da catarata, as sinéquias, a afacia. A refração, inda, pode ser acrescentada como um fator sugestível.

CONCLUSÃO

As acrocefalosindactilias, ainda que tenham sido pouco estudadas do ponto de vista oftalmológico, são síndromes congênitas que se apresentam acompanhadas de malformações oculares que não passam despercebidas mesmo pelos que as estudam sob os aspectos os mais divorciados da oftalmologia. As alterações que são ocasionadas pelas deformações cranianas são geralmente constantes e se repetem sistematicamente (hipertelorismo, estrabismo, exoftalmia, obliquidade antimongolóide das pálpebras, ptose, lagoftalmo). Por outro lado as malformações associadas não aparecem de maneira sistemática, de maneira que possamos ligar alguma delas ao quadro.

Sendo as acrocefalosindactilias relativamente freqüentes, tendo sido, inclusive, determinada a sua freqüência por BLANK (1960), PILLAY (1964) e TUNTE (1967), sendo estes autores acordes que ela estaria numa faixa de 3×10^{-6} . Esta freqüência fez com que ROUGIER (1968) e colaboradores tenham se preocupado quanto à terapêutica cirúrgica das alterações oculares derivadas das deformações cranianas. Para o ectrópio aconselham que seja feita uma ressecção do tarso tipo KUNT-ZYMANOSKY associado a uma ressecção triangular da pele da região temporal. Esta cirurgia diminuiria a exoftalmia, suprimiria a obliquidade antimongolóide e reduziria a ptose. Devido às poucas publicações sobre o assunto, como a indicação desta cirurgia partiu de uma intervenção bem sucedida e como a casuística é demasiado pequena, a citamos como sugestão para quem deseja intervir quando tiver diante de si um caso de acrocefalosindactilia. No nosso caso não nos sentimos tentado a usar os meios cirúrgicos, pois as dificuldades que tivemos para conseguir os dados, em alguns pontos deficientes, que apresentamos não nos incentivou a partir para soluções empíricas.

Queremos registrar o nosso agradecimento à Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará, à Biblioteca Regional de Medicina de São Paulo e à ACTIM (Departement des Anciens Stagiaires et des Centres de Documentation

Technique) de Paris, pela bibliografia que pudemos dispor. As fotografias devemos ao Sr. Milton Lopes, e o quadro genealógico ao Sr. Rafael Dias Marques Nogueira. A todos, agradecemos, pois sem as suas ajudas não ousaríamos publicar este trabalho.

RESUMO

Tentamos de uma maneira sucinta fazer um apanhado das malformações gerais e especialmente das oculares das acrocefalosindactílias. Fizemos uma revisão de alguns casos da literatura mundial. Ilustramos o nosso apanhado com um caso clínico e procuramos situar o problema à luz do conhecimento que se tem hoje sobre o assunto.

SUMMARY

Ocular Malformations of Acrocephalosyndactyly

The AA. present the general and ocular malformations of acrocephalosyndactyly. Some cases of the world literature on this subject were studied. A case is reported and the problem is focused under the light of the papers of the 1960 decade.

BIBLIOGRAFIA

- APERT (M. E.) — De l'Acrocephalosyndactylie. Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1906, 23, 1310-1330.
- APERT (M. E.) — Acrocephalosyndactylie. Soc. Méd. des Hôp., 1923, Série III, 1669-1672.
- BAUER (R.) — Ein Beitrag zum Krankheitsbild der Akrocephalosyndaktylie (Apert). Archiv. für orthop. und Unf.-Ch., 1967, 61, 281-288.
- BIEMOND (A.) — Syndroom van Laurence-Biedl en een aanverwant, nieuw syndroom. Nederl. Tijdsch. voor Geneeskunde, 1934, 78, 1801-1809.
- BLANK (C. E.) — Apert's syndrome (a type of acrocephalosyndactyly). Observations on a British serie of thirty-nine cases. Ann. Hum. Genet. (Londres), 1960, 24, 151-164.
- BORN (E.) — Beobachtungen am Zwischenhirn-Hypophysensystem bei einer Akrocephalosyndaktylie. Psychiat. Neurol. (Basel), 1961, 141, 26-37.
- CARPENTER (G.) — Two sisters showing malformations of the skull and other congenital abnormalities. Rep. Soc. Study Dis. Child. (London), 1901, 1, 110-118.
- CARPENTER (G.) — Case of Acrocephaly with other congenital malformations. Proc. Roy. Soc. Med., 1909, II, part I, 45-53.
- CORDIER (J.), TRIDON (P.), SAUDAX (E.), RENY (A.), THIRIET (M.) — Tortuosité vasculaire rétinienne et angiome artériel racémeux carotidien bilatéral chez un enfant porteur d'une acrocéphalosyndactylie. Rev. Oto-Neuro-Opht., 1966, Tome XXXVIII, 2, 92-95.
- DANTAS (A. M.), FERRAZ DE MELO (A. C.), NEGREIROS DOS ANJOS (M.), PICAÑO (M. N.), LIMA S. C.), FREITAS (M.) — Síndrome de Laurence-Moon-Bardet-Biedl. Rev. Bras. Oftal., 1970, XXIX, 269-277.
- DEGENHARDT (K. H.) — Zum entwicklungsmechanischen Problem der Akrocephalosyndaktylie. Z. menschl. Vererb.-u. Konst. lehre, 1950, 29, 791-819.
- DI CAGNO (L.), BALOCCO (A.), TREBBI (I.) — Considerazione cliniche sulle allocefalie infantili (Contributo casistico). Minerva Ped., 1962, 17, n.º 42, 1103-1118.
- DUKE-ELDER (S.) — System of Ophthalmology (Congenital Deformities), 1964, vol. III, part 2.
- DUNN (F. H.) — Apert's Syndrome. Radiology, 1962, 79, 738-743.
- GASSLER (H.) — Das Geburtstrauma als eine ursache des nichterblichen Turmschädels. Deut. Gesundh., 1961, 16, 321-324.
- GENEST (P.), MORTEZAI (M. A.), TREMBLAY (M.) — Le syndrome d'Apert (Acrocéphalosyndactylie — Une observation avec un chromosome l'anormal). Arch. Fr. Péd., 1966, Tome XXIII, n.º 8, 887-897.

- GUARLANDI (V.), MILESI (M.), TURUANI (E.) — La sindrome di Apert (Osservazione citogenetica). *Minerva Chir.*, 1966, 21, n.º 15, 614-618.
- ISSHIKI (Y.), TAKAHASHI (I.), MARUYAMA (H.) — On three clinical cases of premature craniosynostosis (Acrocephalosyndactyly). *J. Jap. Orthodont. Soc.*, 1967, 26, 175-189.
- KHETARPAL (S. K.), CHANDRA (R. K.) — Scaphocephalosyndactyly (a case report). *Indian J. Child. Health*, 1962, 11, 452-453.
- KRIVOVY (A.), LEAL (G.) — Enfermedad de Apert o Acrocefalosindactilia. Presentation de cinco casos. *Gac. Med. de Caracas*, 1964, 72, 435-451.
- LIÈVRE (J.-A.), CAMUS (J.-P.), ALBOUY (R.), TESSIER (F.) — Dermatomyosite récurrente chez un sujet atteint d'acrocéphalie et Gynécomastie. *Rev. Rhum. Mal. Osteoart.*, 1961, 28, 303-310.
- MALTHUR (J. S.), NEMA (H. V.), MEHRA (K. S.), DWIVEDI (J. N.) — Apert's anomaly — a transition. *Acta Ophthalm. (Kbh.)*, 1968, 46, 1041-1045.
- MANN (I.) — A theory of the embriology of Oxicephaly. *Trans. Ophthalm. Soc. U. Kingd.*, 1935, 55, 279-300.
- MARTINIE-DUBOUSQUET (J.), BURGER-WAGNER (A.), BURGER (A. J.) — Dysphaciobrachyclinodactylie familiale. *Ann. de Chir. Inf.*, 1963, 4, 281-290.
- MC LOUGHLIN (T. G.), KROVETZ (L. J.), SCHIEBLER (G. L.) — Heart disease in the Laurence-Moon-Bardet-Biedl syndrome. *The J. of Ped.*, 1964, 65, 388-399.
- MIANI (C.), PAGNACCO (A.) — Osservazioni su un caso di acrocefalo-sindattilia, con particolare riferimento al quadro oro-faciale. *Minerva Stomat.*, 1968, 17, 541-548.
- NORVIG (J.) — To Tifaelde af Akrocephalosyndaktyli hos Søsken. *Hospitalstien*, 1929, 72, 165-178.
- OTTER (E. L.) — Pathology of the Foetus and the Newborn. The Year Book Publishers Inc. (Chicago), 1957.
- OCKSTROH (E.) — Über einen Fall von Akrocephalosyndaktylie und vermutlicher primär chronischer Polyarthrit. *Z. Reumaforsch.*, 1966, 25, 268-273.
- UGIER (J.), MALTERRE (M.), DORNE (P.) — Le syndrome d'Apert (Les problèmes de chirurgie ophtalmologique qu'il pose). *Bull. Soc. d'Ophtalm. de France*, 1968, 68, 686-689.
- WINZ (H. R.), BAENSCH (W. E.), FRIEDL (E.), UEHLINGER (E.) — Röntgen-Diagnostico. Salvat Editores (Barcelona), 1953.
- ELEFREUND (M.), GARTNER (S.) — Acrocephalosyndactyly (Apert's syndrome). *Arch. Ophthalm. (Chicago)*, 1967, 78, 8-11.
- MOOG (T.) — Syndactyly — a clinical report on repair. *Acta Chir. Scand.*, 1965, 130, 537-539.
- MTAMY (S. A.) — Carpenter's syndrome: Acrocephalopolysyndactyly. An autosomal recessive syndrome. *The Journal of Pediatrics*, 1966, 69, 111-120.
- TROQUART (M.) — Syndactylie et malformations diverses. *Mém. et Bull. de la Soc. de Chir. de Bordeaux*, 1886, 69-71.
- TÜNTE (W.), LENZ (W.) — Zur Häufigkeit und mutationrate des Apert-Syndroms. *Humangenetik*, 1967, 4, 104-111.
- VALENTINE (G. H.) — Transtornos Cromossomicos (Introduccion para el Clinico). Salvat Editores (Barcelona), 1971.
- VERGER (P.), TRAISSAC (M.), MARTIN (Cl.), LASSERRE (J.), BATTIN (J.-J.) — L'Acrocephalosyndactylie (Syndrome d'Apert) — Étude clinique et radiologique de deux cas chez le nouveau-né. *Arch. Fr. de Péd.*, 1962, 19, 91-106.
- WARKANY (J.), FRAUENBERGER (G. S.), MITCHEL (A. G.) — Heredofamilial deviations: I — The Laurence-Moon-Biedl. *Am. J. of Dis. of Child.*, 1937, 53 (part I), 455-470.