

Í N D I C E

Editorial	5
Nossa experiência pessoal com lentes multifocais progressivas Aderbal de Albuquerque Alves	7
Determinação do volume orbitário Suel Abujamra	29
Epinefrina em oftalmologia Renato Acosta Sbrissa	39
Granuloma eosinófilo da órbita A. A. de Almeida — Toshihiko Higuchi	47
Estudo da ação clínica da dexametasona e cloranfenicol (colírio) e da cortisona, tetraciclina e bismuto (pomada) sobre as blefarites Antonio Bressan Filho	55
Blastomicose Sul-Americana Adalmir M. Dantas, Renato Curi, João B. G. e Silva, Lelia M. Paiva ...	61
Oftalmologia em foco: Buftalmia Raphael Benchimol — Eliezer Benchimol	71

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Assembléia social de novembro de 1972	75
Assembléia social de 13 de dezembro de 1972	76
1.ª Sessão Extraordinária de 1973	76
2.ª Sessão Extraordinária de 1973	76

VÁRIAS

Sociedade Brasileira de Oftalmologia — Programa científico de 1973 ..	81
I Curso para formação e concessão do título de Especialista em Oftal- mologia	83
XVII Congresso Brasileiro de Oftalmologia	84
II Congresso Luso-Hispano-Brasileiro de Oftalmologia	84

Prêmio Varilux	85
Antonio Folch Vidal — Cidadão Carioca	85
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — U. S. P. Departamento de Oftalmologia	86
Congresso Internacional de Óptica	86
II Congresso Brasileiro de Saúde Escolar	87
I Congresso Mundial de Ergoftalmologia	87
Sociedade Brasileira de Lentes de Contato	87
Centro de Estudos e Pesquisas Oftalmológicas da Clínica Sorocaba — CEPOCS	88
Centro de Estudos e Pesquisas Oftalmológicas da Clínica Sorocaba ...	88
Centro de Estudos Oftalmológicos Joaquim Vidal	89
Centro de Estudos e Pesquisas dos Oculistas Associados	89
Sociedad de Oftalmologia de Tucuman	89
Secção de Oftalmologia da Associação Bahiana de Medicina	89
Dr. Demócrito Jônathas de Azevedo	90
Jantar de Confraternização	90
Centro Brasileiro de Estrabismo	90
Perguntas e Respostas	90
Olho no anúncio	90

IVROS NOVOS

Marcos Azuis no Meu Caminho — Sylvio Abreu Fialho	93
Actualizaciones Mundiales sobre Lentes de Contacto — Erwin E. Voss	93

REVISTAS EM RESUMO

Erste Erfahrungen mit dem Fernsehlesegeraet fuer hochgradige sehbe- hindert — A. Blankenagel — W. Jaeger	95
The eye of the premature baby — M. Mathew	95
Operación intracapsular de la catarata por magneto-extracción — L. Mackevicius	95
Die Kryotherapie bei einigen Hornhauterkrankungen — B. Chrysafis — D. J. Polychronakos	96
Ueber Binokularsehen mit Haftschaale bei einseitiger Aphakie — H. Schmitt — B. Borggraefe	96
Die Frage der Bewaehrung der Kontaktlinse bei unilateraler Aphakie — I. Györfy — M. Toth	96
Effets du Diazepan sur le muscle ciliaire — Jean-Real Brunett — Giles Gandreault — Jacques Gareau	96

EDITORIAL

No fim deste mês empossa-se a nova Diretoria da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, e com ela o novo Diretor da R.B.O., Dr. Claudio Humberto Ramalho, colega entusiasta, que deu provas da sua eficiência dirigindo de forma brilhante o setor de relações públicas do II Congresso Luso-Hispano-Brasileiro de Oftalmologia. Rotariano, dispõe de largo círculo de relações, e muito pode fazer pela nossa Revista, que será enriquecida, por sua iniciativa, com uma secção de perguntas dos leitores, com respostas de autoridades nos assuntos.

Concluindo um período de 3 anos de atuação na Diretoria de Publicações, com a colaboração do Presidente Dantas Coutinho, conseguimos tornar a R.B.O. financeiramente autosuficiente, voltando ela a sair nas datas certas. Obtivemos autorização para utilizar papel importado de alta qualidade e, graças aos entendimentos com os últimos Presidentes, são concedidos 3 prêmios anuais para os colaboradores da Revista.

O destaque do ano de 1973 será a realização do XVII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, em Salvador, Bahia. Lá estaremos, prestigiando a promoção do Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

NOSSA EXPERIÊNCIA PESSOAL COM LENTE MULTIFOCAL PROGRESSIVA (*)

ADERBAL DE ALBUQUERQUE ALVES

1 — INTRODUÇÃO

A partir de 1968, um novo tipo de lentes tornou-se, comercialmente, disponível para a correção da Presbiopia. A inexistência de linhas de separação, a utilização de áreas de poder progressivo para distâncias diversas e área para a visão de perto, são características comuns a todas elas. A ausência de salto de imagem, desvio prismático e as condições estéticas, são vantagens, quando comparadas às bifocais e trifocais.

A impossibilidade de se fabricar uma superfície progressiva livre de aberrações tem sido sério obstáculo para a aceitação universal deste tipo de lentes. A chave do sucesso seria colocar as inevitáveis aberrações, em locais onde as mesmas pudessem ser mais bem toleradas.

Desde o seu lançamento no Brasil, procuramos prescrevê-las cautelosamente, para melhor conhecimento de suas características. Ausência de informações contribuía para que as montagens fossem realizadas de maneira intuitiva, sendo este fato responsável pelos insucessos iniciais e a não aceitação por parte dos médicos e ópticos. Os primeiros, assustados pelas imagens distorcidas da leitura no vertômetro; e os segundos, deparavam com problemas decorrentes de montagens imperfeitas, para os quais não estavam preparados convenientemente.

Dispomos de três lentes progressivas: Varilux, Zoom e Omnifocal, sendo as duas primeiras de origem francesa e a última americana.

Nossa experiência, em quase sua totalidade, corresponde à Varilux, por ser a única que nos oferece a condição imprescindível de verificação exata.

(*) Prêmio Varilux de 1972 (viagem a Paris com estadia de uma semana, para duas pessoas). Na oportunidade, lamentamos informar que o detentor do Prêmio Masson 1971, Dr. David Gryner, até hoje não fez entrega do seu trabalho para publicação.

Os representantes da Essel, responsáveis pela Varilux, distribuem cartões plásticos contendo as instruções relativas à verificação. Para os ópticos existem aparelhos sofisticados, que facilitam os trabalhos de montagem.

Julgamos uma temeridade prescrever lentes de custo elevado, se não existem condições para verificar pormenores de montagem, que são fundamentais, considerando a adaptação por parte dos pacientes.

Estão superadas, atualmente, todas as dificuldades técnicas relativas ao Varilux. Informações são divulgadas através de nosso imenso território, de tal modo que, na opinião do eminente professor espanhol EMÍLIO GIL DEL RIO, ocupamos, neste sentido, uma posição de vanguarda.

Forneceremos dados técnicos relativos aos três multifocais disponíveis entre nós, para depois analisar os diversos itens de nossa experiência na utilização destas lentes.

A lente Varilux, antes de chegar ao estágio atual, passou por um processo de evolução. Os estudos realizados podem ser divididos em quatro etapas, mas, antes de analisá-las individualmente, é preciso que se compreenda o que seja uma representação gráfica.

Imaginemos um economista que precise representar, de alguma forma, o lucro de sua firma, em proporção ao número de artigos vendidos. Ele desenha no papel dois eixos, como na fig. 1.

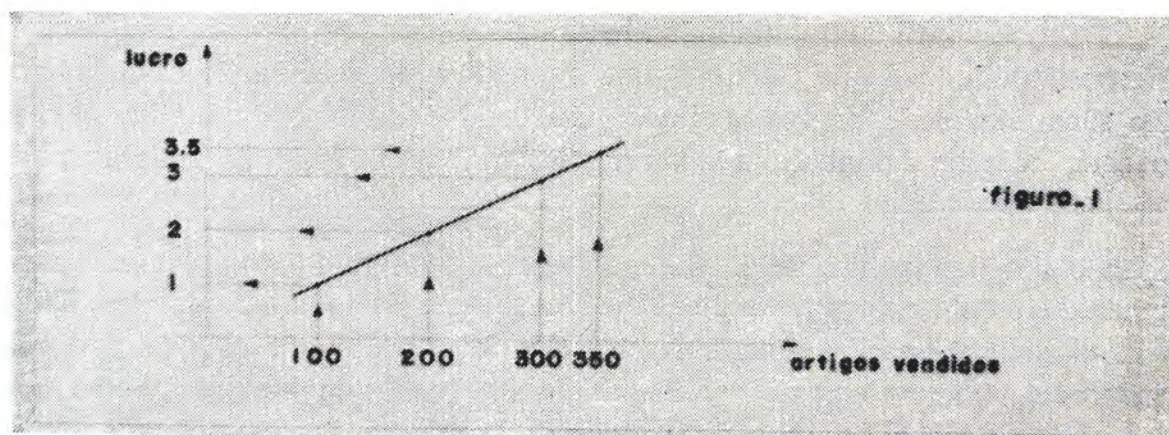


FIG. 1

No eixo horizontal, marca a quantidade de artigos vendidos e no vertical, o lucro obtido. Podemos ver que, para 100 artigos vendidos o lucro foi de Cr\$ 1,00; para 300 artigos, de Cr\$ 3,00; para 350, de Cr\$ 3,50, e assim sucessivamente. Depois de obter muitos pontos, ele pode traçar uma linha que una todos os pontos. Neste caso teremos uma linha reta.

Esta forma de representação nos será útil. Notemos que as duas quantidades representadas dependem uma da outra.

Passemos, agora, ao problema apresentado aos técnicos da Varilux.

Numerosas provas mostraram que as aberrações laterais, que são inevitáveis, eram completamente insuportáveis na parte superior da lente, destinada à visão de longe, enquanto que as situadas na parte inferior eram mais toleradas, por dois motivos: 1.^o — Geralmente usamos a parte superior da lente para observar objetos móveis, e a parte inferior para objetos fixos (visão de perto). Mesmo que haja movimentos nesta parte, podemos movimentar a cabeça. 2.^o — Na parte superior da lente não podemos ter deformações, enquanto que a parte de baixo suporta deformações de perspectiva. Seria preciso, então, que se obtivesse uma lente que fosse estável na visão de longe, que desse adição de potência necessária na parte intermediária e que se tornasse estável, novamente, na visão de perto.

Vamos, agora, usar a noção adquirida antes com o problema do economista, para representar da mesma maneira o nosso problema.

No eixo vertical marquemos a altura sobre a lente, e no horizontal a potência (número de dioptrias), como mostra a fig. 2.

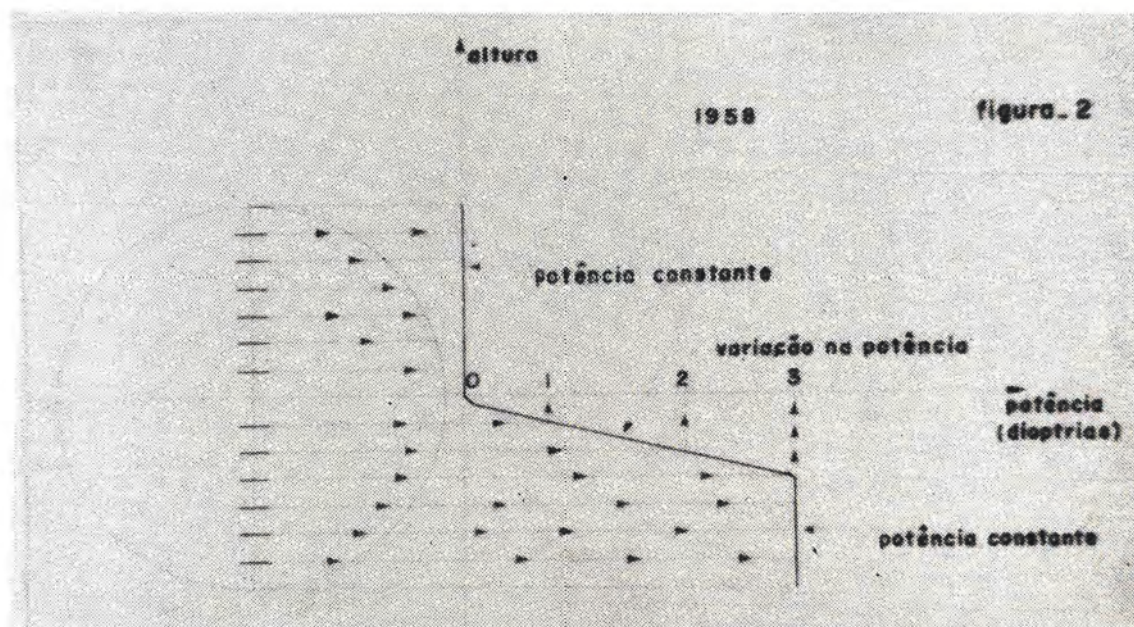


FIG. 2

No exemplo apresentado nesta figura, desenhemos a lente do lado esquerdo da curva (que agora não é mais uma linha reta, como na fig. 1). Vamos entender porque a curva desejada tem a forma mostrada.

Notemos que qualquer que seja a altura tomada na parte superior da lente, teremos sempre o mesmo número de dioptrias (zero no exemplo). Isto é o que queremos, potência constante na parte superior.

Analisemos, agora, a parte inferior. Podemos notar que, à medida que nos aproximamos da parte de baixo da lente, o número de dioptrias aumenta suavemente, até que, a partir de uma região, ele novamente se estabilize (3 dioptrias no caso). Isto

é que desejamos. Uma lente que apresenta esta característica é altamente desejável. Ela foi obtida na quarta etapa dos estudos realizados, mas antes de atingí-la os técnicos passaram por outras três etapas, vistas nas figs. 3, 4 e 5.

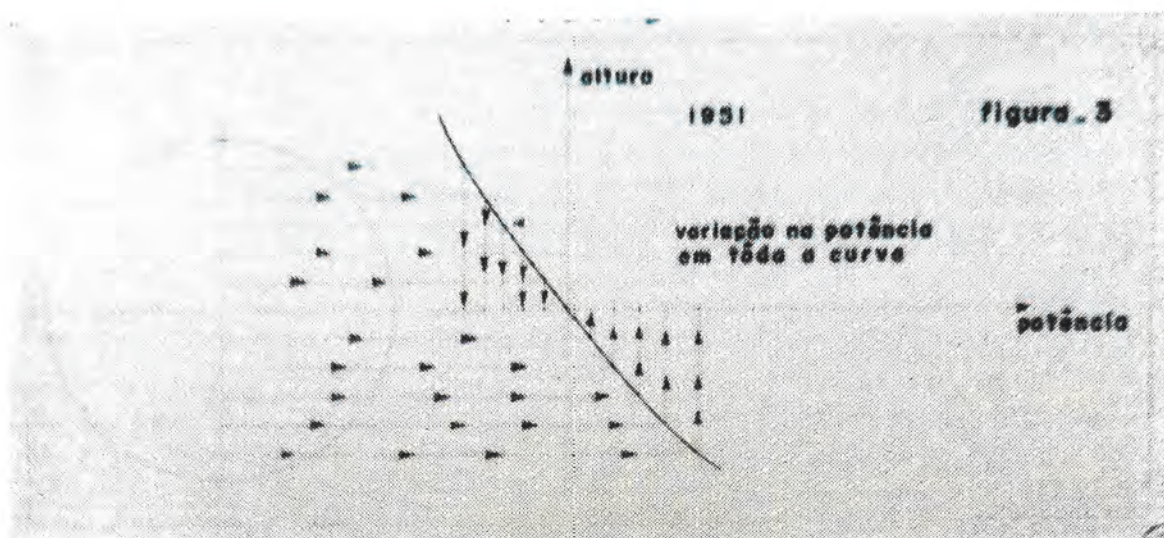


FIG. 3

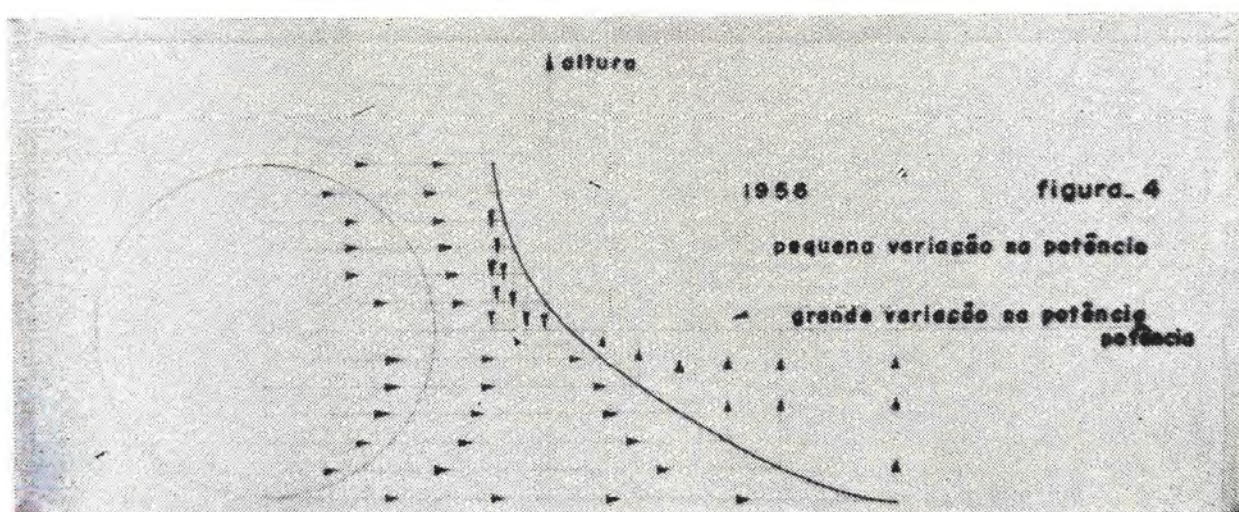


FIG. 4

Vamos estudar algumas características destas etapas.

Em 1951, havia aberrações em toda lente. Observando a parte superior da lente, notamos que o número de dioptrias varia quando nos deslocamos na altura sobre a lente (não existem partes verticais na curva, como na fig. 2).

Em 1956 houve progressos. Podemos notar que a parte da curva que corresponde à metade superior da lente começa a se tornar vertical, como queremos.

Em 1957, tanto a parte superior quanto a parte mais inferior, estão se tornando mais verticais e, finalmente, em 1958 isto é conseguido. Anotamos que nas partes

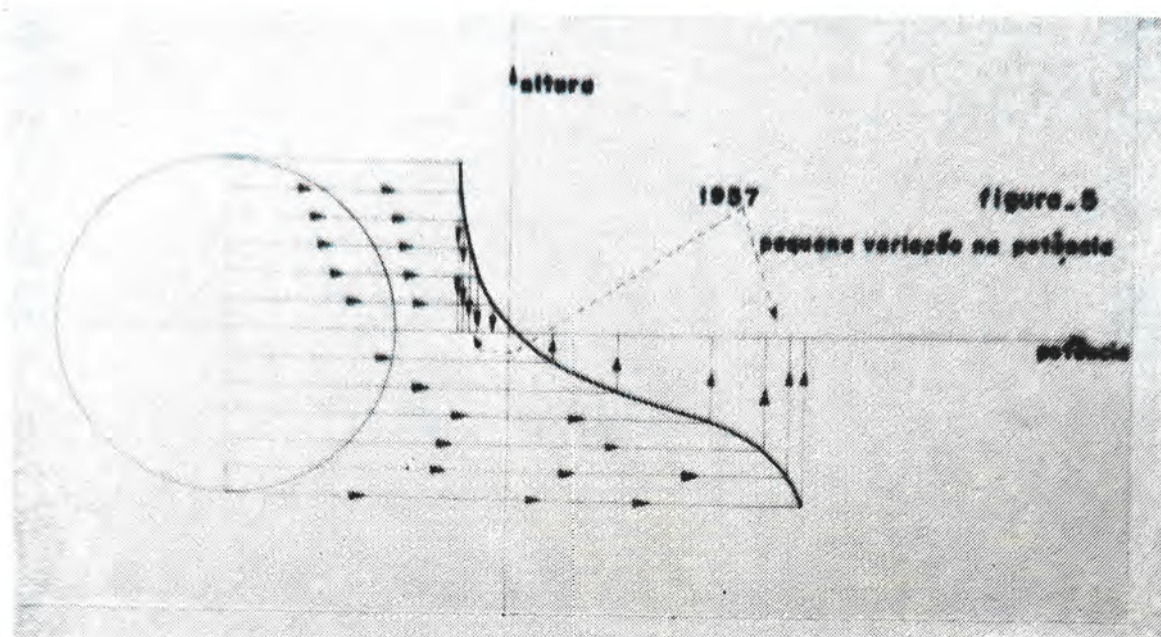


FIG. 5

verticais da curva, o número de dioptrias não muda, quando varia a altura sobre a lente.

Precisamos saber o que foi feito na superfície da lente e, em particular, na meridiana, para se chegar à lente obtida em 1958. Para entender isto, precisamos nos lembrar de algumas noções básicas.

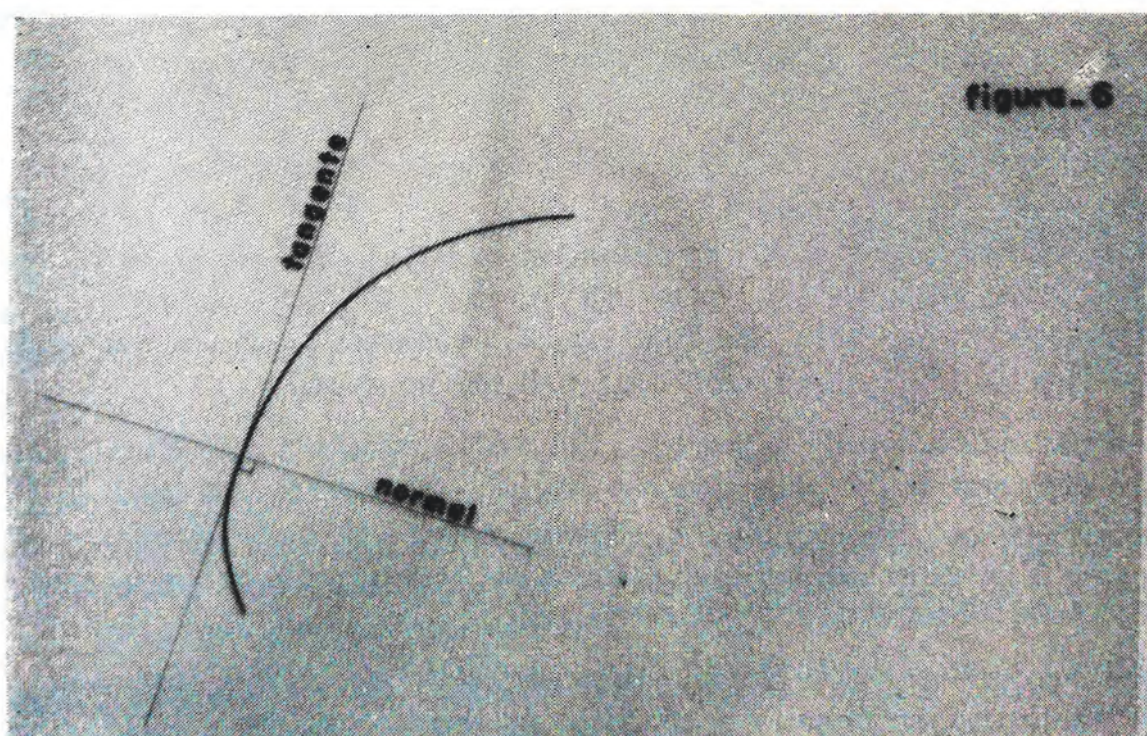


FIG. 6

Inicialmente, olhando a fig. 6, podemos ver o que entendemos por tangente e normal a uma curva. Notemos que a tangente e a normal se encontram em um ponto sobre a curva, e que elas são duas retas perpendiculares.

Precisamos saber o que se entende por “desenvolvida 1.º” e “desenvolvida 2.º” da meridiana. Observemos a fig. 7.

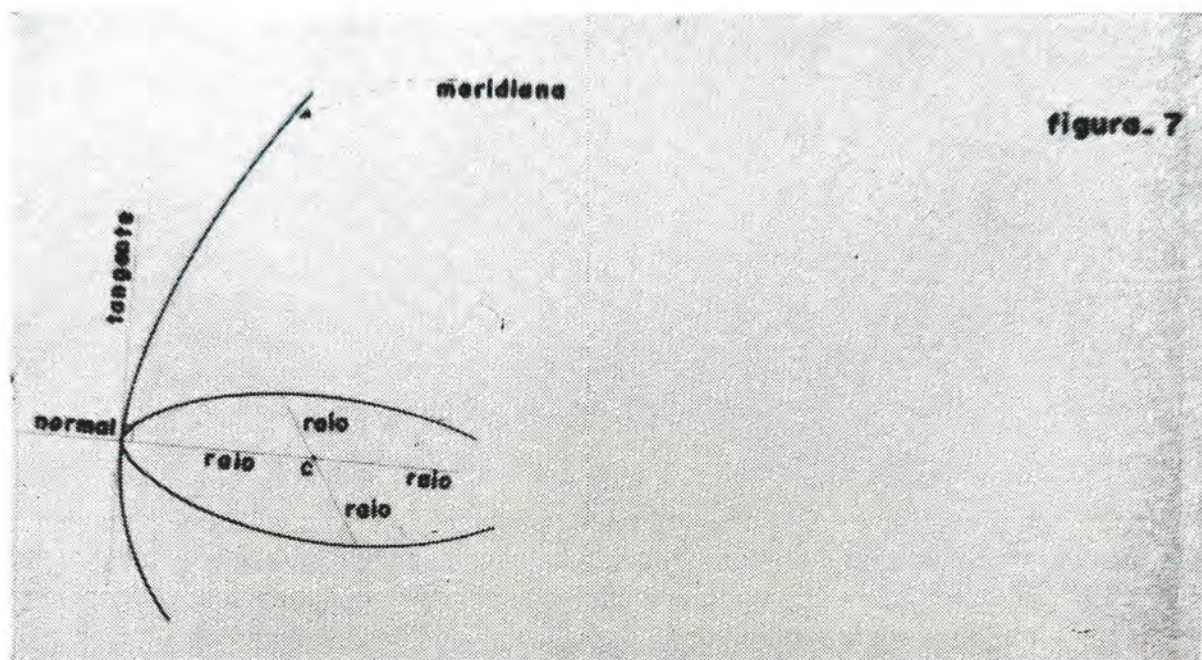


FIG. 7

Nela está indicada o que chamamos de meridiana. Foi traçada uma tangente em um ponto da meridiana, e, perpendicularmente a ela, uma normal. Foi construído, também, um círculo, que toca a meridiana no mesmo ponto.

Passemos, agora, à fig. 8. Nela temos o esquema de uma lente com diversas normais traçadas (n_1 , n_2 e n_3) e não apenas uma, como na fig. 7. Os pontos 1, 2 e 3 correspondem aos centros de diversos círculos, traçados da mesma maneira que o da fig. 7. Podemos notar que os centros dos círculos estão sobre as normais. Se traçarmos uma curva que passe por estes pontos, obteremos o que iremos chamar de “desenvolvida de 1.º da meridiana”. Está indicada no desenho.

Podemos, agora, repetir o processo, não mais tomando a meridiana como base, e sim, a desenvolvida 1.º. Mais uma vez traçamos normais (agora normais à desenvolvida 1.º). São as retas n_1 , n_2 , n_3 . Obtemos novos centros de círculos e construiremos uma nova curva, de modo semelhante ao anterior. Chamaremos esta normal nova curva de “desenvolvida 2.º da meridiana”.

Visto isto, voltaremos às lentes obtidas em 1951, 1956, 1957 e 1958, e analisemos suas características em termos dos conceitos de desenvolvida de 1.º e 2.º.

A lente de 1951 tem suas desenvolvidas mostradas na fig. 9.

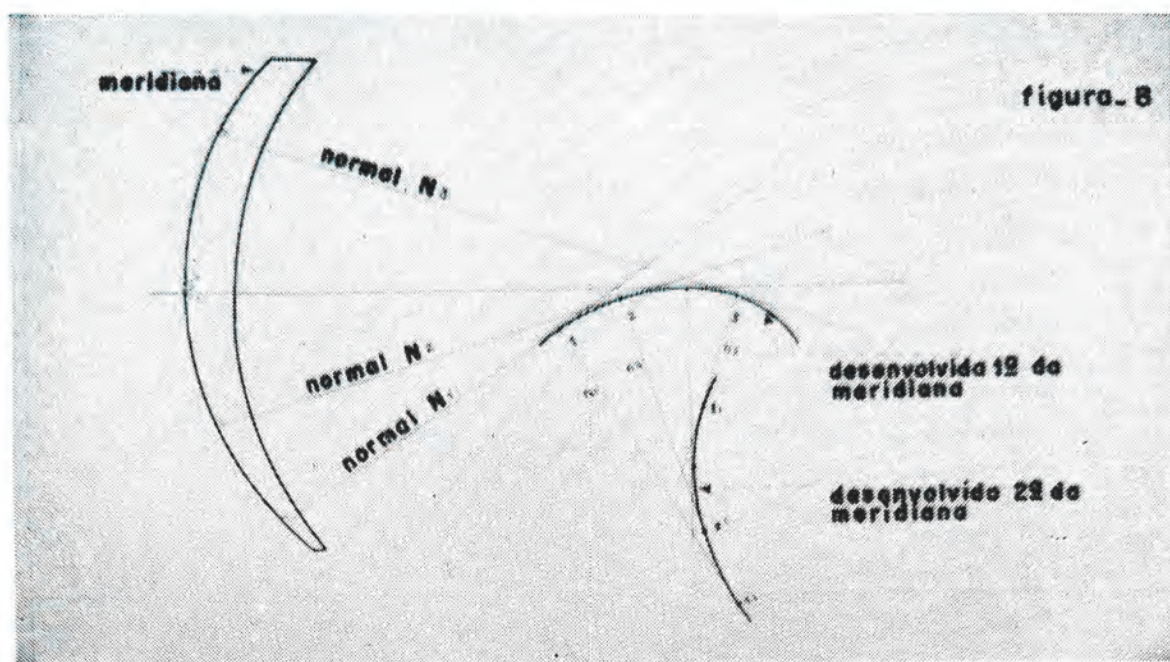


FIG. 8

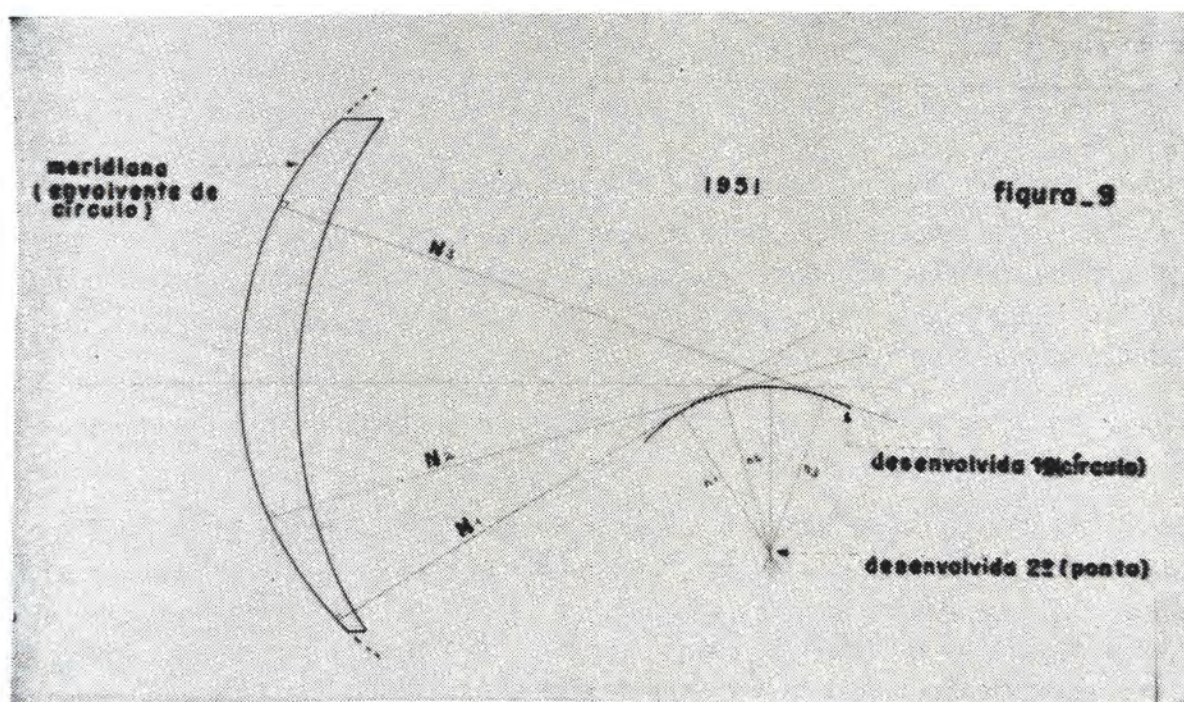


FIG. 9

A meridiana era uma envolvente de círculo. A desenvolvida 1.^o era um círculo e, conseqüentemente, a desenvolvida 2.^o era um ponto, pois num círculo todas as normais se encontram em um único ponto.

Olhando, novamente, a fig. 3, lembramo-nos que era preciso conseguir potência constante na visão de longe e em parte da visão de perto. O que se fez foi o seguinte: para aumentar a potência na parte inferior da lente, diminuiu-se os raios de curva-

tura da meridiana, o que forneceu uma desenvolvida 1.º, como da fig. 10, obtida em 1956.

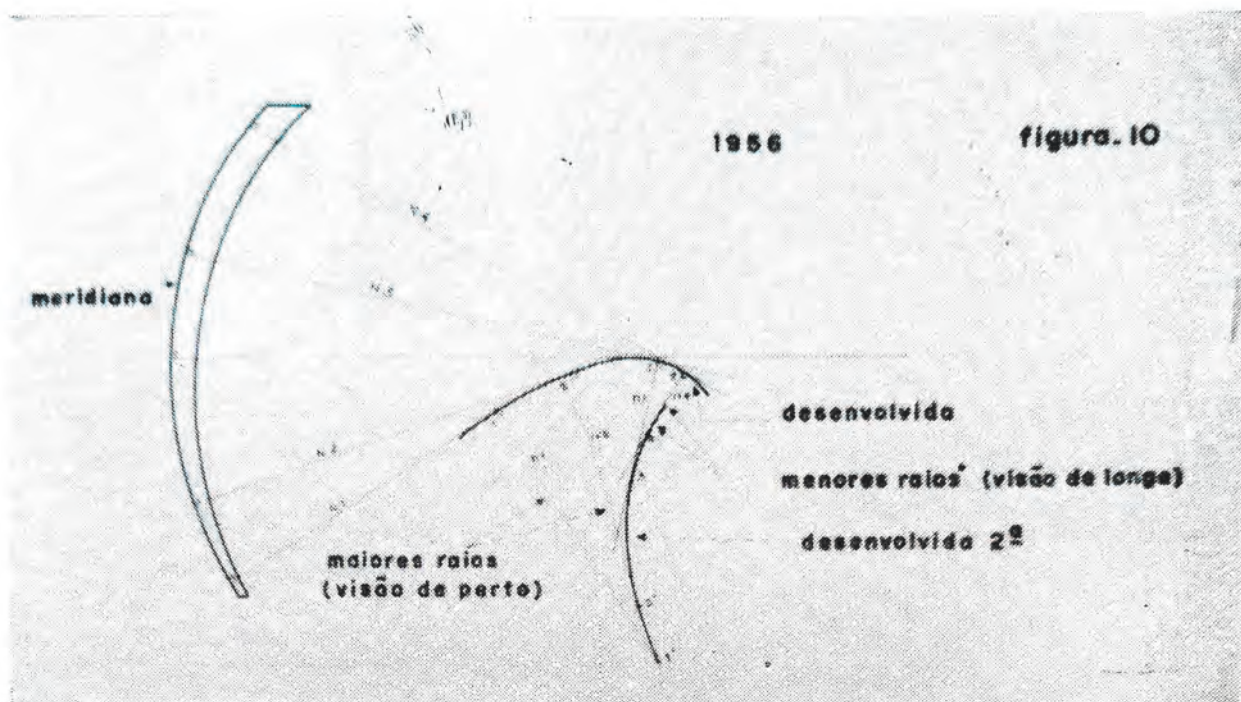


FIG. 10

Podemos notar que as normais da desenvolvida 1.º são mais curvas na parte correspondente à visão de longe, o que nos proporcionou uma menor variação na potência. Ao contrário, na parte da visão de perto, o raio da desenvolvida 1.º é maior, o que nos fornece uma maior variação na potência.

A lente obtida em 1956 forneceu uma razoável estabilização da potência da parte superior (visão de longe), mas não na visão de perto.

Em 1957, conseguiu-se uma boa estabilização, tanto na visão de perto quanto na de longe (fig. 11), o que pode ser visto pelos pequenos raios de curvatura da desenvolvida 1.º, nas partes correspondentes às visões de perto e de longe. Existe, porém, um problema inevitável: para se passar de um raio curto para outro igualmente curto, precisamos passar por uma região de raios de maior valor. Estes raios maiores vão acarretar variações na potência e aberrações no meio da lente.

Em 1958, deslocou-se as aberrações para uma parte, na metade inferior da lente, como se desejava na fig. 2. Conseguiu-se estabilização de potência na visão de longe e em boa parte da visão de perto. A fig. 12 mostra a disposição das desenvolvidas 1.º e 2.º. Comparando a fig. 12 e a fig. 11, notamos que a desenvolvida foi girada, de modo a deslocar a região de aberrações para a parte apropriada da lente.

Nesta fase a Varilux chegou ao estágio atual, campo estabilizado para longe, área de poder dióptrico uniforme, abaixo da qual vem uma área de poder progressivo ao longo de 12 mm, até o campo de perto, de poder também uniforme.

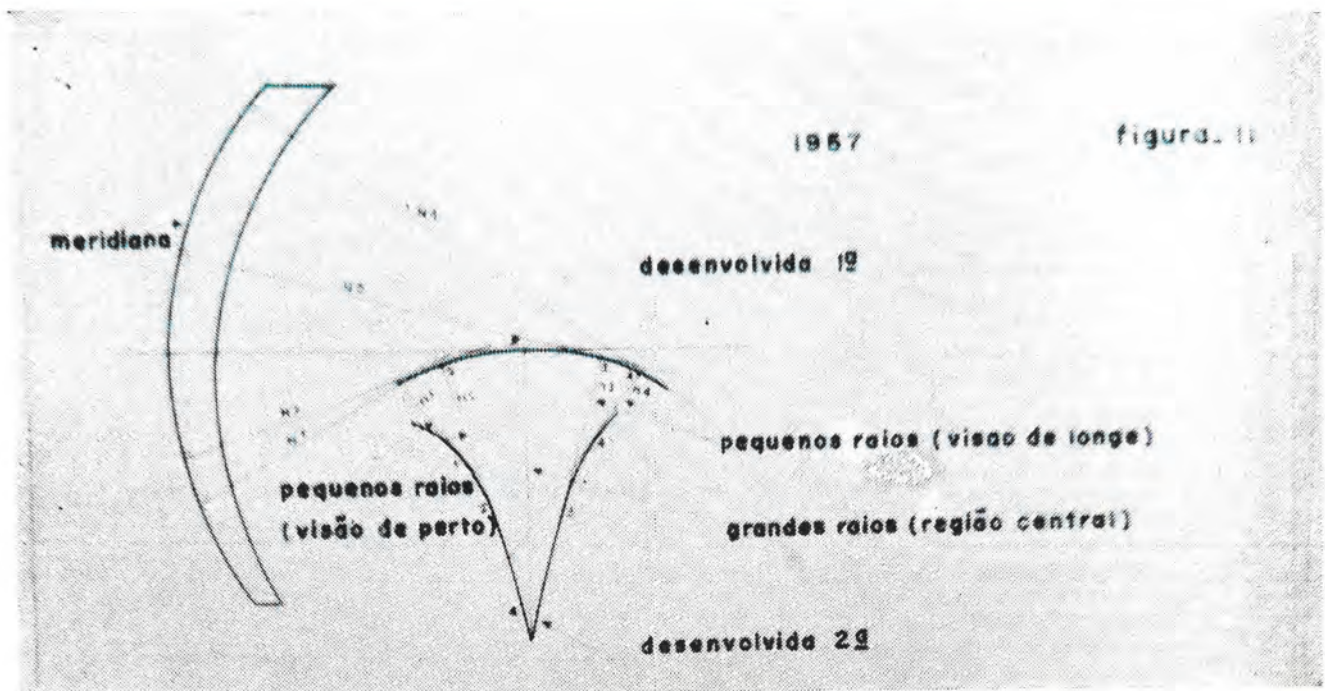


FIG. 11

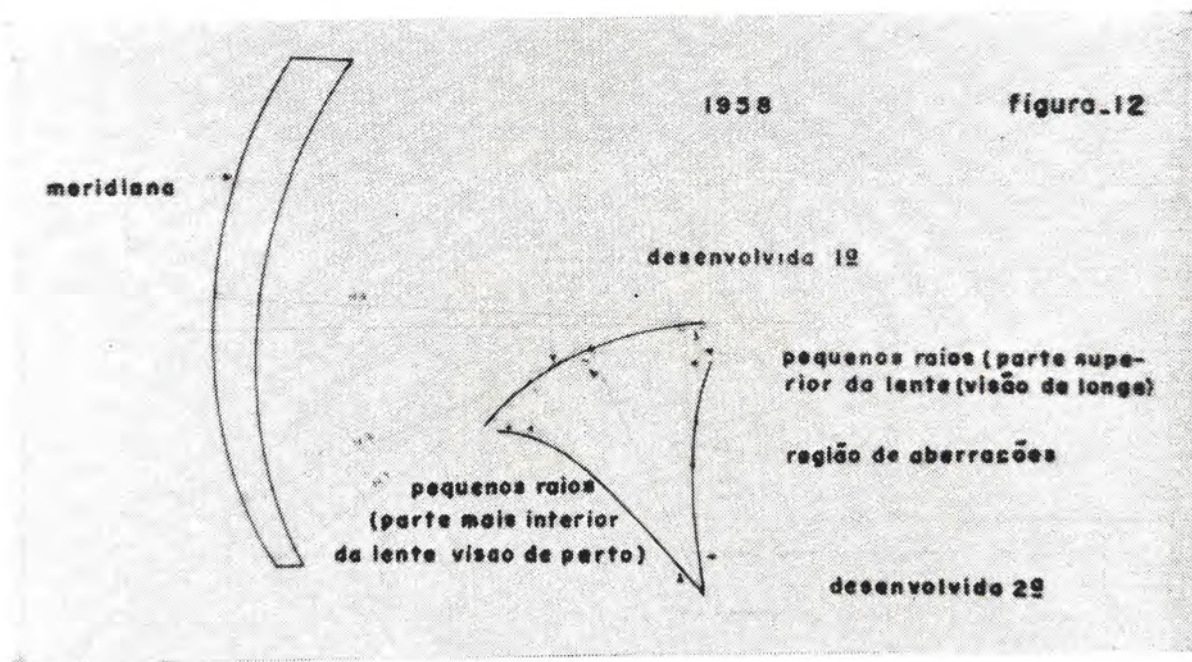


FIG. 12

A variação de poder da lente Varilux comum depende de sua superfície externa, sendo que a superfície interna poderá ser tórica ou esférica, conforme o paciente tenha ou não astigmatismo. Quanto às lentes plásticas, essa variação se dará sempre na face interna. Podem ser receitadas em adições de 0.50 a 3.5, com poder esférico entre + 5 — 20, combinados com cil até 5 dioptrias em lentes incolores ou coloridas.

A relação de poder na superfície progressiva é linear; iguais frações de adição são encontradas com distâncias iguais na área de transição.

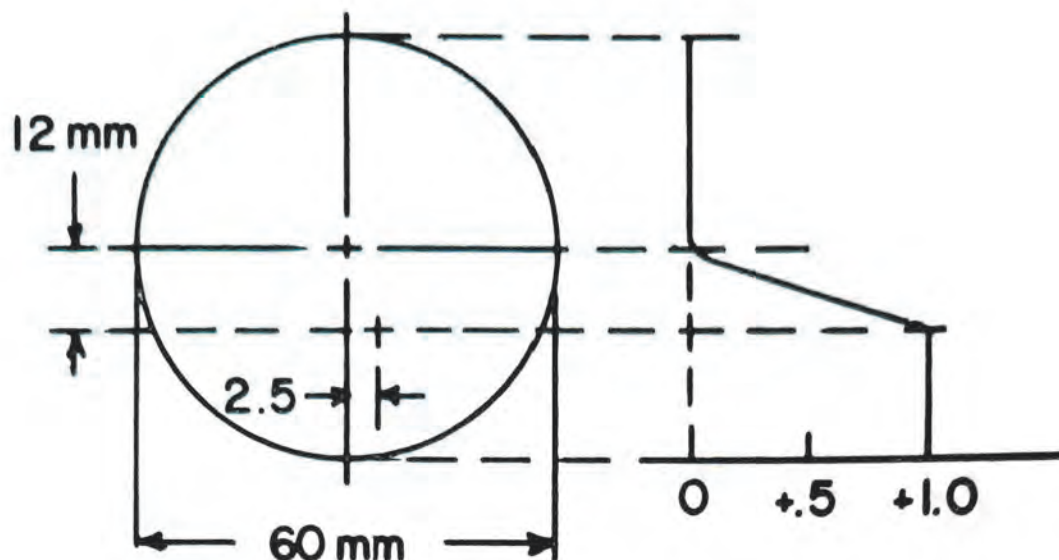


FIG. 13

A distância entre centro óptico de longe e de perto é de 12 mm, o centro de perto é descentrado de 2.5 mm para o lado nasal, levando em conta a convergência em visão de perto. Há, portanto, uma diferença de 5 mm entre a DP de longe e perto. Possui um caminho óptico que deve ser seguido pelo paciente, para desfrutar de visão boa na área intermediária.

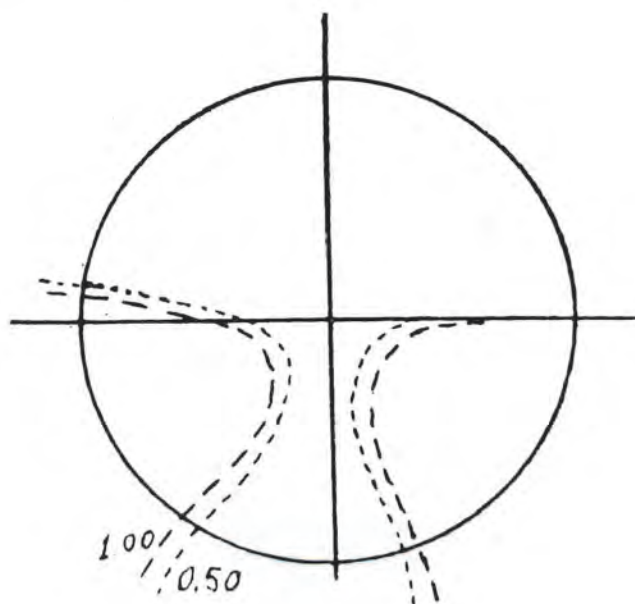


FIG. 14

As aberrações astigmáticas laterais invadem a área de longe do lado nasal em 10°, limitadas no lado temporal pelo meridiano horizontal. As superfícies progressivas Varilux têm a vantagem de serem fabricadas para cada olho separadamente. De

tal modo que quem olhar no sentido horizontal encontra na esquerda e direita zonas de igual adição (fig. 15).

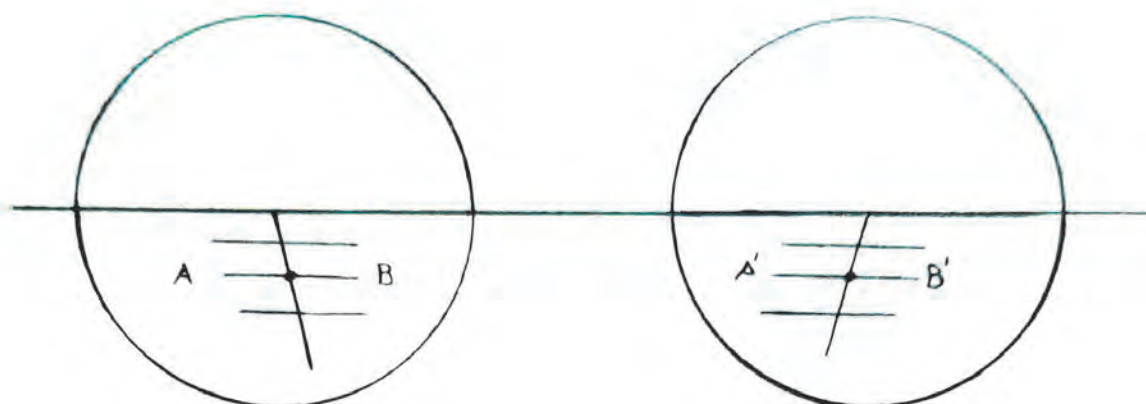


FIG. 15

Quando os olhos percorrem de AB para AB percorrem área de igual adição.

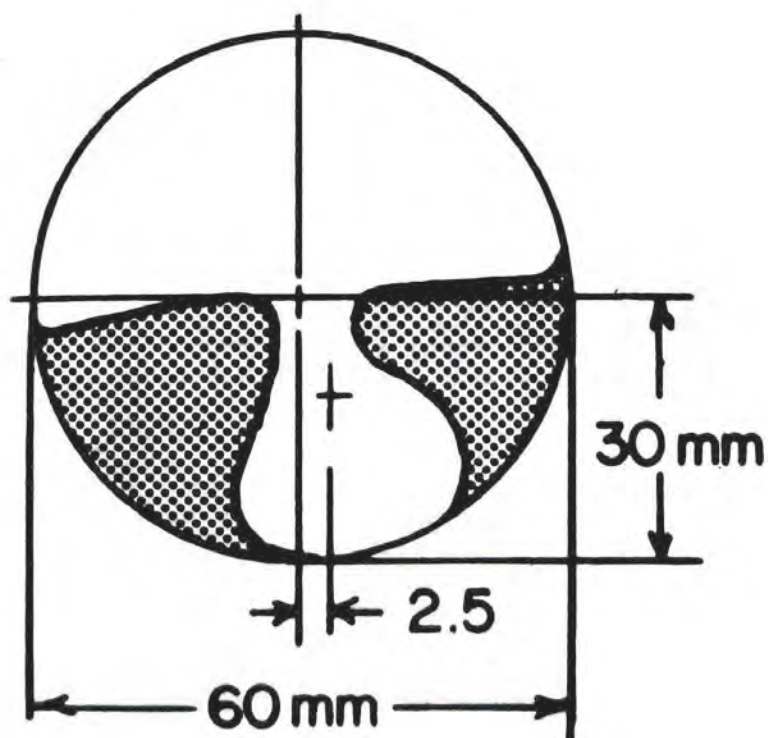


FIG. 16

LENTE ZOOM

Lançadas em fins de 1967 pela firma francesa Benoist-Berthiot, de Paris. Sua concepção é semelhante à da Varilux. Existem três áreas nesta lente: uma de longe, de poder estabilizado, área de transição de 14 mm e área também estabilizada, de forma parabólica, para perto.

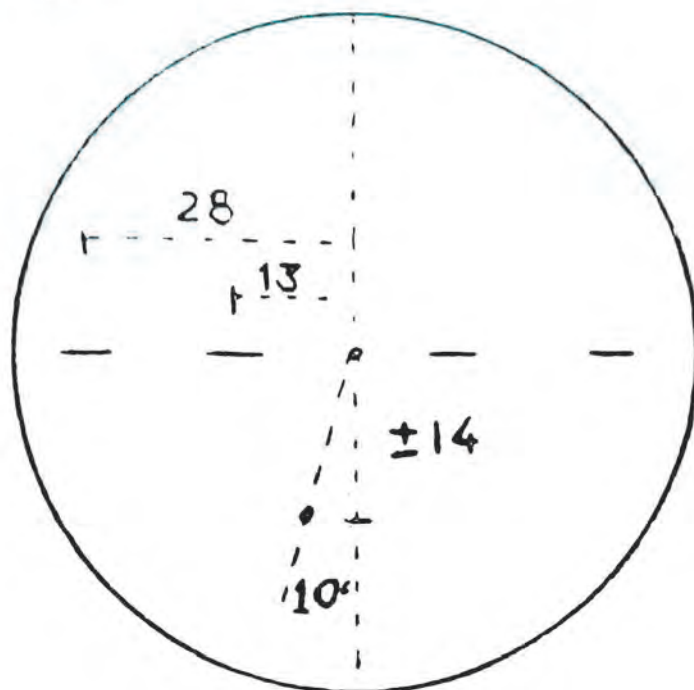
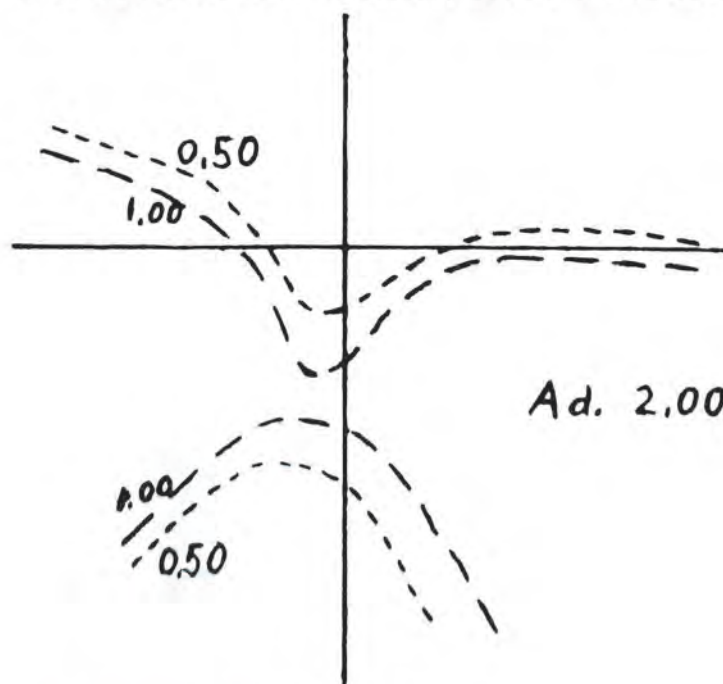


FIG. 17

A relação de aumento de poder na área de transição não é linear, isto é, aumenta mais na parte inferior da área de progressão do que na parte superior. A superfície progressiva e curva base estão na face anterior, sendo a posterior esférica ou tórica,



Aberrações laterais.

FIG. 18

de acordo com a prescrição. Adições de 0.50 a 3D. Existe uma linha de simetria ligando o centro óptico de longe e de perto. A largura desta varia com adição, não existindo em adições fortes.

As aberrações maiores são astigmáticas situadas ao lado da linha de simetria, estendendo-se de 15° para cima na área estabilizada de longe.

A superfície progressiva do Zoom é a mesma para os dois olhos.

A lente direita ou esquerda se obtém girando-a 10° para um lado ou para o outro. Deste modo, as linhas de igual adição giram, também, e não são mais paralelas ao diâmetro horizontal.

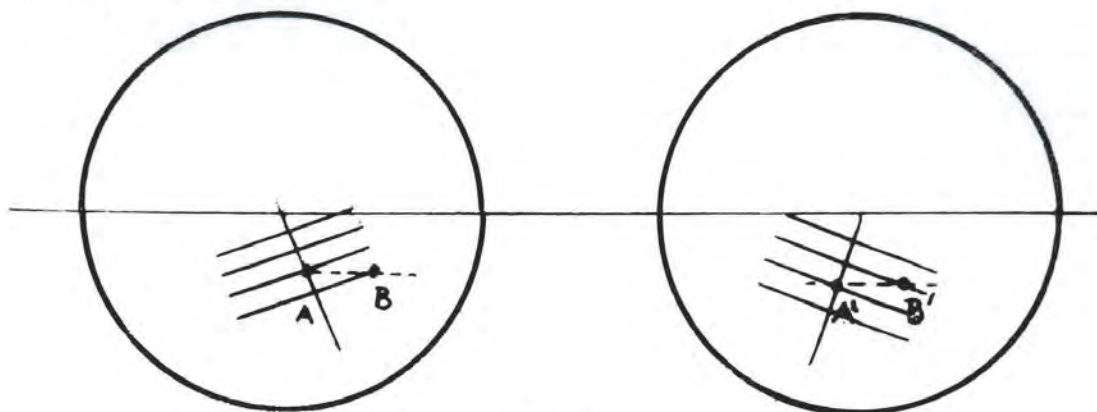


FIG. 19

Os olhos, quando se deslocam horizontalmente, não encontram na lente esquerda ou direita zonas homólogas (fig. 19). Quando os olhos passam de A a B em OD e de A, a B, em OE, um percorre zonas de adição crescentes OD e outro de adição decrescente OE.

LENTE OMNIFOCAL

Desenvolvidas em 1962, por David e Joseph, é caracterizada por uma área progressiva que se estende da parte superior até a inferior da lente.

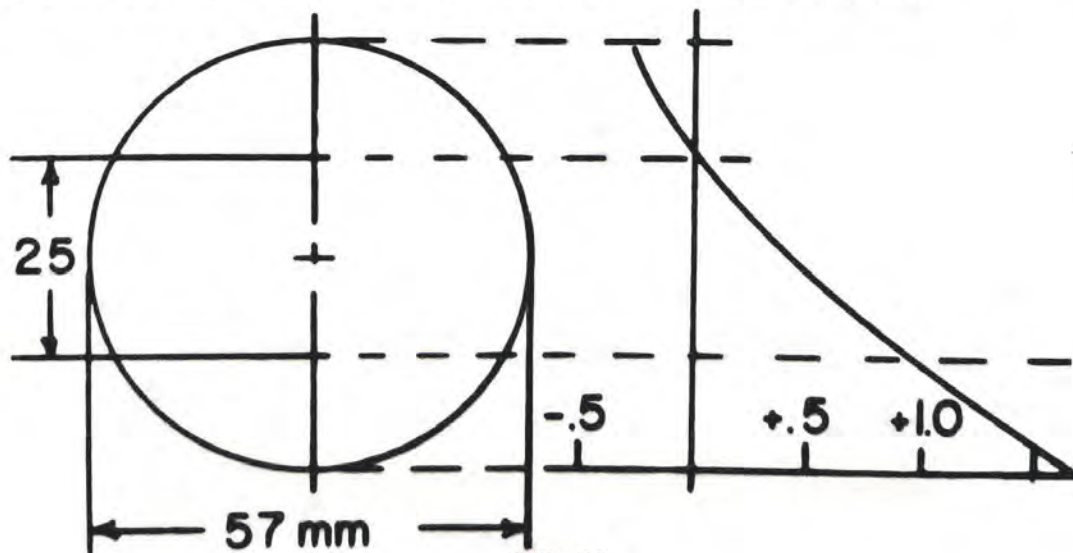


FIG. 20

O aumento do poder não é linear, maior na parte inferior que na superior. Para o diâmetro vertical de 40 mm e adição de 2D, tem variação de poder de 0.38 na parte superior, 1.0 D na parte média e 0.62 na inferior.

A face anterior, que é progressiva, possui um cilindro positivo de eixo 90° , que será compensado por cilindro negativo de eixo também 90° em sua face posterior. O valor do cil positivo é sempre 0.75 superior a adição. Por exemplo: se a adição é 1.50, o cil anterior será de 2.25. A estrutura fundamental do Omnifocal é a reunião de uma superfície isoastigmática, em que o astigmatismo é constante, com outra superfície tórica, contendo cilindro de poder igual e sinal contrário. Somente ao longo do meridiano de simetria bilateral, o canal óptico utilizado para a visão, as superfícies isoastigmáticas e tóricas são paralelas, sendo que nas demais áreas não é possível este paralelismo, porque os cilindros, embora iguais em valor e eixo, não coincidem em direção.

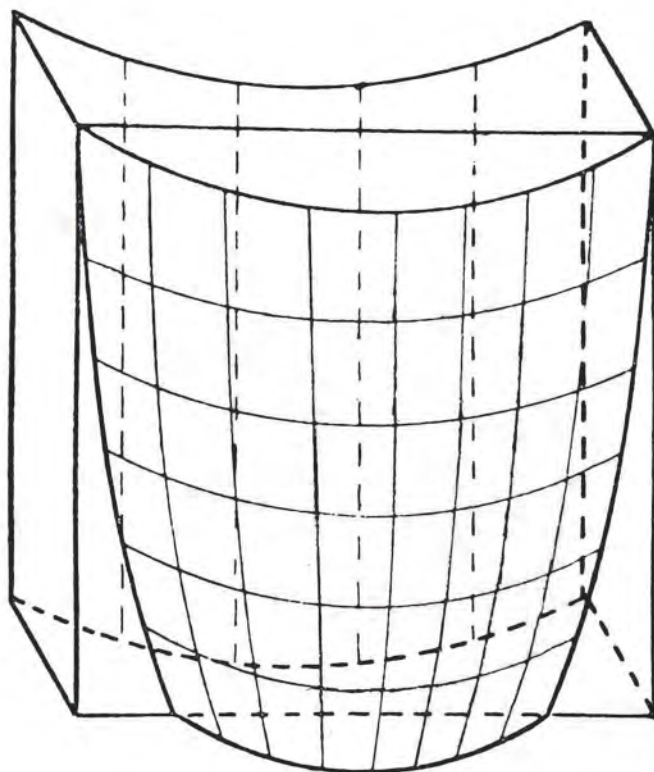


FIG. 21

Se a prescrição comportar um cilindro de eixo diferente de 90° , a combinação com o cilindro compensador resultará um poder esférico negativo, que deverá combinar com o poder esférico da prescrição.

Existem tabelas especiais para o cálculo do poder e eixos dos cilindros resultantes. Uma linha vermelha assinala, no bloco do Omnifocal, o eixo vertical e o centro de montagem. A forma do campo de visão nítida é triangular. A separação entre os centros ópticos de longe e de perto é de 25 mm. Adições disponíveis vão de 0.75 a 1.75 dioptrias.

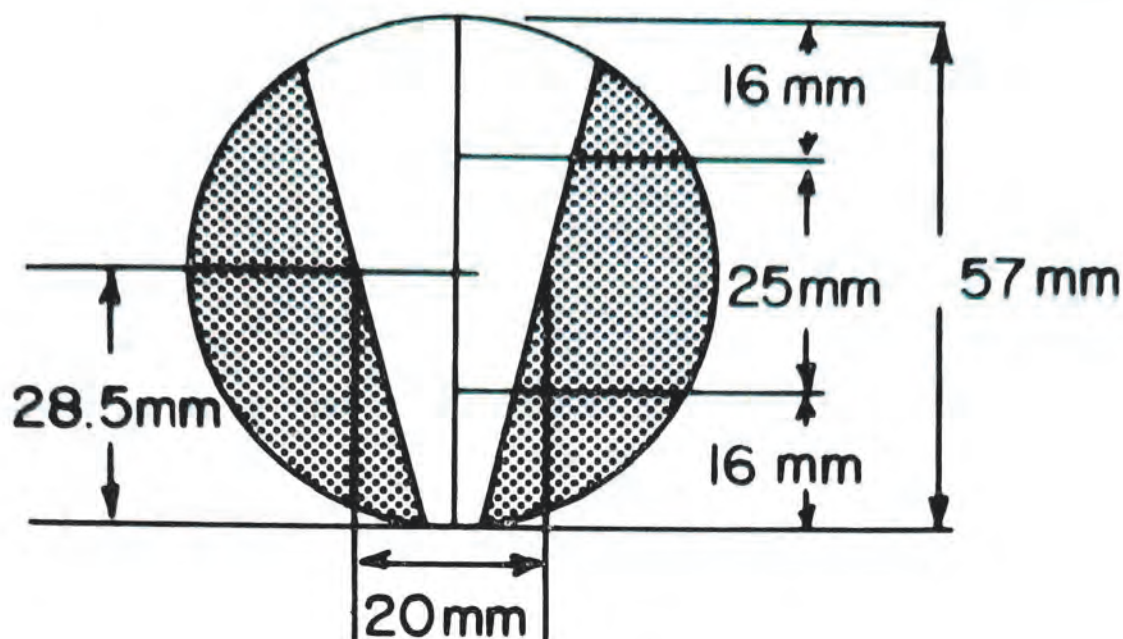


FIG. 22

MULTIFOCAIS PROGRESSIVOS, BIFOCAIS E TRIFOCAIS

No estágio atual de nossa experiência, havendo indicação, sempre prescrevemos Varilux para presbiopia. Os bifocais e trifocais ficam reservados para aqueles que, por qualquer motivo, não desejam multifocal progressivo. Existem problemas não resolvidos em relação aos bifocais e trifocais. Portadores de astigmatismos fortes sentem as imagens parasitas provocadas pelas linhas de separação.

A passagem da visão de longe para a de perto impõe ao cristalino uma inversão de acomodação. O salto de imagem e desvio prismático são defeitos insolúveis. Aproximando-se centros ópticos, corrige-se o salto de imagem, o que ocorre nos bifocais executivos.

Quando passamos para a visão de perto, há convergência das linhas visuais olhando-se pela parte interna da lente. Conseqüentemente, existirá desvio prismático, porque o centro óptico de perto não estará na área de leitura.

Um bifocal monocêntrico, por exemplo, com ausência de salto de imagem, possui desvio prismático, porque o centro óptico de perto não estará na área de leitura.

Julgamos mais apropriado utilizar uma lente com área de poder contínuo, com ausência de inversão de acomodação, com vantagens estéticas, para substituir as desvantagens relativas aos bi e trifocais. Trata-se de comparar os defeitos dos três tipos de lentes: de uma parte as linhas de separação, e de outra as aberrações laterais.

De modo geral, a adaptação é boa quando substituímos bifocais por Varilux. Tivemos alguns problemas com pacientes que faziam uso de bifocais Ultex A, o que não ocorreu com aqueles que usavam qualquer tipo de base prismática superior.

O efeito prismático da película parece ser a explicação para este fato, observado com relativa frequência. Sendo Ultex A bifocal de base prismática inferior, quando a linha visual passa fora do centro óptico, induz adaptação espacial em sentido oposto ao Varilux. Já o bifocal topo reto com base prismática superior, desloca a imagem para baixo, no sentido do ponto de leitura do Varilux.

Para adições além de 2 dioptrias, a comparação será com os trifocais.

Somos prudentes quando substituímos trifocais por Varilux. Adaptados a três áreas de visão nítida com linhas de separação, estes pacientes demoram a se ajustar ao Varilux. Com o passar do tempo, preferem os progressivos. Tenho acompanhado de perto inúmeros destes casos, especialmente de um eminente colega oftalmologista. Embora a adaptação tenha sido imediata, sempre se referia às vantagens dos antigos trifocais e, finalmente, após cerca de 30 dias, confessa sua preferência pelo Varilux. De qualquer maneira, a adaptação é mais longa, o que justifica maiores esclarecimentos ao paciente e prudência na sua indicação.

ALTURA DA ÁREA DE PROGRESSÃO E AMETROPIAS

É importante considerar que não existe uma montagem universal para qualquer tipo de multifocal, seja bi, trifocal ou progressivo.

Aconselha-se colocar o começo da progressão sobre uma linha tangente ao bordo pupilar ou a 1 mm abaixo, se a adição é forte, ou o paciente está mais frequentemente em pé.

Preferimos centragem mais alta, especialmente em se tratando de alta miopia, ou astigmatismos fortes. Para os hipermetropes, preferimos montagem alta, de modo que o paciente necessite "saltar" o início da progressão.

Admitimos montagem baixa a 2 ou 3 mm do centro da pupila para presbitas jovens com adições fracas.

ADIÇÃO

De modo geral, a área de utilização de um multifocal está na razão inversa da adição. 99% das reclamações estão relacionadas com adições fortes, que sempre trazem desconforto. Preferimos adições aparentemente mais fortes, de 0.50 até 2.25, e de 0.25 para 2.50, em se tratando de multifocais progressivos. Por exemplo: ao indicar adição 1.75, solicitamos ao óptico acrescentar 0.50 para Varilux.

Embora situando a área de leitura em plena zona progressiva, esta conduta tem se mostrado eficaz desde o início, sendo, hoje, adotada por grande número de colegas.

Cálculos estatísticos situam a área de leitura entre 6 e 10 mm abaixo do centro óptico de longe, e 2 a 4 mm para dentro. Com esta conduta, colocamos adição exata acima do ponto de leitura, ficando a 12 mm do centro óptico de longe uma reserva para prolongar o tempo de utilização da lente. Há também vantagens, devido a menor obliquidade dos raios que atingem a lente em visão de perto.

Suportamos aberrações, desde que menores que 8 micra, na área progressiva, que é correspondente à imagem de um ponto sobre a retina. Em adições mais fortes, de 2.75, por exemplo, as aberrações terão dimensões maiores e serão fatalmente percebidas.

INDICAÇÃO

Indicamos multifocal progressivo, para correção da Presbiopia, quando a acuidade visual corrigida é normal para perto e para longe. Surpreendentemente bem aceitos nos valores dióptricos mais elevados, com exceção da alta miopia, que não se ajusta ao segundo item de nossa indicação. Concordamos com a sugestão dos fabricantes quanto à indicação para presbitas jovens. Com adições fracas, as aberrações proporcionalmente reduzidas, serão bem aceitas e, posteriormente, com uma adição mais forte, a adaptação será melhor.

Lentes separadas eram prescritas para trabalho de perto prolongado. Com o tempo, julgamos esta providência desnecessária, ficando restrita a casos excepcionais.

Cabe ao médico informar ao seu paciente as limitações de sua indicação. Sempre procuramos fazer compreender que, ao substituírmos as desvantagens dos bifocais pelas aberrações laterais, oferecemos uma solução que nos parece a melhor para a correção da Presbiopia.

Cabe ao médico, também, ao fazer sua indicação, agir com a firmeza necessária para infundir confiança ao seu paciente, sem, no entanto, se exceder em intransigência.

CONTRA-INDICAÇÕES

As contra-indicações são semelhantes às do bi e trifocais. São contra-indicados para anisometropia, além de 2 D.

Para compensar o efeito prismático resultante no meridiano vertical, existem Varilux semiprismáticos. Até o presente momento, preferimos, simplesmente, contra-indicar para estes casos de anisometropia.

Existe outra contra-indicação, ditada pela experiência. É o desejo, justo ou sem justificativa, de não usar este tipo de lente.

PRESCRIÇÃO

A prescrição não difere dos outros multifocais já consagrados pelo uso. Apenas a distância interpupilar deverá ser monocular, para compensar a freqüente assimetria facial. Os que temem prescrever multifocais progressivos devem, antes, procurar conhecer a maneira correta de verificação.

VERIFICAÇÃO

A condição básica para a prescrição de multifocais progressivos, como para qualquer outro tipo de lente, é a possibilidade de verificação.

Para verificar o poder dióptrico, pelo menos a área de longe deve ser livre de aberrações. Havendo valor progressivo, a abertura do vertômetro atinge área acima e abaixo, de valores diferentes, de modo que a imagem é sempre borrada. Sendo determinado o valor dióptrico e o centro óptico de longe, pode este servir como ponto de referência para localização da área de leitura.

Informações neste sentido devem ser fornecidas pelos fabricantes ou seus representantes. Seria um risco prescrever lentes com um caminho óptico de localização rigorosa em relação ao eixo visual, sem possibilidade de verificação. Por este motivo, não nos foi possível estender nossa experiência a outros multifocais progressivos.

Cartões informativos, contendo instruções sobre Varilux, são fartamente distribuídos pelos representantes da Essel no Brasil.

Após a determinação do valor dióptrico de longe e perto, realizado na área do poder estabilizado, procuramos marcar, com tinta branca, os pontos de referência e realizar a medida final, no próprio rosto do paciente. Por isso, pedimos que traga, pessoalmente, suas lentes para verificação.

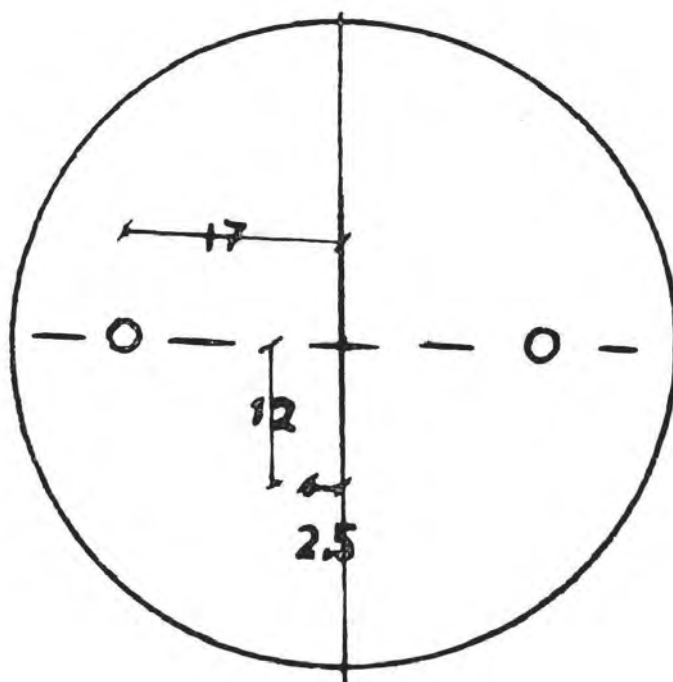


FIG. 23

Depois de assinalar as marcas laterais, o centro óptico e o ponto de leitura, observamos a adição gravada no lado temporal da lente. Observamos a posição da pupila no olhar para longe e perto, atentos para a altura da área de progressão, relação centros ópticos e distâncias pupilares, desníveis verticais e a horizontalidade dos pontos gravados. E, finalmente, medimos a distância do centro óptico de longe para o rebordo inferior da armação, que deve ser, pelo menos, de 19 mm.

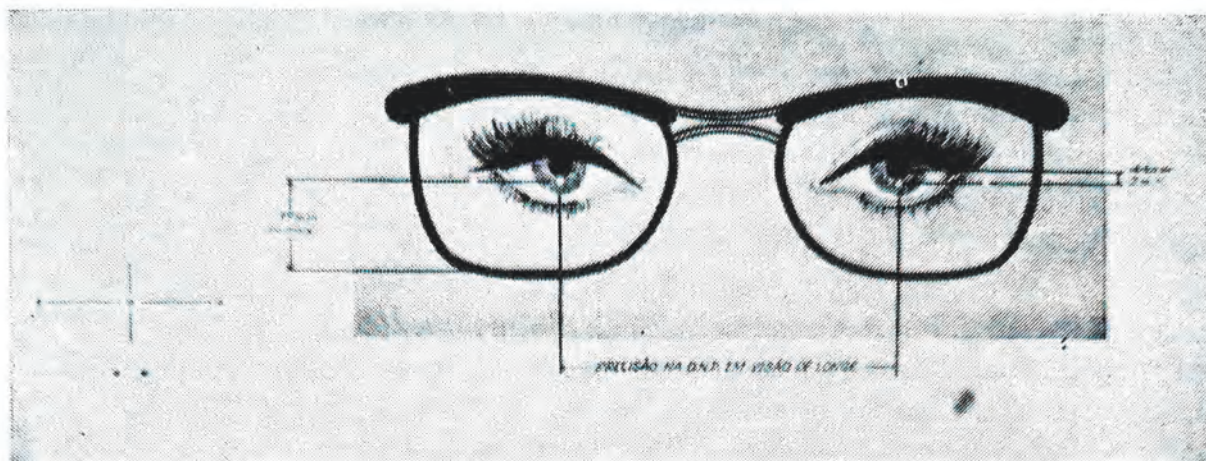


FIG. 24

Desconhecemos a maneira mais apropriada de verificar Omnifocal. Julgamos prático procurar na área progressiva o ponto correspondente ao valor dióptrico prescrito e, neste local, marcar o centro óptico de longe. Encontraremos o centro óptico de perto a 25 mm abaixo.

O Zoom possui traços horizontais a 12 e 28 mm de cada lado, e a altura da progressão situada a 14 mm abaixo, entretanto, falta o respectivo cartão de verificação.

CAUSAS DE INSUCESSOS

Partindo da premissa de que houve indicação correta, os defeitos de montagem são, a nosso ver, as principais causas de insucessos.

Os mais freqüentes são os desníveis verticais intoleráveis e a distância dos centros ópticos em posição imprecisa e o ponto de leitura, situado muito abaixo.

Descrevo o exemplo de um amigo, cirurgião, residente longe de nosso local de trabalho, que entregou a confecção de seu Varilux a um óptico pouco cuidadoso. Somente um ano depois, tomei conhecimento de sua total falta de adaptação. Com nova montagem correta, este mesmo paciente, sem qualquer alteração da refração, teve excelente e rápida adaptação.

As dificuldades para os que já usam trifocais, bem assim como os datilógrafos e os condutores de veículos na ocasião de estacionar, não são causas de insucessos, apenas exigem maiores esclarecimentos e mais dilatado tempo de adaptação.

Ouvimos, das senhoras, calorosos elogios, no entanto, são os homens que experimentam período mais curto para adaptação.

As flutuações das partes laterais na área de progressão da lente, obrigam a movimentação da cabeça, para olhar de lado. A maioria dos pacientes se habitua e compensa este inconveniente com rapidez.

Procuramos separar as queixas, que nos parecem próprias, de qualquer superfície progressiva e que desaparecem posteriormente, daquelas que acusam início de um processo de intolerância que, certamente, levará ao abandono do uso das lentes. São menores as queixas nas descidas de escada do que em relação aos bifocais. Somente dois pacientes relataram cervicalgias após uso prolongado. Um deles abandonou as lentes e o segundo preferiu fazer lentes de perto e conservar seus multifocais.

Os portadores de miopia em torno de 3 dioptrias, que necessitam multifocais, devem ser devidamente esclarecidos de uma possível causa de insucesso. Possuindo seu ponto próximo de leitura à distância de 33 cm, ressentem-se quando forçados a uma leitura restrita à parte inferior da lente.

COMENTÁRIOS

Cada dia surgem diversificações no uso do Varilux. Estão sendo indicados para estrabismo acomodativo, com paralelismo de longe e desvio para perto. Persistimos em nossa indicação de bifocais executivos para que a criança encontre toda a parte inferior da lente ocupada pela adição necessária para manter, também, paralelismo na visão de perto. Nossa alternativa para estes casos é o bifocal Ultex A.

O Varilux, para afácicos ainda em fase de observação, está sendo tolerado com surpreendente facilidade, limitado aos casos com pupila redonda e central. Conhecemos, também por referência, os semi prismáticos para correção de anisometropia. Compensam o efeito prismático no meridiano vertical na visão de perto.

CONCLUSÃO

Preferimos relatar nossa experiência analisando as diversas etapas que podem contribuir para melhor aproveitamento da lente, que representa para nós um grande avanço da óptica moderna, e que mais se aproxima da realidade do olho humano.

Evitamos, propositadamente, a análise estatística, que, às vezes, oculta o essencial.

Adotamos o Varilux como o nosso multifocal de preferência, utilizado por nós para correção da presbiopia.

Substituí duas lentes suplementares para longe e perto ou agrupadas em uma só armação. É vantagem substituir a superposição de imagens de tamanhos diferentes pelas aberrações laterais dos progressivos.

A fim de preservar os interesses de nosso paciente, há necessidade de entrosamento com um profissional óptico competente. A lente deve ser substituída toda vez que for identificado um defeito de montagem incompatível com adaptação correta.

SUMMARY

Our Personal Experience With Multifocal Lenses

The A. reports his personal experience with multifocal progressive lenses and states he has chosen Varilux because of their superior technical specifications, besides being the only ones that allow precise checking.

Height of progression area, indications and causes of failure are dealt with. A comparative study with bi and trifocals is made.

Because nowadays there are no more technical difficulties with Varilux lenses the A. prefers them for correcting presbyopia.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Bausch Lomb Ophthalmic Lens.
- 2 — Beasse, M. — Apport de Essel dans les méthodes et les appareils d'ajustage des Varilux.
- 3 — Borish, Irving M. — Clinical refraction — Third edition.
- 4 — Bruens, M. le — Resultats obtenus dans certains cas d'adaptation Varilux, paraissant a priori difficiles — Allemagne.
- 5 — Catros-Rennes, M. le Pr. Agregê A. — En collaboration avec Dr. Y. M. Feuvrier — L'utilisation des verres à puissance progressivement croissante dans certaines variétés de estrabismes accomodatifs de l'enfant.
- 6 — Coropes, Armando — O prisma da área de perto nos bifocais — Arquivos Brasileiros de Medicina Naval — Ano XV — Julho a setembro de 1954.
- 7 — Darras, M. Claude — La place du Varilux dans la correction de la presbytie — Paris.
- 8 — Duke-Elder — Ophthalmic optics and refraction.
- 9 — Essel Paris — Memento Varilux.
- 10 — Fedosseef, Alexis — Omnifocal. Uma lente de poder dióptrico progressivo. Instruções para o Laboratório de Óptica — Rio, 1971.
- 11 — Gillet, M. — Institut d'Optique de Paris — Conferência pronunciada na Maison de France, novembro de 1967, Rio de Janeiro.
- 12 — Lancaster, Walter L. — Refraction and motility.
- 13 — Maitenaz, B. — Four steps that led to Varilux. A.A.A. 43:7, 1966.
- 14 — Maitenaz, B. — A lente progressiva Varilux. Novo método de correção da vista. Palestra em São Paulo, setembro de 1971.
- 15 — Maitenaz, B. — Les Varilux semi-prismatiques (conference).
- 16 — Miles, P. W. — Depth of focus and amplitude of accommodation through trifocal glasses. Arch. Ophthal. 49:3, 1966.
- 17 — Miles, P. W. — Bifocais for myopic children.
- 18 — Moncreiff — Refraction neurophysiological and psychological viewpoints.
- 19 — Obrig, P. — Modern Ophthalmic lenses and optical glass. 1955. New York.
- 20 — Paciello, Celso — Influência da assimetria facial nos problemas de visão.
- 21 — Reiner, Josef — Un nouveau verre correcter a valeur dioptrique progressive. Communication de l'École Supérieure Technique: Technique d'Optique Ophtalmologique.
- 22 — Rio, Emilio Gil del — Óptica Fisiológica Clínica.
- 23 — Stimson — Ophthalmic Dispensing.
- 24 — Swaine, W. — The Varilux lens: A unique aid for presbyopia — Sept. 28, 1962.
- 25 — Univis Lens fuid.
- 26 — Volk, David and Weinberg, Joseph W. — The Omnifocal lens for presbiopia — Arch. Ophthal., dezembro de 1962.
- 27 — Wild, B. W. — Progressive addition lenses opt Weekley, 57:28, 1966.

DETERMINAÇÃO DO VOLUME ORBITÁRIO

SUEL ABUJAMRA *

Segundo ALEXANDER e col. (1961) nas fraturas envolvendo a cavidade orbitária, freqüentemente pode ocorrer uma alteração permanente do volume orbitário que pode resultar enoftalmo e diplopia. Como esses sintomas podem ser corrigidos por meio de restauração do volume perdido os autores procuraram verificar a possibilidade de construir um método clínico radiográfico, que permitisse a determinação do volume orbitário no ser humano vivo.

Em seu excelente trabalho, os autores procuraram verificar se havia correlação entre o volume real determinado com areia em órbitas de 65 crânios macerados, com o volume calculado por meio de radiografias desses crânios, usando a fórmula para calcular o volume do cone de base elíptica, e duas fórmulas empíricas em que usaram a área de uma elipse multiplicada por um valor estimado e arbitrário para a profundidade da órbita.

Os resultados encontrados foram: os cálculos dos volumes orbitários radiográficos determinados com as três fórmulas, não apresentaram correlação alguma, absoluta ou relativa com o volume orbitário real determinado pela areia.

Esses resultados nos causou estranheza, pois pela lógica, achávamos que as dimensões radiográficas das órbitas deveriam ser representativas de seus volumes. Assim motivados, repetimos a pesquisa de maneira semelhante, porém não idêntica à dos autores citados.

MÉTODO

O nosso estudo consta do exame de 65 crânios macerados, catalogados quanto ao sexo, idade, cor, data do óbito e características anatômicas, pertencentes ao Museu de Osteologia do Departamento de Anatomia do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo (Direção do Professor Doutor Odorico Machado de Sousa).

* Médico-Assistente-Doutor do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Direção do Professor Doutor Paulo Braga de Magalhães). Primeira parte da Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Recebido para publicação em 19-1-73.

Os crânios selecionados foram aqueles que apresentaram estado de conservação ideal, sem alterações anatômicas grosseiras e com idade variável entre 17 e 78 anos, compreendendo crânios das raças amarela, branca e preta (ou pardos), objetivando-se assim uma amostra mais heterogênea. Na tabela I, indicamos os sexos e raças correspondentes aos crânios de que nos servimos para nossas determinações:

TABELA I

Raça / Sexo	Masculino	Feminino	Total
Amarelos	13	7	20
Branços	11	11	22
Pretos (ou pardos)	12	11	23
TOTAL	36	29	65

A — Determinação do volume orbitário

Para determinar o volume de cada órbita, obstruímos com fita adesiva a fissura orbital superior, a fissura orbital inferior, o canal óptico, a fossa do saco lacrimal e às vezes alguns pequenos pertuitos acidentais das paredes orbitárias. Procuramos um acolamento da fita o mais íntimo possível, a fim de evitar interferências nas medições do volume. Como a perfeita vedação do ápice em alguns crânios, não podia ser conseguida sem o risco da fita adesiva não se acolar perfeitamente às suas irregularidades e interferir no volume, obstruí-mo-lo satisfatoriamente por meio de uma esfera de chumbo de 9 mm de diâmetro aproximadamente (figura 1).

Em seguida, o crânio era apoiado por seu occipute e mantido em uma posição inclinada para o lado contrário da órbita a ser medida, visando manter-se o ádito orbital próximo ao plano horizontal. Cada órbita era preenchida com esferas de chumbo de caça número 12 (cada cm^3 contém aproximadamente 300 esferas) até o nível do ádito da órbita. Eram executadas cinco batidas suaves do crânio contra a mesa a fim de conseguirmos um adensamento satisfatório das esferas de chumbo (Tape Density Test). Por meio de uma régua procedíamos a um nivelamento das esferas na altura do ádito orbitário de tal modo que sua superfície acompanhava a curvatura das bordas do ádito. Na parede medial onde os limites da órbita são pouco marcados e duvidosos, o nível do chumbo obedecia a uma linha que unia a crista lacrimal anterior à borda supra-orbital (figura 2).

Em seguida, as esferas de chumbo eram coletadas em um tubo de ensaio graduado até 50 ml. Novamente executávamos cinco batidas suaves do cálice contra a mesa para o mesmo adensamento anterior e líamos o volume marcado. Para cada

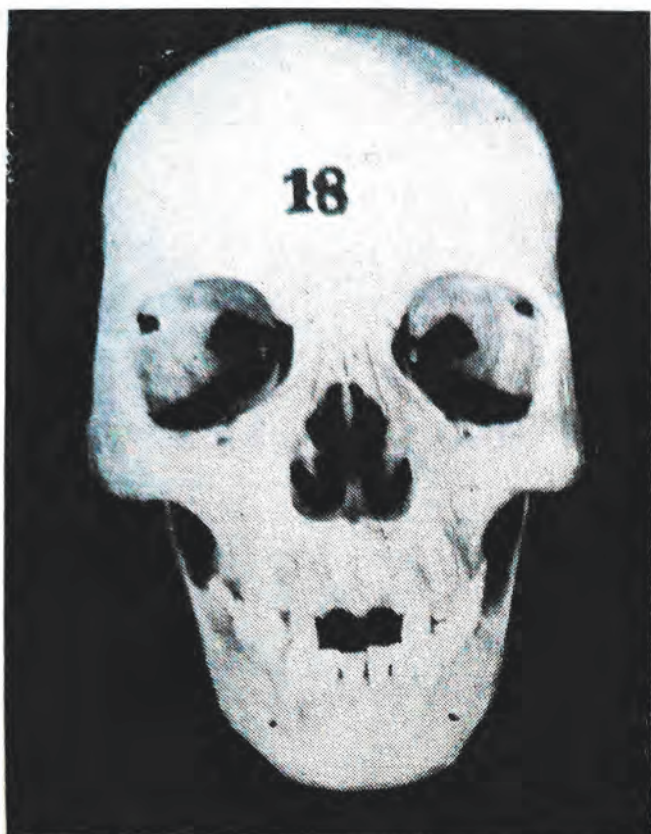


Figura 1 — Obstrução com fita adesiva dos pertuitos da órbita e do canal óptico por uma esfera de chumbo.



Figura 2 — Preenchimento da órbita E. com esferas de chumbo.

órbita executamos três medições, a fim de se obter uma melhor estimativa do valor real. Para avaliarmos a precisão da técnica de medição do volume, realizamos dez medições de uma mesma órbita e encontramos uma amplitude de variação de 100 ml com coeficiente de variação de 0,13%.

B — Determinação da correlação entre os volumes orbitários e as dimensões dos contornos orbitários radiográficos.

Determinados os volumes de cada órbita dos 65 crânios estudados, foram os mesmos radiografados em posição anteroposterior de CALDWELL (ângulo de cerca de 30° entre a linha orbitomeatal e o eixo de incidência vertical dos Raios X). Para correção da ampliação radiográfica, foi colocada na região frontal acima da glabella, uma régua escanográfica de 40 mm.

As radiografias obtidas eram colocadas sobre um negatoscópio e desenhados com lápis os contornos das órbitas. Nas paredes orbitárias medial e lateral, nem sempre se observava uma linha contínua ou regular. Nestes casos, procedíamos a execução de uma linha imaginária, compatível com a curva das duas extremidades do contorno orbitário radiográfico.

A maior dificuldade deste traçado ocorria principalmente ao nível do ângulo súpero-medial da órbita, onde as células frontais às vezes mascaravam o contorno orbitário. Em outros crânios, a dificuldade se apresentava na parede medial, devido à um mascaramento determinado pelas células etmoidais ou pelo perfil radiográfico bastante variável da porção posterior da parede medial da órbita.

Obtido o contorno das paredes orbitárias nas radiografias, traçávamos duas retas: uma vertical e mediana à órbita, paralela ao plano sagital mediano e outra horizontal e mediana à órbita, perpendicular ao plano sagital mediano. Consideramos como ponto central da órbita a intersecção das duas retas.

Em seguida a radiografia era colocada sobre o negatoscópio em cuja tela estavam desenhados seis diâmetros que se entrecruzavam, formando entre si ângulos de 30°. Procurávamos a superposição do ponto central da órbita com o centro de intersecção dos diâmetros. Eram marcados nas linhas dos contornos os cruzamentos com os diâmetros e estes eram numerados 0, 1, 2, 3, 4 e 5 conforme o sentido horário na órbita D. e em sentido anti-horário na órbita E., procurando-se o paralelismo do diâmetro da zero hora com o plano sagital mediano (figura 3).

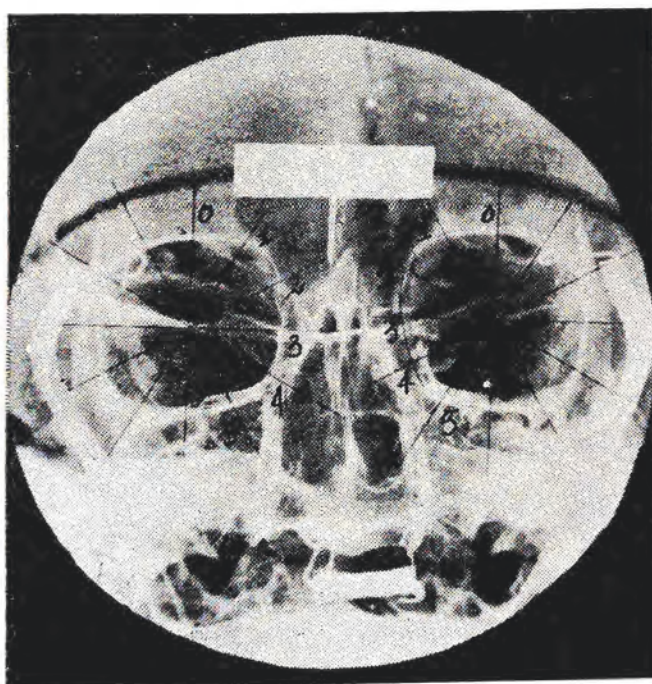


Figura 3 — Radiografia sobre o negatoscópio, onde estão desenhados os diâmetros.

Procedíamos as medições dos diâmetros com régua graduada em milímetros. Obtidos os valores, eram calculadas as médias dos seis diâmetros de cada órbita e corrigidas as suas ampliações radiográficas por meio da medição da régua escanográfica. Os cálculos foram realizados por meio de técnica eletromecânica, usando-se o Mini-computador Olivetti/101.

Para determinarmos se havia correlação entre os volumes orbitários determinados pelas esferas de chumbo e os diâmetros médios orbitários radiográficos (D.M.O.),

utilizamos o método estatístico do coeficiente de correlação de PEARSON (r) que é determinado pela seguinte fórmula:

$$r = \frac{\sum x_i y_i - n \cdot \bar{x} \bar{y}}{n \cdot S_x \cdot S_y}$$

Para medir a significância estatística desta correlação, testamos a hipótese de nulidade segundo o teste (t) de STUDENT que é determinado pela seguinte fórmula:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

RESULTADOS

Os volumes das órbitas estudadas variaram de 22,83 ml a 34,83 ml com uma amplitude de variação de 12 ml e a média dos volumes foi 27,47 ml $\pm$ 2,72 ml. A figura 4 mostra o gráfico de distribuição dos volumes.

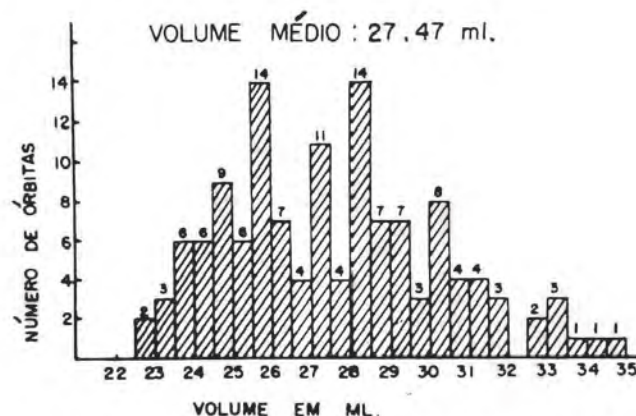


Figura 4 — Gráfico de distribuição dos volumes de 130 órbitas de 65 crânios macerados.

Os diâmetros médios dos contornos orbitários radiográficos variaram de 35,19 mm a 41,42 mm com uma amplitude de variação de 6,23 mm e a média dos diâmetros foi 37,88 mm $\pm$ 1,41 mm.

Os valores da correlação entre os volumes orbitários e os diâmetros médios orbitários radiográficos foi $r = 0,7932$ que demonstra acentuada correlação ($r > 0,50$), segundo a tabela de RUGG (ap. SOUNIS).

O valor obtido para medir a significância estatística da correlação foi $t = 14,73$ com P (probabilidade de erro da hipótese) menor que 0,001.

A figura 5 mostra o gráfico da distribuição da correlação entre os D.M.O. e os respectivos volumes das órbitas.

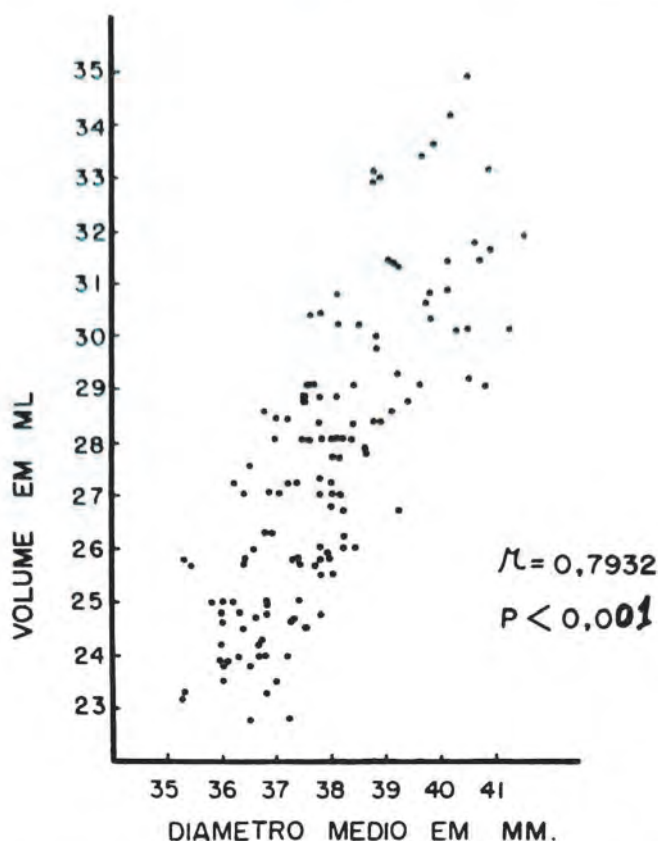


Figura 5 — Gráfico da distribuição da correlação entre os D.M.O. radiográficos e volumes orbitários em 130 órbitas de 65 crânios macerados.

COMENTÁRIOS

As cifras dos volumes das órbitas de diversos autores são muito variáveis: GAYAT (29 ml), BROCA (29,74 ml), ADACHI (19 a 31,5 ml), WHITNALL (29,5 ml), PAN (29,3 ml), SCHULTZ (16,5 a 31 ml), WOLFF (30 ml) e ALEXANDER & col. (28,2 ml). O valor médio por nós encontrado foi de 27,47 ml com desvio padrão de 2,72 ml.

Provavelmente, essa variabilidade de cifras decorre das raças e sexos dos crânios pesquisados, das técnicas, do material usado para as medições e das diferenças de características das casuísticas.

Nas tentativas preliminares de nosso estudo, para determinar o volume da órbita usamos areia, porém logo a abandonamos devido à grande variabilidade do volume com ela determinado. Isso ocorria devido as suas características físicas causaram grandes mudanças de volume no adensamento. Outros elementos foram considerados, porém optamos pelas esferas de chumbo, que a nosso ver, satisfaziam a nossa pesquisa pelo fácil manejo, adensamento pequeno e sem o perigo de comprometer a integridade dos crânios pesquisados.

Quanto à técnica de vedação dos pertuitos, consideramos o uso de fita adesiva e a colocação de esfera de chumbo de 9 mm de diâmetro no ápice as mais satisfatórias. A delgadez da fita e seu contato quase íntimo com as partes ósseas permiti-

ram uma medição do volume muito próximo do real, dando margem a um erro que podemos considerar desprezível. Além do mais, como a técnica foi reproduzida fielmente em todos os crânios, podemos considerar o erro da técnica como erro acidental, que de certa forma se anula para um grande número de medidas.

A forma irregular em espiral e a variabilidade do ádito orbitário, constituem obstáculos para a determinação exata do volume. Acreditamos que a execução de três medições feitas para cada órbita contornou satisfatoriamente o problema.

Apesar do rigor de técnica que empregamos, encontramos uma estimativa de amplitude de variação de 1,0 ml do volume encontrado, sendo esta amplitude de variação também encontrada por ALEXANDER & col. que usaram areia em sua pesquisa.

SARNAT com técnica mais sofisticada de moldagem e teoricamente mais exata, encontrou a possibilidade de amplitude de variação de 0,8 ml. Comparando, todavia, a variação de nossa técnica com a grandeza do volume das órbitas examinadas (22,83 ml a 34,83 ml) e a variação da técnica de SARNAT para a órbita de coelhos (0,7 ml a 7,5 ml), nossa técnica apresentou proporcionalmente menor variação.

A eventualidade de possíveis inclinações do crânio interferirem nas medidas das radiografias e na pesquisa é desprezível, pois, nas inclinações de 5.º e 10.º diferentes da posição proposta as variações milimétricas foram de 0,1 mm e 0,2 mm respectivamente frente à uma grandeza de 37,88 mm de D.M.O. global, portanto desprezível. Devemos ressaltar que a reprodutibilidade das posições dos crânios para as 65 radiografias foi bastante satisfatória e cremos não ter ocorrido uma inclinação acidental de 10º fora da posição proposta.

A questão inicial de nosso trabalho era saber se as dimensões dos contornos orbitários, aparentes nas radiografias eram representativas dos volumes e se através deles poderíamos avaliar os volumes das órbitas. Como vimos, ALEXANDER & col., ao que parece os únicos que tentaram determinar o volume da órbita através de radiografias, não encontraram correlação alguma, empregando fórmulas do volume do cone de base elíptica e o volume real e não fizeram referências à correção da ampliação radiográfica. Em nossa pesquisa, todavia, ficou demonstrada a acentuada significância de correlação entre o D.M.O. radiográfico e volume em radiografias corrigidas com régua escanográfica. A correlação era obviamente esperada e ficou evidente que o volume da órbita depende de seu ádito.

Entretanto, no estudo dos crânios macerados pudemos observar que nem sempre a órbita de um crânio que apresentava maior volume era a que apresentava maiores dimensões radiográficas. Nesses casos, as diferenças percentuais eram pequenas e provavelmente explicáveis pelos limites de precisão das técnicas de medições ou pelas características anatômicas de cada órbita.

Uma vez que constatamos a significativa correlação, será possível construir-se um gráfico que permita avaliar com limites de tolerância, o volume orbitário, usando o D.M.O. conforme a técnica já descrita. Para eventual pesquisa futura, a amostra de crânios a serem examinados deverá ser selecionada segundo técnica que garanta a sua representabilidade da população para a qual se quer fazer as estimativas.

O gráfico servirá como um método clínico de determinação aproximada do volume orbitário em seres vivos, através de radiografias. Provavelmente poderá ser de utilidade em estudos que envolvam a cavidade orbitária, nas plásticas da mesma, para futuras pesquisas e para determinação de volumes do conteúdo orbitário a serem restaurados para correção de enftalmos.

SUMARIO

O Autor repetiu o trabalho de Alexander e col. (1961) com o intuito de construir um método clínico radiográfico que permita a avaliação do volume orbitário em seres humanos vivos a partir de radiografias anteroposteriores do crânio.

Verificou que existe acentuada correlação ($r = 0,7932$) entre as dimensões dos contornos orbitários radiográficos (desde que corrigida a ampliação radiográfica) e os volumes reais das órbitas determinados com esferas de chumbo. Verificou ser possível a construção do método clínico radiográfico de determinação do volume orbitário em seres humanos vivos.

SUMMARY

Determination of the Orbital Volume

The Author repeated Alexander's et col. work (1961) with a purpose of composing a clinical radiographic method which permit, from anteroposterior X Rays of the skull, evaluation of the orbital volume on living human beings.

He also verified that there is pronounced correlation ($r = 0,7932$) between the dimension of the radiographic orbital contours (since the radiographic amplification has been corrected) and the real orbit volume determined with lead pellets.

The Author verified that the construction of a clinical radiographic method for the determination of the orbital volume on living human being is possible.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — ADACHI, B. apud SCHULTZ, A. H.
- 2 — ALEXANDER, J. C., ANDERSON, J. E.; HILL, J. C. & WORTZMAN, G. — The determination of orbital volume. Trans. Canad. Ophth. Soc., 24:105-11, 1961.
- 3 — BROCA, B. apud ALEXANDER, J. C. et al.2
- 4 — GAYAT, T. apud ALEXANDER, J. C. et al.2
- 5 — PAN, T. H. — Measurement of the chinese orbit. J. Anat. (Lond.), 67:596-98, 1933.
- 6 — SARNAT, B. G. — The imprint method to determine orbital volume in the rabbit. Ophthalmologica (Basel), 160:142-51, 1970.
- 7 — SCHULTZ, A. H. — The size of the orbit and of the eye in primates. Amer. J. Phys. Anthropol., 26:389-408, 1940.
- 8 — SOUNIS, E. — Bioestatística. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1971 — p. 114.
- 9 — WHITNALL, S. E. apud ALEXANDER, et al.2
- 10 — WOLFF, E. — Anatomy of the eye and orbit. 5th edition. Philadelphia, W. B. Saunders, 1961 — p. 19.

EPINEFRINA EM OFTALMOLOGIA — FARMACOLOGIA *

RENATO ACOSTA SBRISSA

I. Considerações gerais.

A adrenalina desempenha papel de neuro-hormônio do sistema simpático, iniciando o impulso nas células efetoras de vísceras inervadas pelos nervos adrenérgicos (fig. 1).

Além da adrenalina existem substâncias com estrutura semelhante que imitam sua ação sobre as células efetoras do sistema simpático. A estas substâncias se deu o nome genérico de aminas simpaticomiméticas (ex. efedrina, neo-sinefrina, etc.).

A epinefrina se apresenta sob a forma de pó branco ou ligeiramente acastanhado, inodoro, microcristalino. Exposta à luz, escurece.

É pouco solúvel em água, porém se dissolve prontamente em água acidificada com ácido clorídrico. O ácido se combina à base de adrenalina e forma o cloridrato solúvel. A farmacopéia americana somente reconhece a forma levógira, que é o hormônio natural.

A estrutura química é mostrada na fig. 2.

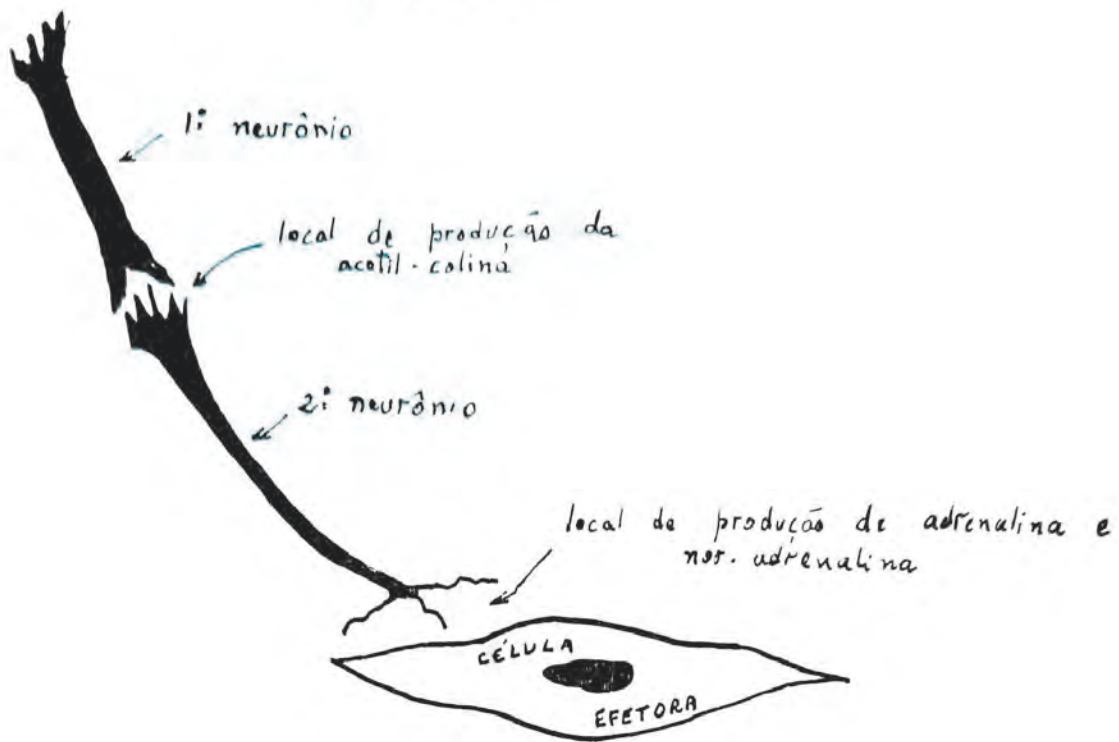
A preparação de adrenalina geralmente é preservada contra a contaminação bacteriana pela adição de clorobutanol a 0,5%.

As soluções de adrenalina, quando expostas ao ar, sofrem progressiva oxidação. Adquirem uma coloração rósea que passa ao vermelho e depois ao castanho. São adicionadas pequenas quantidades de bissulfito de sódio a 0.1% para proteger contra a oxidação devida a influências atmosféricas.

A oxidação da epinefrina por agentes oxidantes ou pelas catecoloxidases se dá conforme as fórmulas químicas da fig .3.

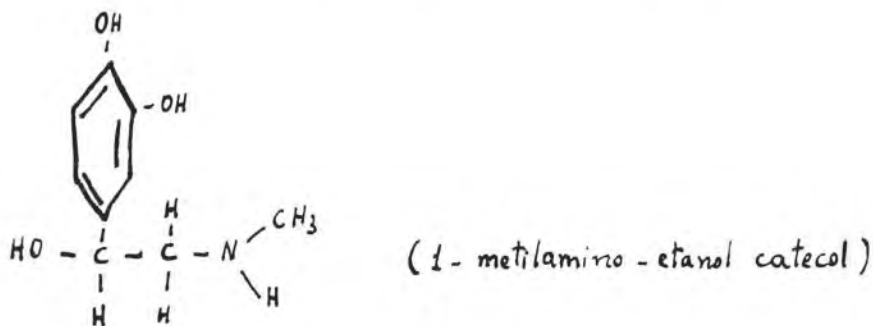
* Do Centro de Estudos e Pesquisas Oftalmológicas da Clínica Sorocaba — GB.

- SIMPÁTICO -



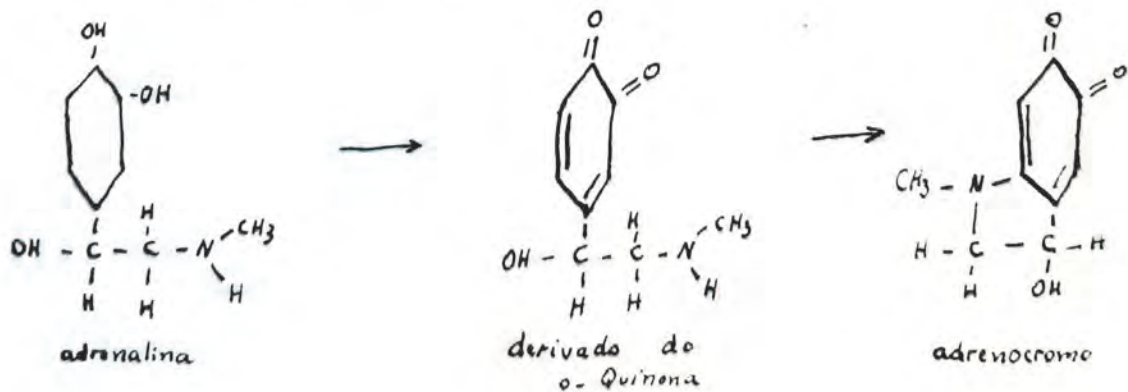
- FIG. 1 -

- ESTRUTURA QUÍMICA DA ADRENALINA -



- FIG. 2 -

- OXIDAÇÃO DA ADRENALINA -



- FIG. 3 -

Os neurotransmissores químicos adrenérgicos são derivados das catecolaminas. As três catecolaminas ativas simpaticomiméticas — dopamina, norepinefrina e epinefrina — são derivadas da tirosina.

Então: tirosina — dopamina — norepinefrina — epinefrina.

II. Efeitos da epinefrina na pressão arterial.

Numa injeção endovenosa causa aumento imediato da pressão tanto sistólica como diastólica, devido à ação nas células efetoras das arteríolas inervadas pelas fibras adrenérgicas. Os batimentos cardíacos tornam-se lentos e intensos. As células efetoras simpáticas do nervo acelerador do coração são estimuladas, mas o vago também é estimulado através do sistema presso-receptor aorto-carotídeo, causando a bradicardia. A constrição arteriolar se dá na área esplancnica, arteríolas renais e mucosas.

Pacientes com alterações vasoespásticas podem apresentar surto agudo após uma injeção de adrenalina. Mesmo com a dilatação coronária que a adrenalina causa, isto é insuficiente para a oxigenação miocárdica pelo trabalho adicional que ao coração é imposto pela ação do medicamento.

III. Efeitos sobre o coração.

A epinefrina estimula as células efetoras do nervo acelerador cardíaco, porém predomina a ação do vago, conforme foi visto. A ação direta da adrenalina no miocárdio pode ser nociva, causando dilatação cardíaca e fibrilação ventricular.

IV. Efeitos sobre os vasos sanguíneos.

Produz vasoconstrição imediata. Este efeito é aproveitado para delimitar a ação dos anestésicos locais, como veremos adiante no emprêgo oftalmológico.

V. Ação no aparelho respiratório.

Provoca efeito passageiro que dura o mesmo tempo que o efeito na pressão arterial. A frequência e a amplitude respiratória aumentam, podendo-se verificar com intermitência apnéia ou respiração lenta e superficial. Na musculatura brônquica causa relaxação.

VI. Efeitos no aparelho digestivo.

Tem uma ação constipante, retardando o movimento do bolo alimentar. Relaxa a vesícula biliar e contrai os canais biliares.

VII. Ação no aparelho urinário.

Provoca vasoconstrição vesical, contraindo o trigono e o esfíncter interno. Relaxa a parede vesical. Há um aumento na produção de urina, pela maior pressão nos glomérulos.

VIII. Toxicidade da epinefrina.

Os sintomas da intoxicação são: taquicardia, palpitação, dispnéia, cefaléia acen- tuada, palidez e dilatação pupilar, hipertensão e colapso rápido.

A morte é causada por dilatação aguda do coração, fibrilação ventricular e edema pulmonar. Em idosos e hipertensos a morte pode ocorrer por acidente vascular. A administração da droga deve ser feita com muito cuidado em hipertensos, hipertiróides, em doenças arteriais coronárias, arteriosclerose cerebral avançada. Na anestesia geral induzida com Halotano e Ciclopropano o miocárdio é mais susceptível à ação da epinefrina, podendo causar fibrilação ventricular. Por isso perfeito entendimento deve existir entre o cirurgião e o anestesista neste sentido. Os efeitos acima são válidos também para o uso tópico da adrenalina.

Se a reação tóxica à adrenalina aparece, esforços devem ser feitos para reduzir a hipertensão. Isto é feito pela administração de oxigênio para aliviar os sintomas respiratórios, pelo uso de pequenas quantidades de barbitúricos para aliviar a apreensão e também diminuir a pressão sanguínea, e pelo uso de bloqueadores adrenérgicos como a fentolamina (Regitina) em doses incrementadas de 5 mg intravenosa. Clorpromazina (Ampectil) pode ser dada em doses de 5 a 10 mg.

IX. Uso oftalmológico.

Em oftalmologia a epinefrina é de utilidade pelos seus efeitos vasoconstritores e hipotensores oculares.

a) Vasoconstrição — o efeito vasoconstritor é útil para controlar sangramento de pequenas arteríolas e capilares, sendo inefetiva em sangramento oriundo de vasos mais grossos. Em cirurgia ocular o sangue vindo desses pequenos vasos causa embaços e mesmo obscurece detalhes. Pode ser usada em concentração de 1:1000 para aplicação em superfície (conjuntiva) e a 1:50.000 em combinação com anestésicos locais, para evitar a velocidade de absorção do anestésico, prolongando o tempo anestésico e reduzindo os efeitos tóxicos dos anestésicos, permitindo tempo para destoxicação do anestésico assim absorvido com lentidão, e mesmo reduzindo a quantidade de anestésico para o ato cirúrgico.

Nos medicamentos aplicados por via subconjuntival, a adrenalina aumenta a absorção ocular dos mesmos, evitando que estes sejam absorvidos rapidamente pela circulação.

Pode-se verificar constrição imediata dos vasos conjuntivais e não dos episclerais em aplicação superficial, efeito que acontece nas conjuntivites no primeiro caso e nas uveítes, no segundo caso.

Um efeito da epinefrina como vasoconstritor é útil na observação das veias aquosas, ao reduzir o componente sanguíneo, permitindo ver o fluxo laminar aquoso.

b) Efeito antialérgico — a epinefrina pode ser usada em casos de edema angioneurótico palpebral, em conjunção ou não aos corticóides. Neste caso usa-se injeção subcutânea de 0.5 cc da solução a 1:1000.

c) No tratamento do glaucoma — os pesquisadores ao usarem epinefrina para teste de provocação em glaucoma de ângulo aberto, notaram que a mesma reduzia a pressão intraocular ao invés de aumentá-la.

Antes de usar a epinefrina na terapêutica do glaucoma é mandatário o exame gonioscópico, pois em olhos com ângulo da câmara anterior estreito pode precipitar uma crise aguda hipertensiva pela dilatação pupilar.

É indicada preferentemente nos glaucomas crônicos simples.

Também pode ser utilizada em glaucomas de ângulo aberto como glaucoma de hipersecreção, secundário a trombose da veia central da retina, traumático e inflamatório, iridociclite heterocrômica, crises glaucomatociclíticas, glaucoma facolítico.

A epinefrina reduz a pressão intraocular diminuindo a velocidade de formação do humor aquoso.

No tratamento do glaucoma os mióticos usados simultaneamente com epinefrina e inibidores da anidrase carbônica tem um efeito aditivo.

Em forma de colírio, a epinefrina é usada em solução a 2% na forma levógira, em dose variável de 1 gota, uma ou duas vezes ao dia.

Um outro mecanismo é advogado para o efeito hipotensor ocular da epinefrina, ou seja, a melhora do coeficiente de escoamento do humor aquoso em olhos glaucomatosos. Este efeito em geral aparece após o uso prolongado da epinefrina, parecendo resultar de sua ação na inervação da malha trabecular.

Em glaucomatosos com opacificações lenticulares tem sua visão diminuída pelo uso de um miótico. Aqui, uma ótima oportunidade para o uso da epinefrina tópica.

Efeitos colaterais do uso tópico da epinefrina — os efeitos sistêmicos já foram abordados.

Quanto aos efeitos locais podemos citar: sensação de ardência e queimação, imediata à aplicação; cefaléia; dor ocular; hiperemia conjuntival; alergia local.

O prolongado uso da epinefrina tópica pode levar à pigmentação conjuntival, devido à oxidação e seu acúmulo em microcistos conjuntivais. Esta pigmentação é irreversível e envolve principalmente a conjuntiva tarsal superior. Também foi notado por alguns autores epífora pelo uso prolongado da epinefrina, devido ao acúmulo dos produtos de oxidação da mesma nas vias lacrimais excretoras e que cedia pela irrigação lacrimal.

Em afácicos sob o uso tópico de epinefrina para tratamento do glaucoma pode causar uma maculopatia, que ocorre em geral após semanas ou meses de uso da droga. A mácula torna-se edematosa, podendo-se observar também hemorragias ou formações císticas.

A maculopatia no afácico deve ser sempre suspeitada quando o paciente queixar-se de distúrbios visuais, pois se não for reconhecida, a acuidade visual sofre dano

permanente. A maculopatia regride dentro de 1 a 6 meses após a retirada da droga ou, se a epinefrina for indispensável para o controle hipertensivo, podemos diminuir a concentração de 2% para 1%, ou diminuir a frequência das instilações.

SUMÁRIO

O autor tece algumas considerações sobre a farmacologia da epinefrina no tocante a natureza, química, efeitos gerais no organismo, destacando particularmente seu emprego em oftalmologia, bem como seus efeitos colaterais e contra-indicações.

SUMMARY

Epinephrine in Ophthalmology

The author makes some concern about the use of epinephrine in Ophthalmology, its indications and possible side effects.

REFERÊNCIAS

- 1) Highliths of Ophthalmology, 1967, vol. IX, 25.
- 2) Leydhecker, W.: El glaucoma en la practica, 2ª ed., 1971, Ed. Toray S. A. Barcelona: 12, 16, 65, 71, 93.
- 3) Litter, M.: Farmacologia, 2.ª ed., 1963, El Ateneo — Buenos Aires — 331, 352, 355, 356, 360, 361, 364, 369, 384, 387-391.
- 4) Gonçalves, P.: Glaucoma, 1966, Fundo Editorial Prociencx — SP, págs. 116, 347.
- 5) Becker, B. y Shaffer, B.: Diagnostico y tratamiento del glaucoma, 1965, Ed. Toray S.A. — Barcelona, págs. 102-103, 175, 180, 181, 235, 261.
- 6) Vaughan, D., Cook, R., Asbury, T.: Oftalmologia General, 1967, El Manual Moderno — México — pág. 312.
- 7) Dantas, A. M., Curi, R. N., Innocente, E. L.: Sistema nervoso autônomo em oftalmologia, Revista Brasileira de Oftalmologia, 31:55-79, 1972.
- 8) Miler, O.: Terapêutica, 7.ª ed., 1966, Livr. Atheneu S.A., RIO, pg. 26.
- 9) Leopold, I. H.: Ocular Therapy, 1966, C. V. Mosby, 15, 96, 103-104.
- 10) Van Dyke, H. B.: Autonomic nervous system and action of drugs important in Ophthalmology, Arch. Ophthal. 38:145, 1947.
- 11) Becker, Bernard: Additive effect of epinephrine and acetazolamide in control of intra-ocular pressure, Amer. J. Ophthal., 45:369, 1958.
- 12) Becker, B., Pettitt, T. H., and Gay, A. J.: Topical epinephrine therapy open-angle glaucoma, Arch. Ophthal. 66:219, 1961.
- 13) Krill, Alex E., and Newell, Frank W., and Novak, Miriam: Early and long-term effects of levo-epinephrine, Amer. J. Ophthal. 59:833, 1965.
- 14) Kolker, Allan E., and Becker, Bernard: Epinephrine maculopathy, Arch. Ophthalm. 79:552, 1968.
- 15) Gazala, Joseph R., and Guerrey, Du Pont III: On the definition of the aqueous veins, Amer. J. Ophthal. 66:532, 1968.
- 16) Spaeth, George Link: Nasolacrimal duct obstruction caused by topical epinephrine. Arch. Ophthal. 77: 355, 1967.

GRANULOMA EOSINÓFILO DA ÓRBITA *

A. A. DE ALMEIDA**
TOSHIHIKO HIGUCHI***

A proptose unilateral, sinal de afecção orbitária é um desafio à argúcia do oftalmologista. Se há meios propedêuticos capazes de levar à suspeita de afecção tumoral, raras vezes tem ele a oportunidade de estabelecer diagnóstico prévio. Somente o exame citológico, após biópsia por aspiração, é que pode trazer alguma contribuição. Digo alguma porque, muitas vezes, não é possível o exame por falta de colheita de material à aspiração; há que recorrer-se, então, à biópsia cirúrgica, que extensa e abundante leva, muitas vezes, à exérese total.

OBSERVAÇÃO:

APRESENTAÇÃO DO CASO:

Ficha 002125, de 15-4-71, D.T.D., 3 anos, masc., menor, procedente e natural de Campinas, bco.

Q. D. — Há 2 meses amanheceu com o OE inchado, vermelho e saliente, uma semana após traumatismo (dedo no olho); além de saliente, o globo era desviado para fora e para baixo.

Exame — OE globo desviado para baixo e para fora, palpando-se formação profunda de consistência cística, dolorosa, fixa ao ângulo súpero interno da órbita e de diâmetro de cerca de 3 cm. Não havia linfonodopatia. Os RX mostram lise óssea na região orbitária E. Diagnóstico provável de tumor orbitário de natureza semelhante a "Hand Schüller Christian". Foi proposta biópsia orbitária. (Figs. 1 e 1a).

* Trabalho da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

** Professor Titular e Oftalmologista do Inst. Penido Burnier.

*** Ex-R2 da Clínica Oftalmológica da F. C. Médicas.

Recebido para publicação em 27-XI-72

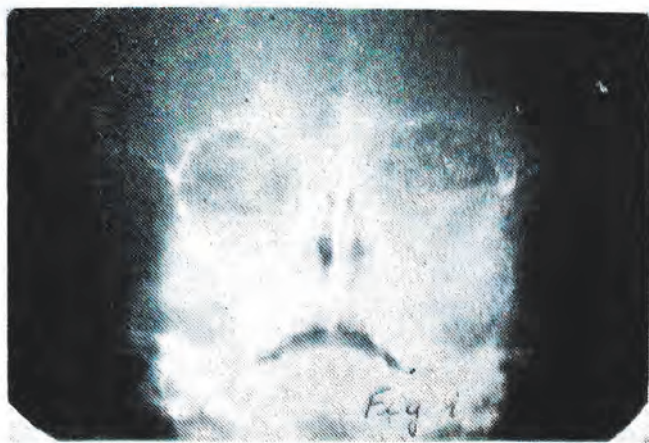


FIG. 1 — 16-4-71 — Leve erosão da reborda orbitária E. superior com reação condensante do periósteo.

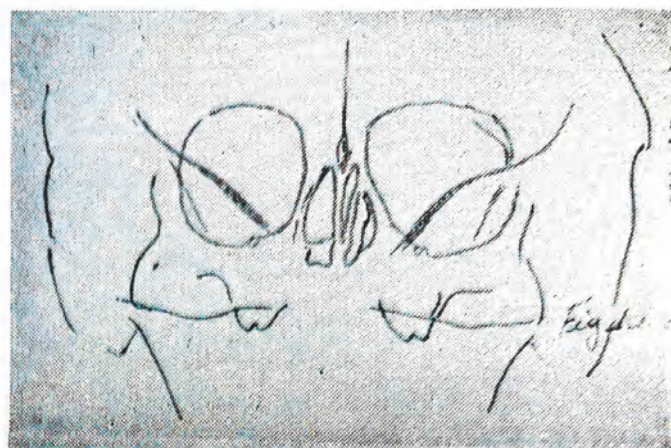


FIG. 1a — Decalque.

24-4-71 — DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO: incisão na região superciliar, descolamento do periosteio junto à reborda, penetração na órbita e encontro de substância semelhante a espermacete situada ao nível do teto e da parede interna da órbita. É verificada destruição da parede superior da órbita, com exposição das meninges. Curetagem e colheita do material disponível. Foi praticada prévia tarsorrafia. O material retirado possibilita a hipótese de tratar-se de granuloma eosinófilo do osso frontal.

Prescrito o uso de prednisona e de antibióticos no pós operatório imediato.

29-4-71 — O exame anátomo-patológico do material retirado revela eosinófilos em profusão semeados em tecido necrosado, com histiócitos e células com vários núcleos — placas plasmoidais.

Diagnóstico: granuloma eosinófilo do osso. (Fig. 2).

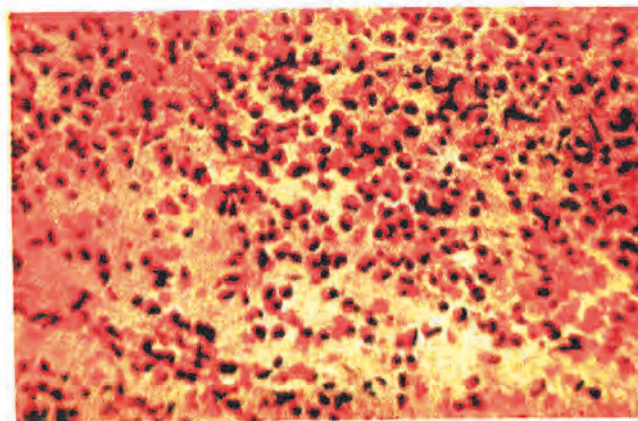


FIG. 2 — 29-4-71 — Eosinófilos em profusão semeados em tecido necrosado.

EVOLUÇÃO:

Pela ferida operatória drenou durante algum tempo, certa quantidade de pús. Dreno e curativo diários com cloranfenicol e uso de doxociclina levam à cicatrização com ligeira retração cutânea. Radiografias sucessivas comprovaram a extensão do processo osteolítico. (Figs. 3 e 3a).



FIG. 3 — 30-6-71 — A erosão da reborda superior da órbita progrediu e se estendeu para o frontal e lateralmente atingiu o temporal, com imagem de osteólise.

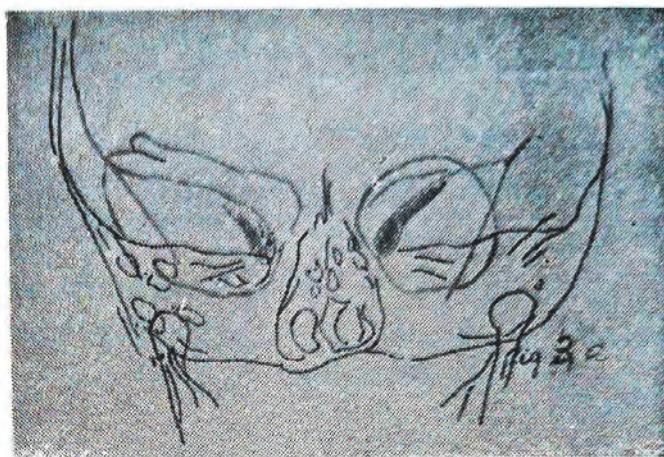


FIG. 3a — Decalque.

Em agosto de 1971, como a lise óssea progredisse, fazendo prever destruição de todo o teto da órbita, do frontal e do temporal, foi instituído tratamento com citostático. (Oncovim e posteriormente Vimblastina).

Em dezembro de 1971, não apresentando melhoras, foi instituído o tratamento radioterápico da região e suspenso o uso de citostáticos.

Rapidamente, o quadro evoluiu. Iniciou-se o processo de regeneração óssea (Fig. 4).



FIG. 4 — 17-9-72 — Regeneração óssea pronunciada do frontal e do temporal, restando ainda erosão da reborda e do teto da órbita E.

A proptose regrediu, persistindo ligeiro desnivelamento dos olhos. O olho mais baixo que o olho direito e os ossos da órbita vão adquirindo melhor consistência, conquanto se note ainda grande destruição da arcada superciliar e de sua porção externa. (Fig. 4).

Os hemogramas periódicos não revelaram alteração na série vermelha, enquanto a série branca se foi normalizando.

HEMOGRAMA:

16 de abril de 1971:	Leucócitos 9.400/mm ³ Granulações tóxicas finas Hematócrito 33%.
17 de agosto de 1971:	Leucócitos 8.100 Hematócrito 33%.

DISCUSSÃO:

O granuloma eosinófilo está classificado entre as reticuloendotelioses ou histiocitoses juntamente com as doenças de Hand-Schüller Christian e de Letterer-Siwe.

São doenças não hereditárias, localizadas ou sistêmicas ou melhor dizendo **polifocais**.

A classificação abaixo foi feita por Lichsteinstein em 1953 sendo:

- a) Granuloma eosinófilo quando envolve só esqueleto. (é geralmente unifocal).
- b) Hand-Schüller-Christian: quando atinge esqueleto + Vísceras.
- c) Letterer-Siwe: esqueleto + Vísceras + pele + outros tecidos.

São afecções retículo-histiocísticas proliferantes, com ou sem aumento de lípidos **sendo** que quando os há, este aumento não é primário e freqüentemente aparece **granuloma** inflamatório, caracterizado por áreas císticas, grande número de histiócitos **com** propriedade fagocítica e acúmulo de eosinófilos. Os histiócitos têm núcleo flexionado e frouxo e nucléolo visível com citoplasma cromófilo e algumas células com 5 e 6 núcleos e que são denominadas "placas plasmoidais".

Afetam primordialmente os ossos da fronte; estas histiocitoses quando atingem outros locais e se generalizam têm curso bastante tormentoso. Os locais mais atingidos são, principalmente, coluna, clavícula, mastóide, íleo, pulmão, baço, etc. A etiologia destas histiocitoses é desconhecida, conquanto o trauma, mormente para o granuloma eosinófilo seja sempre invocado.

QUADRO CLÍNICO:

A rapidez do desenvolvimento varia, segundo a classificação de Lichsteinstein, isto é, quanto mais generalizada a afecção tanto mais rápida é a evolução da doença.

SINTOMATOLOGIA:

A dor é fenômeno bastante freqüente:

SINAIS:

Quando na órbita os tumores provocam proptose, direta se no funil e mais ou menos bizarra se em outros locais. Há que referir sintomas e sinais próprios quando o local é a mastóide (otites) e sintomatologia secundária como o diabetes insípido, linfonodopatias e problemas medulares.

Há preferência por faixa etária no acometimento pelas histiocitoses. Assim o Letterer-Siwe é diagnosticado na vizinhança do 1.º ano e o granuloma eosinófilo, em geral, acima de 3 anos de idade.

Outro achado bastante freqüente é fornecido pelos RX: erosão e destruição óssea semelhante às lesões ósseas verificadas nos tumores malignos (mielomas ou metástases).

O **hemograma** é normal ou apresenta leucopenia com eosinofilia.

Nos casos de acometimento orbitário o FO pode ser normal, dependendo da localização e da possibilidade de compressão do nervo óptico.

O **tratamento** é variado segundo cada autor, porém de um modo geral se aconselha o uso de:

- 1 — Prednisolona 1 mg/KG/dia.
- 2 — Butazolidina 10 mg/KG/dia.
- 3 — Antibióticos de largo espectro para combater infecção secundária.
- 4 — Citostáticos: variável.
- 5 — Radioterapia: variável.

Para aliviar o conteúdo orbitário a exérese prévia é de boa conduta. Ao lado da curetagem da substância friável a irrigação seguida de aspiração poderá extrair toda a formação tumoral. O **prognóstico** é variável, de acordo com a forma e porque se apresenta a histiocitose. Assim.

- 1 — O do granuloma eosinófilo é bom.
- 2 — O do Hand-Christian é de sobrevida média.
- 3 — No Letterer-Siwe o paciente morre antes do 1.º ano de vida.

RESUMO

Os autores apresentam observação de D.T.D., de 3 anos, portador de formação tumoral orbitária, atribuída a traumatismo.

A orbitotomia exploradora em 24-4-71 se encontra massa uniforme como espermacete na porção orbitária do osso frontal (teto da órbita) com destruição total do osso e exposição das meninges.

O exame anátomo-patológico mostra eosinófilos em profusão, histiócitos e células com vários núcleos — placas plasmoidais.

Seguido o paciente até Setembro/72, em uso de citostáticos (Oncovim e Vimblastina) se verifica extensão do processo destruidor à porção superior e anterior do frontal e à porção externa da órbita. Essa lise óssea só se deteve com aplicações radioterápicas.

Mostram os autores as radiografias sucessivas e as lâminas com o resultado do exame anátomo-patológico.

Discutem o diagnóstico diferencial entre as doenças de:

- a) Hand-Schüller-Christian
- b) Letterer-Siwe
- c) Granuloma eosinófilo.

SUMMARY

Eosinophilic Granuloma of Orbit

D.D.T., 3 years old child with a tumor of the left orbit due to traumatism is presented by the Authors.

A diagnostic orbitotomy was done on April 24 and there was a uniform mass with a "wax-pieces-like" near the frontal bone (dome of the orbit) with destruction of the entire bone and exposition of the meninges.

The anatomopathologic microscopic exam have shown profusion of eosinophils, histiocytes and cells with many nucleous and plasmoidal plaques.

The patient has been followed-up still September (17 months) and during this time he had cytostatics drugs (Oncovim and Vimblastina) and the neoplastic process destroyed the superior and anterior portions of frontal bone the lateral portion of the left orbit. This bone "lysis" was arrested only after radioterapeutic applications.

A good look of the radiologic pictures and the microscopic stains were discussed with the following diseases:

- a) Hand-Schüller-Christian
- b) Letterer-Siwe
- c) Eosinophilic granuloma.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alcântara, P. — Pediatría Básica. Ed. Sarvier — 2.º vol. pág. 1102, 1970.
- 2) Avery, M. E. The Course and Prognosis of reticuloendotheliosis American journal medicina 22:630, 1957.
- 3) Cooke, R. E. The biological basis of Pediatric Practice. Mc. Graw Hill company 473, 1968.
- 4) Green, W. T. Eosinophilic or solitary granuloma of bone. J. Bone & Joint Surg 24:499, 1942.
- 5) Harrison, TR. Medicina Interna, Editora Guanabara Koogan Tomo I pág. 746, 1968.
- 6) Nelson W. E. — Textbook of Pediatrics W. B. Saunders Company, 1479 — 1969.
- 7) Reese, A. B.: Tumors of eye Paul B. Hoeber inc pág. 531: 1953.
- 8) Valenti, P. F. Clínica Médica. Editorial Marín S. A. Tomo II pág. 534, 1970.

ESTUDO DA AÇÃO CLÍNICA DA DEXAMETASONA E CLORANFENICOL (COLÍRIO) E DA CORTISONA, TETRACICLINA E BISMUTO (POMADA) SOBRE AS BLEFARITES

ANTONIO BRESSAN FILHO (*)

O estudo das duas associações acima mencionadas demonstrou, nas explorações dermatológicas, uma ação clínica 100% comprovada em pacientes afetados por Blefarites de causas diversas, tendo efeitos de aspectos distintos: sua eficácia terapêutica no que diz respeito à sua ação antiinflamatória, antibacteriana e antialérgica.

Este estudo inicial foi levado a cabo em um grupo de pacientes afetados de distintos tipos de Blefarites, sem seleção prévia, escolhidos na visita de ambulatório nos Serviços de Oftalmologia da Santa Casa de Vitória — Espírito Santo e da Oftalmologia da Santa Casa de Cascadura — Guanabara.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O ensaio foi realizado em um grupo de 37 pacientes do Serviço de Oftalmologia da Santa Casa de Vitória e de um grupo de 52 pacientes do Serviço de Oftalmologia da Santa Casa de Cascadura. Ditos grupos estavam constituídos por pacientes de idades compreendidas entre 9 e 48 anos, com uma média de 86,4% de pacientes com idade de 9 a 29 anos.

As enfermidades tratadas nestes pacientes foram divididas em três grupos:

- 1.º Grupo — Blefarite escamosa
- 2.º Grupo — Blefarite ulcerosa
- 3.º Grupo — Blefarite angular

Estes pacientes foram tratados em regime ambulatorial e controlados cada 5, 7, 10 e 12 dias, segundo a tolerância e eficácia do tratamento.

(*) Residente do Serviço de Oftalmologia do Hospital N. Sra. das Dores. Chefe do Serviço: Dr. Raul dos Santos Lima.

Recebido para publicação em 30-1-73.

Antes de apresentar a dosificação, relatarei aqui os tipos de Blefarites com suas sintomatologias e etiologias.

BLEFARITE

Frequentemente ocorre em crianças e envolve a pálpebra superior e inferior e tem tendência a ficar crônica. A causa mais frequente é a seborréia. Pode agravar-se por uma infecção secundária, frequentemente por estafilococcus.

Geralmente está associada uma conjuntivite e ocasionalmente uma queratite ocorre.

A borda palpebral tem uma aparência avermelhada e irritada, com uma descação na base dos cílios. Úlceras podem aparecer nas margens palpebrais e o resultado é a perda dos cílios e pode levar também à trichiasis.

A cura neste estágio é bem difícil, mas nesta condição pode se manter sob controle se o tratamento é instituído antes de envolver mais sérias complicações oculares.

BLEFARITE ESCAMOSA

A pele da margem palpebral é coberta por uma pequena e branca camada de escamas (caspa). Quando estas são removidas, a pele apresenta-se hiperemiada mas não ulcerada.

A blefarite escamosa está quase sempre associada à dermatite seborréica.

BLEFARITE ULCEROSA

É caracterizada por uma pequena área ulcerosa ao longo da borda palpebral, múltiplas lesões supurativas e perda de cílios. Infecção estafilococcica da borda palpebral é a causa mais comum.

BLEFARITE ANGULAR

É uma inflamação dos ângulos palpebrais, comumente associada à conjuntivite angular. As causas mais frequentes são *Moraxella Lacunata* e *Stafilococcus Aureus*.

Os principais sintomas em todos os três tipos de Blefarite são: irritação, prurido e queimação (sensação) nas bordas palpebrais.

DOSIFICAÇÃO

Dexametasona e Cloranfenicol usados sob a forma de colírio e a Cortisona, Tetracaína e Bismuto sob a forma de pomada oftálmica.

A aplicação do medicamento e a duração do tratamento são esquematizados no quadro seguinte:

Tipo Blefarite	N.º casos	DOSE DIÁRIA		Duração tratamento
		Colírio	Pomada	
Escamosa	82 — 41 41	de 2/2 horas de hora/hora	2 aplicações 1 aplicação	7 dias 7 dias
Ulcerosa	5	de hora/hora	2 aplicações	10 dias
Angular	2	de hora/hora	2 aplicações	10 dias

Dada a magnífica tolerância obtida com os primeiros casos tratados com instilação de 2/2 horas foram passados ao ensaio com instilação hora/hora.

RESULTADOS

Os resultados foram qualificados de excelentes (+++), bons (++) e satisfatórios (+).

Foram considerados excelentes quando se pode registrar uma desapareição total dos sintomas inflamatórios e dolorosos.

Bons são considerados aquelas melhorias evidentes, ainda que não completas, da sintomatologia.

Satisfatórios, quando se consegue alguma melhoria de algum sintoma.

Tipo Blefarite	N.º casos	Dias trat.	Clínica	Resultado	Obs.
Escamosa	62	7	Melhoria evidente de toda sintomatologia	+++	Ação rápida
Escamosa	16	7	Melhoria parcial da sintomatologia	++	Ação boa
Escamosa	4	7	Melhoria parcial da sintomatologia	+	Ação razoável
Ulcerosa	3	10	Melhoria evidente de toda sintomatologia	+++	Ação rápida
Ulcerosa	2	10	Melhoria parcial da sintomatologia	++	Ação boa
Angular	2	10	Melhoria evidente de toda sintomatologia	+++	Ação rápida

Os resultados alcançados, considerados de forma global, demonstraram com total evidência a eficácia dos fármacos.

O quadro seguinte informa a maneira clara de ação dessas associações:

RESULTADOS			TOTAL
+++	++	+	
67	18	4	89
75,1%	20,3%	4,6%	100%

Conforme demonstrado, podemos concluir que 75,1% dos tratamentos pode ser considerado excelente.

OBSERVAÇÕES

1 — Todos os pacientes tratados, com idade superior a 38 anos, foram submetidos previamente à Tonometria de Schiotz para que fosse constatada a pressão ocular normal ou pelo menos no limite, devido a que os medicamentos administrados estavam contra-indicados no glaucoma.

Foi também pesquisado na anamnese se o paciente era portador de diabetes, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e Herpes.

2 — Devido a boa tolerância em todos os casos tratados, deve aqui ser dito, por ser um fato digno de menção.

O Autor agradece a gentileza de Laboratórios Frumtost S.A. que cederam para a realização deste trabalho o colírio Dexafenicol e a pomada Corciclen.

BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA

Relato de um caso com uveíte granulomatosa e oftalmoplegia externa incompleta

ADALMIR M. DANTAS (*)

RENATO CURI (*)

JOÃO B. G. E SILVA (**)

LÉLIA M. PAIVA (***)

I — INTRODUÇÃO

A blastomicose sul-americana foi descrita, pela primeira vez, por ADOLFO LUTZ em 1908. Posteriormente, em 1912, ALFONSO SPLENDORE descreveu com precisão o quadro clínico desta micose e após minucioso estudo do parasita causador das lesões denominou-o *Zymonema brasiliense*. Finalmente, em 1930, FLORIANO DE ALMEIDA deu o nome de *Paracoccidioides* ao gênero do parasita e revalidou a espécie brasileira de SPLENDORE; denominando então o agente da blastomicose sul-americana de *Paracoccidioides brasiliensis*. O histórico da blastomicose sul-americana reveste-se de grande importância, quando verificamos que foi no Brasil, onde realizaram-se os seus maiores estudos.

É uma micose profunda caracterizada por lesões do tipo granulomatoso, afetando a pele, mucosas, gânglios, vísceras e sistema nervoso. Limita-se, geograficamente, à América do Sul, principalmente ao Brasil, com predominância na zona rural e em indivíduos que desempenham profissão de lavrador ou correlata.

O *Paracoccidioides brasiliensis* varia sua morfologia de acordo com o estado de parasitismo ou saprofitismo. No estado parasitário, apresenta-se sob a forma de cé-

(*) Da Cátedra de Oftalmologia da U.F.F. (Serviço do Prof. Henri Curi) e da Clínica de Olhos Santa Beatriz.

(**) Da Cátedra de Anatomia Patológica da U.F.F.
Recebido para publicação em 28-9-72.

(**) Professor Assistente do Departamento de Anatomia Patológica da U.F.F. Professor Titular do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas de Volta Redonda.

(***) Professor Assistente do Departamento de Anatomia Patológica da U.F.F.

lulas esféricas, isoladas ou agrupadas, com membrana de duplo contorno, refringente, ou, ainda, sob o aspecto comparado à "roda de leme". No estado saprofítico, encontra-se como filamento miceliano septado. Admite-se que as plantas e o solo sejam os reservatórios naturais.

O objetivo deste relato é apresentar um caso de blastomicose sul-americana, com grave acometimento do sistema nervoso central, sob a forma de meningoencefalite, que no evoluir apresentou, inicialmente, uma uveíte granulomatosa posterior (caso II, relatado no XVI Congresso Brasileiro de Oftalmologia) e, posteriormente, uma oftalmoplegia externa incompleta.

II — RELATO DO CASO

S. A. C., 39 anos, masculino, preto, casado, ex-lavrador, natural de Duas Barras (RJ). Internado no Hospital Universitário Antonio Pedro em 29-4-70, matrícula n.º 32.722.

H.D.A.: Há cerca de 9 anos, vem apresentando lesões ulceradas na cavidade oral. Há cerca de um ano, surgiu lesão ulcerada no lábio inferior, progredindo até a região mentoniana. Há um mês, diminuição da acuidade visual à esquerda, adenomegalia cervical e axilar.

Hábito de palitar dentes com capim e gravetos.

Exame Dermatológico: "Lesão ulcerosa, rasa, extensa, atingindo as regiões submandibular, mentoniana e lábios; com bordos nítidos, pouco elevados, fundo granuloso e avermelhado, com pontilhado hemorrágico; coberta por exsudato sero-purulento. O lábio inferior apresenta-se totalmente invadido e mutilado; o lábio superior, atingido, parcialmente, pela contiguidade do processo, mostra-se edemaciado".

Exame Otorrinolaringológico: "Lesão cutâneo-mucosa, irregular, vegetante, extensamente infiltrada, recoberta em alguns pontos por exsudato fibrinoso, sangrando ao toque com o abaixador de língua, tomando o lábio e estendendo-se para a bochecha. Língua dolorosa e de superfície irregular. Veu do paladar, amígdalas palatinas e pilares sem alterações. Não foi possível a realização da laringoscopia indireta, porém a disfonia apresentada pelo paciente é discreta".

Exame Oftalmológico: ODV = 1 e OEV = dedos a 4 metros. Fundo de olho: OD = normal e OE = observa-se reação granulomatosa, situada no quadrante temporal inferior; edema retiniano e neo-vascularização sobre a reação granulomatosa. (Fig. 1)

Aparelho cardiorespiratório sem anormalidades. Fígado e baço impalpáveis. Gânglios submandibulares e axilares do tamanho de uma azeitona, móveis e indolores.

Exames Complementares: Raio X de tórax normal; Pesquisa de BAAR negativa; PPD não reator; Sorologia para sífilis negativa; Eletrocardiograma normal; Exame de fezes, urina e hemograma completo sem anormalidades. Eletroforese de proteínas plasmáticas: inversão da relação A/G, com aumento da fração gama.

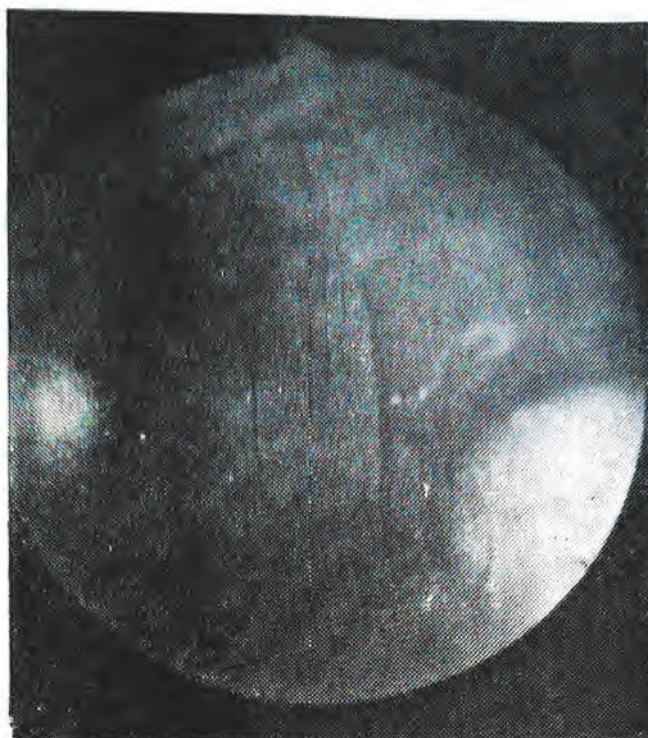


FIG. I — Fundo de olho — observa-se uveíte granulomatosa no quadrante temporal inferior esquerdo.

Biópsia da pele: Microscopia — os cortes histológicos da pele revelaram epiderme com acantose e área ulcerada, coberta por material necrótico e piócitos. Ao nível do edema, observa-se acentuada proliferação do tecido conjuntivo, neoformação vascular, infiltrado linfoplasmocitário, e células gigantes tipo corpo estranho e Langhans. Várias vezes observa-se estruturas granulomatosas, constituídas por gigantócitos rodeados por halo de células epitelióides. No intervalo ou no interior de células gigantes, observa-se numerosos parasitos arredondados, de dupla membrana birrefringente, exibindo um ou mais brotos, característicos do *Paracoccidioides brasiliensis*. Por vezes, observa-se diminutas estruturas basófilas rodeadas por halo claro birrefringente (formas leishmanióides). (Fig. II)

Diagnóstico histopatológico: Blastomicose sul-americana.

O tratamento foi iniciado com Anfotericina B. Inicialmente 0,25 mg/kg e posteriormente 1 mg/kg. A melhora do paciente foi acentuada, entretanto, após a dose total de 5 g de Anfotericina B, o paciente apresentou efeitos tóxicos para o coração; com o E.C.G. registrando acentuadas alterações da repolarização ventricular e comprometimento do miocárdio. Diante da regressão das lesões da boca e do fundo do olho, foi suspensa a medicação e o paciente teve alta em setembro de 1970. Nesta época, a acuidade visual do OE era de 0,3.

Em 1-4-71, o paciente foi reinternado. Há 2 meses com cefaléia, sonolência, tonturas, disfagia para sólidos, emagrecimento e parestesias nos membros à esquerda. Ao exame físico: ptose palpebral direita, incapacidade de adução do OD, paralisia facial central esquerda, diminuição da força muscular e hiporreflexia profunda à es-

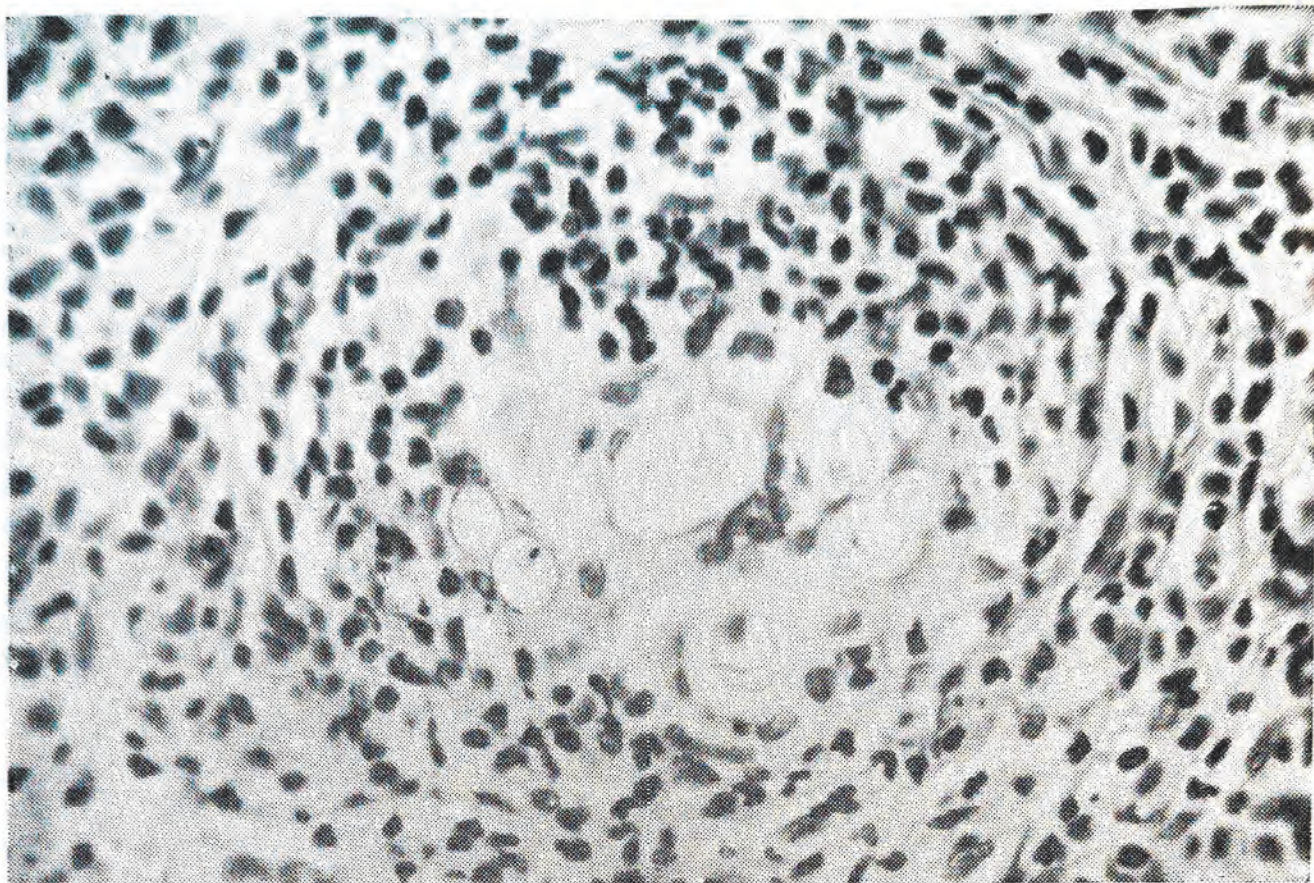


FIG. II — Biópsia de pele — Granuloma blastomicótico, observa-se numerosos parasitos arredondados, com as características do Paracoccidioides brasiliensis.

querda; ausência de sinais de irritação meníngea. Fundo de olho — papila esquerda descorada, foco cicatricial de coriorretinite temporal inferior. Lesão cicatricial de lábios, lisa e brilhante, limitando a abertura da cavidade oral. Ausculta respiratória normal. Líquor claro, normotenso, 120 céls. (80% mononucleares), glicose — 50 mg%, cloretos — 114 mEq/l. Medicado com Anfotericina B (dose total — 2,5 g). Fez quadro psicótico (esquizóide) na vigência de melhora do quadro neurológico, regredindo após suspensão temporária do antibiótico. Alta em 3-8-71, com episódios de incontinência urinária e diminuição da força muscular no dimidio esquerdo.

Em 4-1-72, o paciente foi novamente internado. Há 4 meses deixou de andar e falar, tremores nos membros esquerdos e hipertonia em flexão da mão esquerda. Há 1 mês, disfagia para líquidos, vômitos alimentares, tosse produtiva com expectoração esverdeada e estrias de sangue ocasionais. Exame físico: P.A. — 130/90; Pulso — 120 bpm; Resp. — 64 ipm; Temp. — 38,4°C. Gânglios cervicais, axilares e inguinais pequenos, indolores e de consistência $\pm$ firme. Respiração irregular, superficial com taquipnéia. Estertores subcrepitantes disseminados; bulhas hipofonéticas, extrassístoles freqüentes e taquicardia. Rigidez de nuca (+++/4), Kernig presente; pupilas isocóricas e fotorreagentes; hemiparesia à esquerda e MIE em flexão mantida. Exames complementares: Rx de tórax — prejudicado (pulmões expandidos); Hem. — 4.255.000; Hb — 12,2 g%; Ht — 37%; Leuc. — 4.350; Eosin. — 1%; Bast. — 10%; Segment. — 63%; Linf. — 25%; Monoc. — 1%; Uréia — 27mg%;

glicose — 115 mg%; prot. totais — 7,3 g%; Na — 145 mEq/l; Cl — 100 mEq/l; K — 3,9 mEq/l; HCO_3 — 19 mEq/l. Eletrocardiograma — taquicardia sinusal. Extrassístoles supraventriculares freqüentes. Exame do líquido — claro, hipertenso, com 270 cels./mm³ (60% neutrófilos e 40% mononucleares). Na internação foi traqueotomizado e instituída infusão venosa de Anfotericina B, hidratação, digitálicos e sonda vesical. Em 21-1-72, encontrava-se torporoso, às vezes obedecendo as ordens com “pisar de olhos”, convulsões tipo Bravais-Jacksoniana na mão direita, MIE em flexão, tetraplegia, arreflexia profunda e superficial, pupilas isocóricas e fotorreagentes, paralisia facial central esq., rigidez de nuca e o restante do exame físico inalterado.

Evoluiu com piora do estado geral e agravamento do quadro neurológico. Em 16-3, apresentou rigidez de descerebração. Em 20-3, anúria, secreção traqueal abundante, hipotermia, hipotensão, taquicardia, taquipnéia e óbito.

Estudo Anátomo-Patológico do Encéfalo (Necrópsia):

Macroscopia — acentuado espessamento leptomeníngeo de base, com comprometimento de quiasma e nervo ópticos, círculo arterial, ponte e cerebelo. (Fig. III)

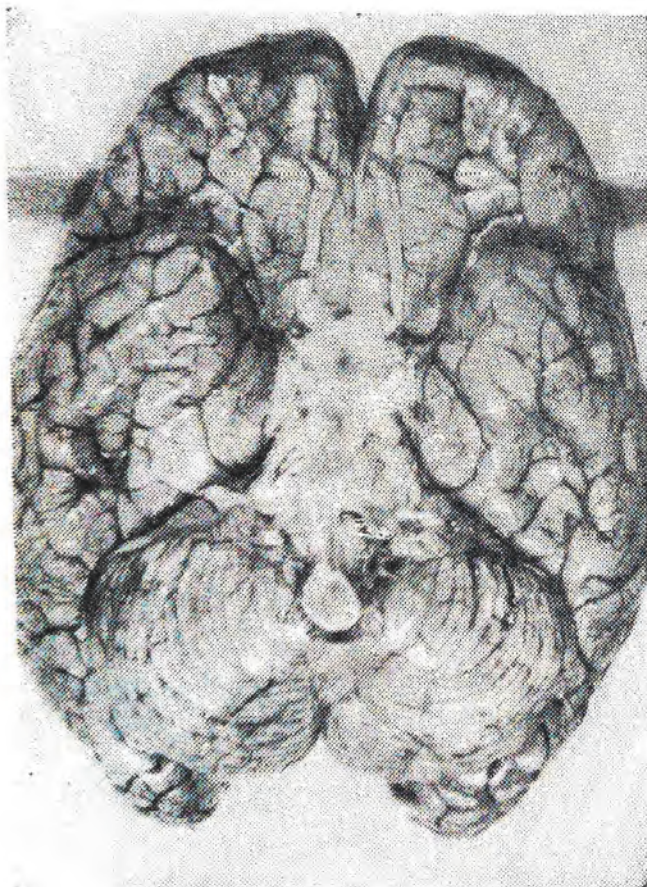


FIG. III — Acentuado espessamento meníngeo de base envolvendo quiasma e nervo ópticos, círculo arterial, ponte e cerebelo.

Microscopia — a análise histológica dos cortes de cérebro e cerebelo, demonstram densa infiltração inflamatória crônica granulomatosa, observando-se numerosas formas de *Paracoccidioides brasiliensis*, ora no interior de células gigantes, ora em meio ao infiltrado. Observam-se áreas de participação exsudativa onde predomina o

elemento polimorfonuclear neutrófilo. O componente exsudativo atinge a substância nervosa cinzenta através do espaço de Virchow-Robin, constituindo pequenos abscessos. São observadas ainda áreas de hemorragia focal em localização perivascular. (Figs. IV e V).

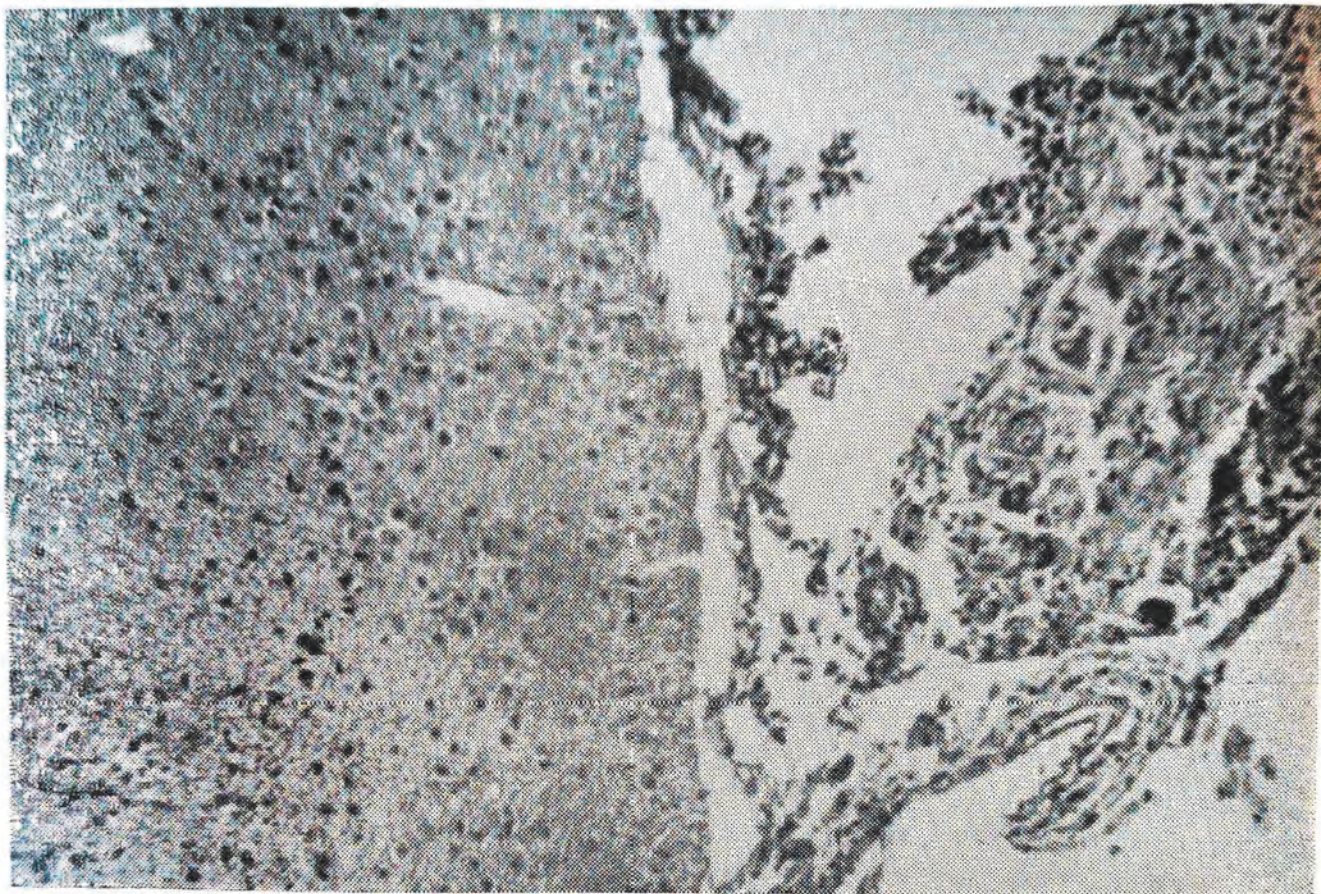


FIG. IV — Espessamento de leptomeninge a custa de infiltração inflamatória crônica granulomatosa (H.E. — 100X).

Diagnóstico: Meningoencefalite blastomicótica.

Diagnóstico acessórios: Lesão cicatricial de lábio inferior

Fibrose e enfisema pulmonar difuso. Bronquiectasia
Hipertrofia moderada de ventrículo direito

III — COMENTÁRIOS

Admite-se que a porta de entrada do *Paracoccidioides brasiliensis* seja a mucosa bucofaringeana; deve-se admitir, também, a via respiratória como importante porta de entrada no organismo humano. A contaminação pela pele é muito rara, com exceção das formas cutâneas puras. Parece haver necessidade de solução de continuidade da pele para que haja penetração do agente etiológico. O *Paracoccidioides brasiliensis* além de produzir lesões na porta de entrada, apresenta tendência à dissemi-

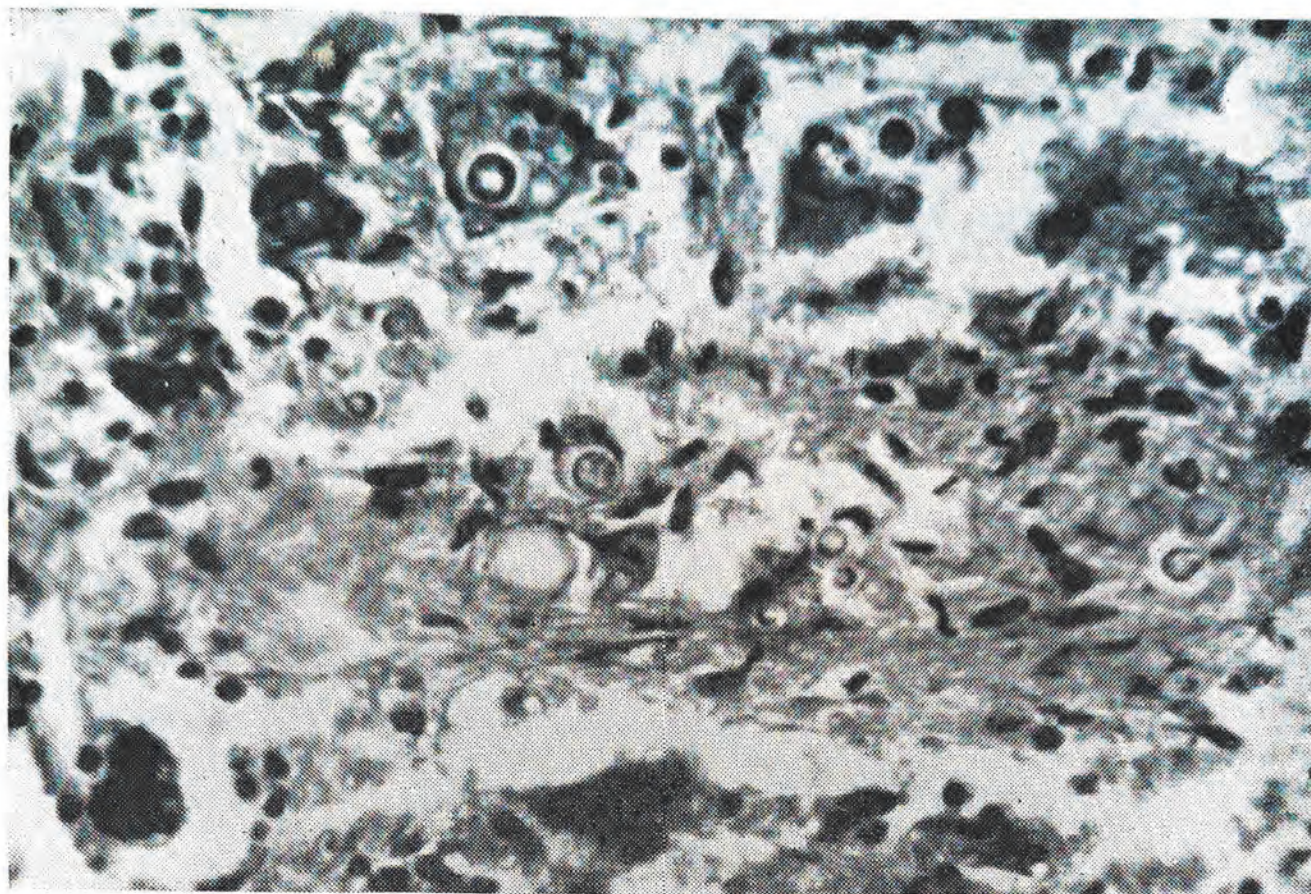


FIG. V — Numerosos granulomas gigante-histiocitários em leptomeninge observando-se no interior de células gigantes estruturas parasitárias de *Paracoccidioides brasiliensis*. (H.E. — 200X)

nação, que se faz por via linfática, sanguínea, por continuidade e canalicular. O agente tem predileção pelo sistema linfático.

As manifestações clínicas podem ser divididas em tegumentares ou cutâneo-mucosa e extrategumentares. A forma tegumentar é caracterizada pela “estomatite moriforme” de Pupo (1936), além disso, podemos encontrar outros tipos de lesões tegumentares como o lábio trombiforme, a escrófulodermatite e lesões cutâneas secundárias. A forma extrategumentar caracteriza-se pelo acometimento ganglionar, do aparelho digestivo, do aparelho respiratório, do aparelho circulatório, das glândulas de secreção interna, do sistema nervoso central e do esqueleto. Os gânglios geralmente atingidos são os cervicais e submandibulares; além desses, os supraclaviculares, axilares e inguinais. No aparelho digestivo têm sido relatados casos de lesões no fígado e intestinos. A incidência de lesões pulmonares é elevada, mais de 50% (AZULAY, 1950), variando de acordo com o tempo de evolução da doença; ALOISIO DE PAULA (1962) leva em consideração o fato de que a ausência de alteração radiológica não significa ausência de lesão pulmonar. As manifestações cardíacas são extremamente raras, entretanto, é relatado embolia parasitária e lesão granulomatosa do miocárdio (FIALHO, 1962). Segundo DEL NEGRO (1961), a blastomicose deve ser admitida, entre nós, como causa importante e não rara de síndrome de Addison; outras formas de acometimento endócrino incluem a hipófise e a tireóide. Lesões nodulares foram

encontradas nos núcleos da base, no cérebro e cerebelo (PENNA DE AZEVEDO, 1949); o sistema nervoso central, pode ser envolvido, também, por meningite, meningoencefalite e meningoradiculite crônica.

No nosso caso, ficou demonstrada a lesão tegumentar inicial na boca, com comprometimento ganglionar e envolvimento do sistema nervoso central sob a forma de meningoencefalite. A uveíte granulomatosa associada a oftalmoplegia externa caracterizam a participação ocular neste relato.

Agradecimentos

Nossos agradecimentos ao Prof. João B. G. e Silva e à Dra. Lélia M. Paiva, pelo estudo anátomo-patológico do caso.

RESUMO

Os autores relatam um caso de blastomicose sul-americana, que evoluiu, inicialmente, com lesão tegumentar no lábio inferior e uveíte granulomatosa posterior. Medicado com Anfoterina B, apresentou total regressão destas lesões. Posteriormente, desenvolveu oftalmoplegia externa incompleta, evoluindo com grave acometimento do sistema nervoso central, até o óbito. Na necrópsia ficou caracterizada a meningoencefalite blastomicótica.

SUMMARY

South American Blastomycosis

The authors report a case of South American Blastomycosis with granulomatous uveitis and incomplete external ophthalmoplegia.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALMEIDA, F. de: Estudos comparativos dos granulomas coccidioidicos nos Estados Unidos e no Brasil. Novo gênero para o parasito brasileiro. An. Fac. de Med. da Univ. de São Paulo, 5:125-141, 1930.
- 2 — AZEVEDO, P. A.: Lesões do sistema nervoso central na doença de Lutz. O Hospital,
- 3 — AZULAY, R. D.: Contribuição ao Estudo da Micose de Lutz. Tese à Cátedra de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Fac. de Med. e Cirurgia do Pará. 1950.
- 4 — DANTAS, A. M. et al.: Blastomicose sul-americana; Apresentação de dois casos com lesão ocular. Anais do XVI Congresso Brasileiro de Oftalmologia, São Paulo, 1971, vol. I, p. 191-199.
- 5 — DEL NEGRO, G.: Localização supra-renal da Blastomicose sul-americana. Tese de docência à Fac. de Med. Univ. de São Paulo. 1961. ...
- 6 — FIALHO, F.: Localizações viscerais da micose de Lutz. J. Bras. Med., 6:458-467, 1962.
- 7 — LUTZ, A.: Uma mycose pseudococcidioidica, localizada na boca e observada no Brasil. Contribuição ao estudo das hyphoblastomicoses americanas. Brasil Médico, 22:121, 1908.
- 8 — PAULA, A. de: O pulmão na blastomicose brasileira. J. Bras. Med., 6:480-483, 1962.
- 9 — PUPO, A. and MOTTA, L. C.: Granulomatose paracoccidióidica. An. Fac. Med. Univ. São Paulo, 12:407, 1936.
- 10 — SPLENDORE, A.: Blastomicoses americanas. Brasil Médico, 26:153-157, 1910.

OFTALMOLOGIA EM FOCO: BUFTALMIA

RAPHAEL BENCHIMOL
ELIEZER BENCHIMOL

CASO: Feminino, cor parda, 33 anos. Desde que nasceu apresentava grave deficiência visual. Cegueira bilateral completa há mais de 20 anos.

COMENTÁRIOS: Paciente apresentando hidroftalmos (bftalmos) bilateral (Figs. 1 e 2, de frente e de perfil). Córnea com diâmetro horizontal de 21 mm. Rupturas da membrana de Descemet. Tonometria de aplanção OD — 36 mm Hg e OE — 38 mm Hg.

A pseudo-exoftalmia apresentada é devida a alta miopia axial (de — 40.00 D, a mais alta que já encontramos), que produziu um acentuado aumento do globo ocular (figs. 3 e 4, de frente e de perfil, com grande aumento).

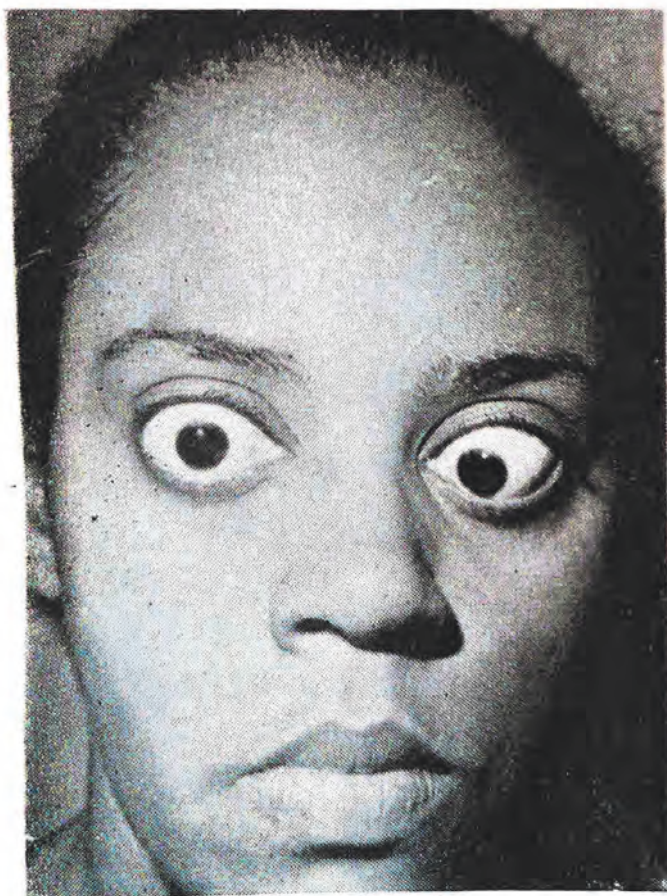


FIG. 1



FIG. 2

DIAGNÓSTICOS: Buftalmia. Glaucoma congênito. Alta miopia congênita.



FIG. 3

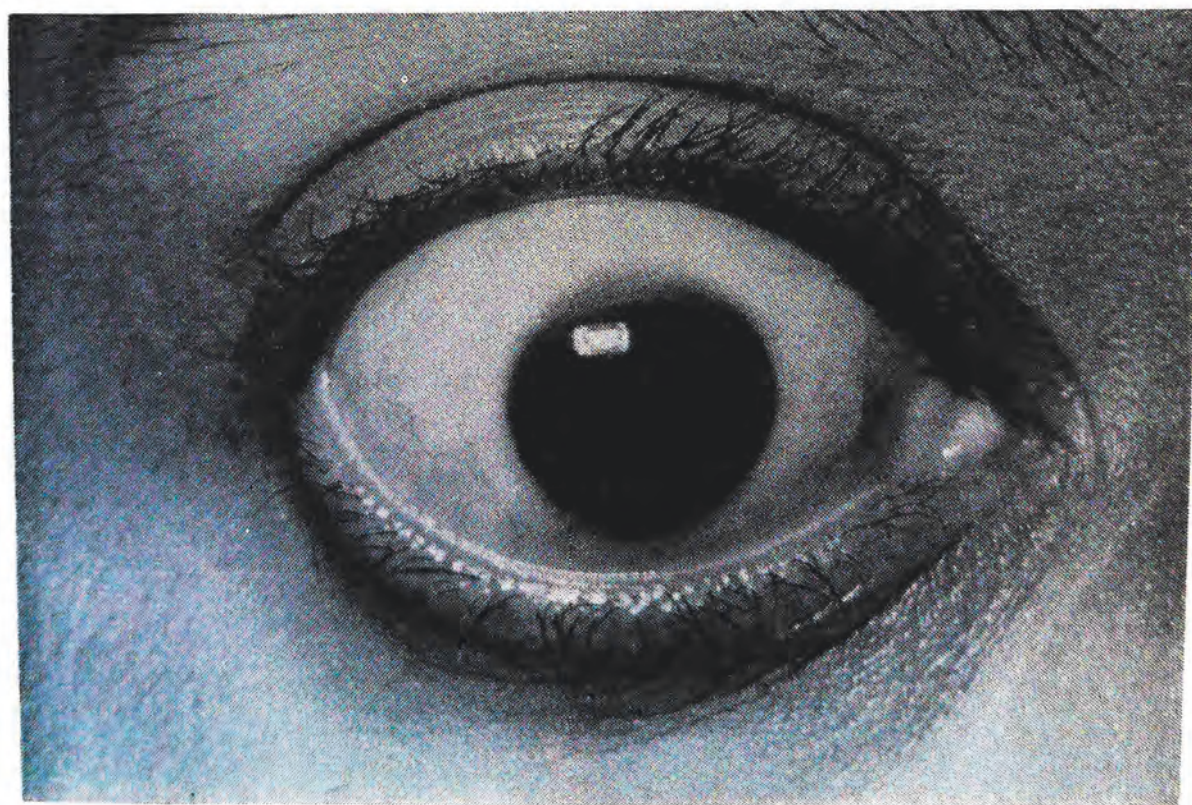


FIG. 4

Sociedade Brasileira de Oftalmologia

ASSEMBLÉIA SOCIAL DE NOVEMBRO DE 1972

Presidida pelo Dr. Dilson Marques da Silva, foi realizada no dia 30, em 2.^a convocação, a Assembléia Social para eleição da Diretoria para 1973/74.

Não tendo havido número na 1.^a convocação, às 20,30 horas, pois compareceram 18 sócios, foi aberta a sessão às 21,30 horas, presentes 43 associados. O Sr. Presidente informa que recebera comunicação na véspera, de que o relator anual, Dr. Paulo Gustavo Galvão não poderia comparecer por motivo de doença, dando posse aos novos Membros Titulares, Drs. Antonio Carlos Grosseti Gontan, de Santa Cruz do Sul, RS; Arnaldo Cardamone Amêndola, de São Paulo, SP; Marcos Leal Camargos, de Mineiros, GO; Maria Inez Bez Betti, da Guanabara; Roger Lahorgue Castagna, de Pelotas, RS e Sandro Castilhos Lima, de Niterói, RJ; aos Membros Aspirantes, Drs. Antonio Carlos Werner Gripp, de Macaé, RJ; Antonio Inacio de Menezes Neto, Carlos Afonso Silva, Carlos Renee Guilliod, Ede Leal, Eduardo Lopes de Almeida, Florivaldo Pereira Pouso Alto, Joanor Alesio Cumán, Lino Gaspar Proença, Paulo Shiguereu Amaya, Wilde Arze Murilo e Zuleika Dias Marques, da Guanabara e aos Membros Correspondentes, Drs. Adherbal Bazanella, de Maringá, SP; Angelo Gil Ferreira de Sampaio, de Teresina, PI; Dino de Aguiar Cintra, de Presidente Prudente, SP; Luiz de França Filho, de Natal, RN; Mansueto Martins Magalhães, de Teresina, PI; Marco Aurelio B. Dias, de Brasília, DF; Michideru Hatanaka, de Cornélio Procópio, PR; Odimar Napoleão Ximenes, de Fortaleza, CE; Pedro Cavalcanti Lyra, de Recife, PE; Policarpo Marlei Pinto, de Curitiba, PR; Ruy Paschoal Ramos, de Feira de Santana, BA; Rutelea Firme Schwab, de Vitória, ES e William Bonaparte Correa Ferreira, de Ituiutaba, MG. Foi declarado vencedor do Prêmio Varilux de 1972 o trabalho do Dr. Aderbal de Albuquerque Alves, intitulado "Nossa experiência pessoal com as lentes Varilux", publicado neste número e proposto um voto de louvor pela escolha do Dr. João Carlos Fernandes Lyra para Professor Assistente da Faculdade de Medicina de Alagoas.

Iniciada a votação, foram apurados 20 votos, sendo eleita por unanimidade a seguinte Diretoria: Presidente: Dr. Paiva Gonçalves Filho; Vice-Presidente: Dr. Botelho Ferreira; Secretário Geral: Dr. Aroldo Mazza; 1.^o Secretário: Dr. Marcelo Gon-

calves; Tesoureiro: Dr. Luiz Ernesto; Diretor de Cursos: Dr. Adalmir M. Dantas; Diretor de Publicações: Dr. Claudio Humberto Ramalho e Diretor da Biblioteca: Dr. Dario Dias Alves.

Por proposta do Dr. Evaldo Campos, foi mantida a anuidade de Cr\$ 200,00 para os Membros Titulares e Cr\$ 160,00 para os demais. E nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão às 23 horas.

E.C.

ASSEMBLÉIA SOCIAL DE 13 DE DEZEMBRO DE 1972

Para deliberar sobre a venda dos grupos 1406/08 da Rua México, 111 e compra de uma casa em Botafogo ou adjacências, foi convocada uma Assembléia Social, que foi realizada em 2.^a convocação, às 21,30 com a presença de 18 sócios, sendo resolvido que a atual Diretoria e a Diretoria eleita teriam plenos poderes para realizar as operações indicadas, **ad referendum** de nova Assembléia.

E. C.

1.^a Sessão Extraordinária de 1973

Com a presença de 14 interessados, foi realizada sob a presidência do Dr. Dilson Marques da Silva no dia 6 de janeiro a 1.^a Sessão Extraordinária do corrente ano, para ouvir a palavra do Dr. Gonzalez Marin, de Barcelona, que falou sobre “Dacriocistorinostomia”, comparecendo 14 interessados.

E. C.

2.^a Sessão Extraordinária de 1973

No dia 25 de janeiro, sob a Presidência do Dr. Dilson Marques da Silva, secretariado pelo Dr. Claudio Humberto, foi realizada uma Sessão Extraordinária para entrega do Prêmio Varilux de 1972.

Tomaram assento à Mesa os Drs. Carlos Henrique Bessa, Aderbal de Albuquerque Alves, Sr. Jonas Santos e o representante da Air France, Sr. J. Marques.

O prêmio — Viagem de ida e volta a Paris para duas pessoas, com estadia paga por uma semana — foi entregue pelo Sr. Jonas Santos ao Dr. Aderbal de Albuquerque Alves, que pronunciou o seguinte discurso:

“Sinto-me neste instante, como que acordado na consciência de duas idades sentimentais. Aquela que me trouxe aqui, há seis anos passados, em razão da minha condição de médico oftalmologista, à Presidência da Sociedade Brasileira de Oftalmologia — centro de cultura médico-científica, de ensinamentos morais e de solidariedade.

Magna entidade criada e propagada pelo Professor Abreu Fialho — mestre dos mestres —, que se conservou à frente de sua Presidência, até o seu último minuto. E esta, em que me vejo agora, com a escolha de meu nome, ao prêmio instituído pela Air France, Sudop e pela organização Essel sediada em Paris.

Ontem, foi a generosidade de meus colegas que me colocaram à frente de nossa Sociedade, pela vigência de um ano, como vem ocorrendo sucessivamente, após a morte daquele grande mestre, em que o médico, o abnegado e o cientista constantemente se disputavam.

Hoje é o resultado de um julgamento, em que três professores de renome nacional e internacional, me distinguiram, conferindo-me o prêmio propiciado por aquelas organizações franco-brasileiras.

Sinto-me confundido e, ao mesmo tempo, engrandecido, diante deste fato, em que diversos colegas disputaram o mesmo prêmio, que o destino iluminou as minhas mãos.

Cabe-me agora, compensar a glória, com o testemunho do meu maior empenho, da abnegação e do sacrifício, que só se detém diante da última verdade.

Recebo este prêmio, como uma oportunidade dignificante, de ir buscar, em outros centros de cultura, novos ensinamentos, e poder assim, ser digno do julgamento que me distinguiram.

Por isto mesmo, sinto-me como que deslumbrado, como quem fica a escutar e a entrever, na passagem do tempo, o toque divino das coisas, que ilumina as grandes revelações científicas.

Em épocas não muito distantes de nossos dias, o paciente que detinha alguma deficiência de visão, constantemente mudava de óculos, de forma incômoda, alternando em suas mãos, a medida que a sua visão exigia o conhecimento preciso, de uma imagem próxima ou distante.

Surgiram logo após, as lentes bifocais, as gradações das curvas dessas lentes, como que mostravam paradoxalmente e de forma grosseira as deficiências da própria visão que procurava corrigir.

A Essel criou as lentes de ação progressiva, oferecendo, na sua própria estrutura, o milagre da visão contínua, a um só tempo, como o pensamento, como o lance da imagem, propiciando a visão próxima ou distante sem aquelas deformidades ou gradações, que davam reflexos estranhos e desconcertantes, aos instrumentos de que nos servíamos para corrigir as deficiências de nossos olhos.

Em outras palavras, as lentes de visão contínua propiciam a visão imediata, à medida que as circunstâncias colocam os objetos focalizados pelos nossos olhos, perto ou distante dos horizontes do nosso ser, sem que percebamos externamente o processo dessa transformação.

Vemos assim, as conquistas do conhecimento científico se transformarem em nova forma de arte, como que a arte difundindo a ciência, na contemplação de tudo que é belo, nobre e criador.

Ciência é saber, é coordenação de saber, é aprimoramento de saber, em função de métodos que simplifiquem os resultados de nossas pesquisas, que propiciem nova condição de bem-estar e grandeza ao destino do homem. Mas é também arte, isto é, o aperfeiçoamento das formas de objetos, que o conhecimento fundiu no seu esforço incessante, em busca da perfeição das coisas.

E a arte? A arte é a perfeição da forma — é a mulher — a imagem viva de toda beleza imperecível e imortal. Alguns filósofos em outros tempos, erraram, quando afirmaram que a arte é a imitação da natureza.

A arte cria originariamente tudo que é belo, nobre e consolador.

A arte é a manifestação da própria natureza, da natureza que desabrocha em nós, na plenitude e grandeza em que sentimos as suas criações e as suas formas. Onde existe arte — diz Maeterlink — não há nada que não se transforme em beleza.

A delicadeza e originalidade de sua criação, como resultado de pesquisas e como expressão de arte, asseguraram a Essel um mercado de resultados sedutores. É exatamente em razão desses motivos que vem procurando se preservar de toda cautela, na difusão de suas lentes,

E assim é que, somente depois de um longo período de observação, pôde fazer com tranquilidade, como seus representantes, entre nós, o eminente oftalmologista Dr. CARLOS HENRIQUE BESSA e o Professor de Física da Universidade do Brasil Dr. JONAS SANTOS, duas figuras de singular notabilidade, pela inteligência e integridade moral.

Nos mercados, onde sobressaem os resultados de todo esforço científico, não é o lucro que impera sobre o empreendimento.

O empreendimento é que se engrandece, se dignifica, na aceitação, pela perfeição técnica — e esta se difunde, como novos métodos científicos capazes de corrigir deficiências até então consideradas insuperáveis.

Minhas Senhoras

Meus Senhores

Só a sensibilidade francesa pode associar o seu gênio inventivo, ao senso estético das coisas.

Os caminhos tumultuados e aparentemente contraditórios, em que se apresentam os acontecimentos de sua história, mostram a plenitude de seu pensamento, debatendo-se de todas as formas em todas as épocas, em busca da perfeição.

Vemos a França Imperial lutando, propugnando pela libertação das colônias americanas. Conspirando inconscientemente contra os próprios privilégios que assentavam na época de sua grandeza. Mostrando o altruísmo e a universalidade de seus sentimentos, de suas idéias e de seus sonhos.

O caráter universal de suas Instituições faz com que a França seja a pátria espiritual de toda humanidade. De maneira que, o que é essencial à França é necessário a todos os povos.

Vemos assim, que o que é mais importante não é a grandeza material de uma nação, o seu poderio baseado na expolição e na miséria de outros povos. O que é mais importante é a universalidade de sua presença, pela superioridade de sua cultura. O que é mais importante, o que é mais dignificante é o que se assenta na alma da França. É fazer-se presente, em todos os povos, levando sua alma espiritual e eterna”.

Após o encerramento da sessão, foi servido um coquetel aos 83 presentes.

E. C.

VÁRIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Programa Científico de 1973

O Presidente eleito da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, Paiva Gonçalves Filho e a Diretoria para o ano social março/73-março/74 assim constituída:

Vice-Presidente da Guanabara — Botelho Ferreira

Vice-Presidentes Regionais — Celso Antonio de Carvalho (SP); Nassim Calixto (MG); Francisco de Paula Soares Filho (PR) e Clóvis Paiva (PE).

Secretário Geral — Aroldo Lobo Mazza

1.º Secretário — Marcelo Gonçalves

2.º Secretário — Jorge Alberto de Oliveira

Tesoureiro — Luiz Herculano Pinto Ernesto

Diretor de Cursos — Adalmir Morterá Dantas

Diretor de Publicações — Cláudio Humberto Savastano Ramalho

Diretor de Biblioteca — Dario Dias Alves

Comissão de Sindicâncias e Julgamentos — Evaldo Machado dos Santos, Fernando Dantas Coutinho, Murilo Fontoura Carvalho e Botelho Ferreira.

Comissão de Defesa Profissional — João Baptista Braga Teixeira, Gilberto Arruda e Samuel Cukierman

Comissão Julgadora do Prêmio Adaga — A. Paulo Filho, Joviano de Rezende e Paiva Gonçalves Filho

Comissão Julgadora do Prêmio Masson — Aderbal de Albuquerque Alves, José Victorino de Araujo Lima, Paulo Pimentel e Paiva Gonçalves Filho

Comissão Julgadora do Prêmio Varilux — Afonso Fatorelli, Osvaldo C. Cardoso de Melo, Rivadávia Mendes Corrêa Meyer e Paiva Gonçalves Filho

Redatores da Revista Brasileira de Oftalmologia — Adolfo Valente (PE), Alberto Urquiza Wanderley (PB), Dario Dias Alves (GB), Evaldo Campos (GB), Geraldo

Queiroga (MG), Henri Curi (RJ), Hilton Rocha (MG), Humberto Castro Lima (BA), Antonio Vantuil Samara (PR), Luis Assumpção Osório (RS), Paulo Veloso (GB), Raphael Benchimol (GB), Ruy Costa Fernandes (GB), José de Almeida Rebouças (ES), Francisco Ayres (GO), Sergio Cunha (SP) e José Belmiro de Castro Moreira (SP)

Comunicam as sessões da SBO para 1973:

MARÇO

27 — Posse.

29 — A cargo do Instituto Penido Burnier — Campinas — SP.

ABRIL

13 — Paulo Galvão (da Cadeira de Oftalmologia da Fac. de Medicina da Univ. Fed. de Minas Gerais — Serviço do Prof. Hilton Rocha).

19 — A cargo da Clínica Oftalmológica do Hospital Miguel Couto — Rio de Janeiro — GB — Serviço do Prof. Jonas Arruda.

26 — José Sambursky (U.S.A.).

MAIO

25 — Roberto Marback (da Cadeira de Oftalmologia da Fac. de Medicina da Univ. Fed. da Bahia — Serviço do Prof. Heitor Marback).

31 — Conjunta com o CEPOA ao ensejo do aniversário dos Oculistas Associados — Rio de Janeiro — GB.

JUNHO

15 — Christiano Barsante (da Cadeira de Oftalmologia da Fac. de Medicina da Univ. Fed. de Minas Gerais — Serviço do Prof. Hilton Rocha).

21 — Fontes Lima (do Serviço de Neurologia da Fac. de Medicina da Univ. Fed. do Rio de Janeiro).

29 — Renato de Toledo e Rubens Belfort Mattos (da Cadeira de Oftalmologia da Esc. Paulista de Medicina — Serviço do Prof. Renato de Toledo).

JULHO

13 — A cargo da Clínica Oftalmológica da Fac. de Medicina de Ribeirão Preto da Univ. de São Paulo — Serviço do Prof. Almiro Azeredo.

19 — Leiria de Andrade Junior (da Cadeira de Oftalmologia da Fac. de Medicina da Univ. Fed. do Ceará).

27 — Nassim Calixto (da Cadeira de Oftalmologia da Fac. de Medicina da Univ. Fed. de Minas Gerais).

AGOSTO

- 17 — Celso Antonio de Carvalho (da Cadeira de Oftalmologia da Fac. de Medicina da Univ. de São Paulo — Serviço do Prof. Paulo Braga de Magalhães).
- 30 — A cargo da Clínica Oftalmológica do Hosp. dos Servidores do Estado — Rio de Janeiro — GB — Serviço do Dr. Orlando Rebello.

SETEMBRO

- 13 — Luiz Eurico Ferreira (Professor da Cadeira de Oftalmologia da Fac. de Medicina da Fund. Univ. Gama Filho — Rio de Janeiro — GB).
- 21 — Argeo Barbieri Filho (Professor da Cadeira de Oftalmologia da Esc. de Medicina da Santa Casa de Misericórdia — Vitória — ES).
- 27 — Sylvio Abreu Fialho (Professor da Cadeira de Oftalmologia da Fac. de Medicina da Univ. Fed. do Rio de Janeiro).

OUTUBRO

- 19 — S. Eloy Pereira (Professor da Cadeira de Oftalmologia da Fac. de Medicina de Campo Grande — Mato Grosso).
- 25 — A cargo da Clínica Oftalmológica da Esc. de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro — Serviço do Prof. A. Paulo Filho).

NOVEMBRO

- 16 — A cargo da Clínica Oftalmológica da Fac. de Medicina da Univ. de São Paulo — Serviço do Prof. Paulo Braga de Magalhães).
- 29 — Relatório Anual — Werther Duque Estrada (Professor da Cadeira de Oftalmologia da Fac. de Ciências Médicas da Univ. do Estado da Guanabara).

Horário: 20:30

Local: Soc. de Med. e Cir. do Rio de Janeiro — Av. Mem de Sá, 197.

Cada sessão será objeto de programação especial a ser brevemente enviada a todos.

I CURSO PARA FORMAÇÃO E CONCESSÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM OFTALMOLOGIA

Prosseguindo o desenvolvimento do Curso, foram realizados em janeiro os Cursos de Bioestatística, sob a direção do Prof. Moysés Xavier de Araujo; de Órbita, sob a orientação do Prof. Morizot Leite Filho; em fevereiro, o Curso Pálpebras, sob a batuta do Dr. Evaldo Machado dos Santos, e o Curso sobre Aparelho Lacrimal, a cargo dos Drs. Jorge Alberto de Oliveira e José Daphnis Mil-Homens Costa.

II CONGRESSO LUSO-HISPANO-BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Ainda não podemos dar as informações prometidas em nosso número de dezembro, em virtude do atraso das firmas encarregadas da Secretaria e do balanço.

Acham-se à venda os últimos exemplares dos dois primeiros volumes dos Anais (cerca de 800 páginas), ao preço de Cr\$ 150,00, estando no prelo o 3.º volume, que deverá aparecer neste mês de março, custando Cr\$ 80,00. Pedidos para a Secretaria da S.B.O.

XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

6 A 9 DE SETEMBRO DE 1973 — SALVADOR — BAHIA

Recebemos da Comissão Executiva a seguinte circular:

Prezado colega:

É com a maior satisfação que vimos comunicar-lhe a realização do XVII Congresso Brasileiro de Oftalmologia na cidade de Salvador, Bahia, entre os dias 6 e 9 de setembro de 1973.

O notável desenvolvimento do nosso país e em particular da oftalmologia brasileira, ampliou de tal maneira os encargos na organização de um Congresso da especialidade, que a Comissão Executiva está desenvolvendo um trabalho exaustivo para que possa oferecer um conclave a altura dos anteriormente realizados. Desta maneira, procura reunir aos seus esforços os de todos os colegas brasileiros, para proporcionar um programa dos mais atraentes, solicitando assim com o mais vivo empenho a sua colaboração.

O prazo de inscrições de temas livres será encerrado no dia 31 de maio de 1973, e o prezado colega poderá também contribuir para exposição científica, enviar, ou trazer filmes relativos a especialidade, enfim colaborar em qualquer setor que apresente real interesse para o conclave.

Um programa social e turístico está sendo cuidadosamente preparado para que você e os seus familiares possam sentir de perto a tradicional hospitalidade baiana e visitar os locais mais interessantes da velha e histórica cidade de Salvador.

Além dos temas oficiais: Angiofluoresceinografia e Uveítes, serão realizadas conferências, cursos gerais, cursos especiais, projeção de filmes, etc., e nos dias imediatamente anterior e posterior às datas do Congresso terão lugar sessões especiais do Centro Brasileiro de Estrabismo, da Sociedade Brasileira de Lentes de Contato e da Sociedade Brasileira de Ergoftalmologia.

As taxas de inscrição serão de Cr\$ 400,00 (quatrocentos cruzeiros) para as realizadas até o dia 31 de maio de 1973 e de Cr\$ 500,00 (quinhentos cruzeiros), para as posteriores àquela data. As taxas dos acompanhantes serão de Cr\$ 200,00 (duzentos cruzeiros) e Cr\$ 250,00 (duzentos e cinquenta cruzeiros) respectivamente. Os "Residentes" em pós-graduação reconhecidos pelo C.B.O. durante o ano de 1973, terão inscrição gratuita. Não serão cobradas taxas aos Congressistas para os cursos gerais e especiais.

Dada as dificuldades de alojamento em Salvador convém fazer a sua reserva com grande antecipação e recomendamos utilizar para isto a Kontik Turismo S.A. e suas Agências. O pagamento da inscrição deverá ser feito através o Banco Econômico S.A.

Aguarde nossas notícias com programação detalhada.

A Comissão Executiva do XVII Congresso Brasileiro de Oftalmologia saúda-o muito cordialmente.

Prof. Heitor Marback, Presidente

Prof. Colombo Spínola, Vice-Presidente

Dr. Fernando Príncipe de Oliveira, Secretário

Dr. Epaminondas Castelo Branco, Tesoureiro

PRÊMIO VARILUX DE 1972



Foi ganhador do Prêmio Varilux de 1972 o Dr. Aderbal de Albuquerque Alves.

Na foto, o momento da entrega do galardão, pelo representante da Air France, Sr. J. Marques.

ANTONIO FOLCH VIDAL — CIDADÃO CARIOCA

Entre as atividades sociais do II Congresso Luso-Hispano-Brasileiro de Oftalmologia, destacou-se a concessão pela Assembléia Legislativa, do título de CIDADÃO DO ESTADO DA GUANABARA ao sr. Antonio Folch Vidal, Diretor Geral de Laboratórios Frumtost S.A., por sua dedicação, amor e afeto às coisas do Brasil, em solenidade oficial no Palácio Pedro Ernesto e a outorga ao referido senhor da MEDALHA DE OURO DO CONGRESSO, como reconhecimento dos Oftalmologistas brasileiros.



Na foto o homenageado, ao receber o título de Cidadão do Estado da Guanabara.

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA U.S.P.

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA

1) CONCURSOS

Ferani realizados no ano de 1972 os concursos de Livre-Docência dos candidatos: Prof. Dr. Harley E. A. Bicas, Prof. Dr. Argemiro Lauretti Filho e Prof. Dr. Erasmo Romão. As provas foram realizadas entre os dias 24 e 26 de agosto p.p., constando de prova escrita, prova prática, defesa de Tese e apresentação de Memorial. Os três candidatos foram aprovados com média 9,99.

Realizou-se no dia 16 de dezembro p.p. o concurso para Professor-Adjunto, ao qual concorreu o Prof. Dr. José Tanuri Habib. O candidato foi aprovado no exame de seu Memorial.

2) CURSOS

O Departamento realizou, paralelamente aos seus programas de Graduação, Residência e Pós-Graduação, os cursos especiais sobre "Fisiopatologia Ocular" na área de pós-graduação (ministrado pelo Prof. Dr. Almiro P. Azeredo) e os de Especialização em "Problemas da Binocularidade" (Prof. Dr. Harley E. A. Bicas) e "Glaucomas" (Prof. Dr. Argemiro Lauretti Filho).

3) C.E.O. "CYRO DE REZENDE"

Realizou-se nos dias 15 e 16 de dezembro p.p. a VIII Reunião Anual desse Centro de Estudos, com a presença de 37 residentes, ex-residentes e oftalmologistas da cidade e região. Os conferencistas convidados discorreram sobre: "Aspectos Imunológicos da Toxoplasmose" (Prof. Dr. Octávio Baracchini), "Sistemática do Exame Neuro-Oftalmológico" (Prof. Dr. Paulo Braga Magalhães) e "Cirurgia Ocular" (Prof. Dr. Plínio de Toledo Piza).

Na oportunidade foi também eleita a Diretoria para 1973, Diretor: Nivaldo V. de Souza. Secretário: Ruy Midoricava. Tesoureiro: Orlando Batich.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE ÓPTICA

De 28 de abril a 2 de maio será realizado em Bruxelas o Congresso Internacional de Óptica, em comemoração do cinquentenário da APOB. Haverá grande Exposição de material de óptica, dedicando-se o dia 30 para trabalhos sobre Óptica-comércio, o dia 1 para Optometria e o dia 2 para Lentes de Contato.

Informações com a Secretaria, Rua Capitaine Crespel 26. Bruxelas, 1050, Bélgica.

II CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE ESCOLAR

Será realizado no Rio o Congresso em epígrafe, de 8 a 13 de julho, no Hotel Glória, tendo como Tema "Saúde escolar para todo o Brasil".

Secretaria — Rua Alvaro Alvim, 33, grupos 514/515 — Rio de Janeiro.

I CONGRESSO MUNDIAL DE ERGOFTALMOLOGIA

Terá lugar em Madrid, entre 1 e 4 de maio o 1.º Congresso Mundial de Ergoftalmologia, sendo o Tema Oficial "O Olho e os Transportes", com os seguintes subtemas: O olho na estrada; nas estradas de ferro; na aviação e vôos espaciais; nas vias marítimas; nas vias fluviais. Ainda: Afecções e intoxicações gerais; patologia do condutor; psicologia do condutor; acidentes; prevenção; legislação e reabilitação. Haverá Simpósios sobre Corpos estranhos intra-oculares e intra-orbitários; Queimaduras oculares e Feridas oculares.

Inscrições— 3.500 pesetas, aceitas até 31 de março, na Secretaria do Congresso: Primer Congreso Mundial de Ergoftalmologia. Plaza de los Mostenses 11 — Planta 2a. Apart. 2 — Madrid, 8.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE LENTES DE CONTATO

Fundada em 28 de maio de 1972, em reunião realizada no Hospital São Geraldo (Belo Horizonte), está com a Diretoria assim constituída:

Presidente — Dr. Gilberto Lima de Arruda (Guanabara)
Vice-Presidente — Dr. Tadeu Cvintal (São Paulo)
Secretário-Geral — Dr. José Belfort Mattos (São Paulo)
1.º Secretário — Dr. Saul da Silva Bastos (R. G. do Sul)
Tesoureiro — Dr. Ari de Souza Pena (Guanabara)
Vice-Tesoureiro — Dr. Orestes Miraglia Junior (Minas Gerais)

CONSELHO CONSULTIVO

Dr. Anderson Gattás (São Paulo)
Prof. Jonas de Arruda (Guanabara)
Dr. Santos Pedro Tanganelli (São Paulo)
Dr. Antonio Isidoro da Silva (Minas Gerais)

COMISSÃO DE DEFESA PROFISSIONAL

Prof. Hilton Rocha (Minas Gerais)
Prof. Fernando Dantas Coutinho (Guanabara)
Prof. Heitor Marback (Bahia)
Dr. Newton Kara José (São Paulo)
Prof. Francisco Mais (São Paulo)

A Sociedade tem o propósito de estimular e assistir seus membros, todos eles médicos legalmente licenciados especialistas em oftalmologia, no pleno exercício de suas funções, no que diz respeito a prescrição e adaptação de lentes de contato e aos problemas oftalmológicos a ela inerentes.

Ultimado o registro de seus livros e estatutos nas competentes repartições, está agora dedicando-se à organização de seu quadro social e a adesão dos colegas muito contribuirá para o seu engrandecimento e conagração dos especialistas brasileiros.

A SOBLEC funcionará em termos de divulgação científica, organização de simpósios, mesas-redondas e cursos a partir de janeiro de 1973 e os respectivos programas chegarão em tempo útil.

A anuidade inicial, para 1973, foi fixada pela Diretoria em Cr\$ 100,00 (cem cruzeiros) e não há taxa de admissão.

O sócio receberá o Diploma de Membro, o Boletim da SOBLEC, trimestral (em estruturação) cujo primeiro número aparecerá em março de 1973, e contará com os benefícios da Biblioteca Especializada, em organização. Os sócios não residentes no Rio de Janeiro receberão índice das últimas publicações e se assim o desejarem poderão receber cópias xerográficas dos trabalhos nele alinhados, mediante reembolso das despesas com a feitura das cópias.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS OFTALMOLÓGICAS DA CLÍNICA SOROCABA — CEPOCS

Foi eleita em 6 de dezembro último a Diretoria para 1973, assim constituída:

Presidente — Dario Dias Alves

Secretário Geral — Gilberto Arruda

1.º Secretário — Ruy Costa Fernandes

2.º Secretário — David Gryner

Diretor de Divulgação — Renato Acosta Sbrissa

Tesoureiro — João Carlos Lyra

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS OFTALMOLÓGICAS DA CLÍNICA SOROCABA

Foi o seguinte o programa de dezembro de 1972:

Dia 6 (4.ª-feira) — Radioisótopos em Oftalmologia — Prof. J. A. Villela Pedras.

Dia 13 (4.ª-feira) — Alguns Aspectos de Patologia Ocular — Dr. Gilberto Arruda.

Dia 20 (4.ª-feira) — Análise de Revistas.

Entrada franqueada a médicos e estudantes de medicina.

CENTRO DE ESTUDOS OFTALMOLÓGICOS JOAQUIM VIDAL

Foi o seguinte o programa de dezembro de 1972:

Dia 5 (3.^a-feira), pela manhã — Fluoresceinografia — Prof. Joviano de Rezende Filho; Urgências em Oftalmologia — Prof. Morizot Leite Filho.

Dia 12 (3.^a-feira), pela manhã — Ptose — Dr. Evaldo Machado dos Santos; Glaucoma — Prof. Dantas Coutinho.

Dia 19 (3.^a-feira), pela manhã — Retinopatia Serosa Central — Dr. Dario Dias Alves; Uveítes — Dr. Dilson Marques da Silva.

Dia 26 (3.^a-feira), pela manhã — Fotocoagulação — Dr. Roberto Lúcio Caetano da Silva; Casos Clínicos.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DOS OCULISTAS ASSOCIADOS

Nos dias 18 e 19 de dezembro foram realizadas conferências pelo Prof. H. Harms, de Tübingen, sobre “Resultados e dificuldades técnicas da trabeculotomia” e “Suturas corneanas para evitar o astigmatismo pós-cirúrgico” e “Novas possibilidades em cirurgia iriana”.

SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA DE TUCUMAN

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud/s. a fin de comunicarle/s, que en Asamblea Extraordinaria celebrada en forma conjunta por la Sociedad de Oftalmología del Norte y la Sociedad de Oftalmología de Tucumán el día 19 del cte., se resolvió fusionar ambas Entidades y que a partir de este momento llevará el nombre de SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA DE TUCUMAN.

Su Comisión Directiva por el período 1973-1974, quedó constituida de la siguiente manera:

Presidente — Dr. Jorge Lischinsky

Vice-Presidente — Dr. Ricardo Fanjul

Secretário — Dr. Julio O. Ponce de Leon

Tesorera — Dra. Myriam B. de Seggiaro

Vocal 1.^o — Dr. Jorge R. Quiles

Vocal 2.^o — Dr. Miguel E. Galo

SECÇÃO DE OFTALMOLOGIA DA ASSOCIAÇÃO BAHIANA DE MEDICINA

Em 30 de novembro foi eleita a nova diretoria da Seção de Oftalmologia para o ano de 1973.

Presidente — Dr. Roberto Marback

1.^o Secretário — Dr. Gileno Andrade

2.^o Secretário — Dr. Deolino Meira

A posse será em março. Na mesma sessão ficou determinado que todas as sessões seriam na última quinta-feira de cada mês.

Dois filmes foram apresentados. E a primeira parte do trabalho do Dr. José Camera sobre "Radioisótopos em Oftalmologia".

DR. DEMÓCRITO JÔNATHAS AZEVEDO

Eleito por unanimidade de votos membro correspondente da Academia Nacional de Medicina o Dr. Demócrito Jônathas Azevedo. O Dr. Demócrito é Membro Titular da SBO e Professor-Assistente da Faculdade de Medicina de Campos — RJ.

JANTAR DE CONFRATERNIZAÇÃO

Foi realizado mais um jantar de comemoração ao dia de Santa Luzia, na sexta-feira, 15 de dezembro último, com grande afluência de colegas.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTRABISMO

Foi realizada a Quinta Jornada promovida pelo C.B.E., desta vez na cidade de Curitiba, no dia 3 de fevereiro próximo findo.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

A partir do próximo número, nossa revista terá esta secção destinada ao esclarecimento das dúvidas que os colegas possam ter sobre determinado caso ou assunto.

As cartas devem ser dirigidas ao Diretor de Publicações da Sociedade Brasileira de Oftalmologia — Rua México, 111, salas 1406/07/08 — Guanabara — 20.000.

OLHO NO ANÚNCIO

Compra-se Lâmpada de Fenda, de preferência "Haag Streit" ou similar. Também interessam outros aparelhos, tais como o Campímetro.

As informações deverão ser enviadas ao Sr. Orlando Mandarino, na secretaria da SBO.

—  —

Compra-se oftalmoscópio binocular da B&L. Os interessados devem dirigir-se ao sr. Mandarino na secretaria da SBO.

—  —

Vende-se AUTO-PLOT, original Bausch & Lomb, para campimetria rápida e precisa, por projeção em tela cinza de um metro de distância e acessórios. Preço: Cr\$ 4.000,00 (quatro mil cruzeiros). Os interessados devem dirigir-se ao sr. Mandarino na secretaria da SBO.

—  —

Compra-se Sinoptoforo. Informações para o Sr. Mandarino, na Secretaria da SBO.

Vende-se Lâmpada de Fenda Bausch & Lomb, em excelente estado de conservação. Informações com o Sr. Mandarino, na Secretaria da SBO.

Compra-se caixa de prova de lentes de contato. Informações para o Sr. Orlando Mandarino na SBO.