

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Vol. XXIII

Setembro de 1964

N.º 3

DIRETORIA

Presidente: Dr. Marcello Martins Ferreira
Vice-Presidente: Dr. Darlo Dias Alves
Secretário Geral: Dr. Botelho Ferreira
1.º Secretário: Dr. Egeu Procopiak
2.º Secretário: Dr. Cláudio Humberto Savastano Ramalho
Tesoureiro: Dr. Evaldo de Mendonça Campos
Diretor de Cursos: Dr. Paiva Gonçalves Filho
Diretor de Publicações: Dr. Fernando Dantas Coutinho

COMISSÃO DE SINDICÂNCIAS E JULGAMENTOS

Dr. Darlo Dias Alves
Dr. Botelho Ferreira
Dr. Barbosa da Luz

COMISSÃO DE DEFESA PROFISSIONAL

Dr. Joviano de Rezende Filho
Dr. Luiz Eurico Ferreira
Dr. Paulo Veloso

A REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA tem suas colunas abertas a toda colaboração de autores nacionais ou estrangeiros, sobre oftalmologia ou assuntos que de perto a ela se prendam.

Todos os originais, para serem publicados, deverão vir assinados e datilografados em espaço duplo, os desenhos feitos a nanquim e as fotografias em papel brilhante acompanhados de um resumo em português.

A redação não assume responsabilidade sobre os conceitos emitidos nos trabalhos assinados.

Os autores que desejarem separatas, deverão assinalar à margem dos originais, indicando a quantidade, sendo-lhes cobrada pequena importância, proporcional ao número de exemplares que excederem a 50, fornecidos gratuitamente pela revista.

A S. B. O. OFERECE:

Revista Brasileira de Oftalmologia (trimestral); Publicações Diversas (separatas, etc.); Biblioteca; Filmoteca; Fotocópias; Bibliografias; Fitas magnetofônicas; Inscrições Gratuitas nos seus Cursos; Concurso sobre Desenho Oftalmológico; Bolsa de Estudos Frumtost, na Espanha (anualmente); Prêmio Adaga (anualmente); Láurea Adaga (anualmente); Prêmio Óticas Fluminense (sorteio de passagens de ida e volta a New York, Buenos Aires e a uma cidade brasileira, anualmente); Informações úteis.

Desejamos estabelecer permuta
On désire établir échange
Deseamos establecer el cambio
We wish to establish exchange
Wir wünschen den Austausch einzurichten
Desideriamo stabilire scambio

ÍNDICE

A Prática da Retinoscopia à Luz em Faixa — Aderbal de Albuquerque Alves	211
Craniofaringiomas — Estudo Clínico de 9 Casos — Virgilio Novaes, Glieb Ávila Pereira e Paiva Gonçalves Filho	237
Hipertelorismo e Estrabismo Divergente na obra do Aleijadinho — Paulo Gustavo Galvão	265
Nota Sobre a Incisão e Síntese do Glaucoma na Cirurgia dos Músculos Retos Medial e Lateral — Paulo Gustavo Galvão	287
Acêrca do Glaucoma e de Alguns dos Problemas que lhe são Pertinentes — Paiva Gonçalves	293
Evisceração (Supressão da dor e da reação pós-operatórias) — J. Almeida Rebouças	305
Sociedade Brasileira de Oftalmologia	
Nossas últimas sessões	309
Novos sócios	310
Diretoria de Cursos	311
Relação dos sócios da S.B.O.	314
Conselho Brasileiro de Oftalmologia — XIII Congresso Brasileiro de Oftalmologia	321
Prêmio Moura Brasil da Academia Nacional de Medicina — 1964	321
Concurso para o provimento da Cátedra de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	321
Departamento de Oftalmologia da Associação Médica de Minas Gerais	322
Associação Médica do Instituto Penido Burnier	323
Hospital dos Servidores do Estado — Residência	323
Associação Pan-Americana de Oftalmologia	323
Várias	
Prêmio Adaga da Sociedade Brasileira de Oftalmologia — 1964	330
Prêmio Óticas Fluminense	330
Bolsas de Estudo do Instituto Penido Burnier	331
Livros Novos	
Manual of Ophthalmology — Paiva Gonçalves	333
The Uses of Psychology in Geriatric Ophthalmology — Werner Bab	333
The Retinal Ganglion Cell Layer — J. M. Van Buren	334
Travaux D'Anatomie Pathologique Oculaire — F. Hervouet	334
Question and Answers in Ophthalmology — Harvey D. Wright	335
Handbuch der Medizinischen Radiologie. - Encyclopedia of Medical Radiology — Organizado por O. Olsson, F. Strnad, H. Vieten e A. Zuppinger	335

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Vol. XXIII

Setembro de 1964

N.º 3

A PRÁTICA DA RETINOSCOPIA À LUZ EM FAIXA

ADERBAL DE ALBUQUERQUE ALVES

A Retinoscopia à luz em faixa representa o mais prático e exato dos métodos objetivos de refração. Fundamenta-se em princípios teóricos idênticos aos da retinoscopia ou esquiascopia com espelho e luz indireta.

Na prática diária da refração a retinoscopia sistemática constitui a maior qualificação do especialista, que de posse dos resultados precisos do referido método, pode coordenar melhor as questões no exame subjetivo posterior.

O exame consiste em observar o movimento da faixa através da pupila, quando se desloca no mesmo sentido ou em sentido contrário, ao movimento do aparelho, e neutralizar êste movimento com o auxílio de lentes colocadas em frente ao olho examinado.

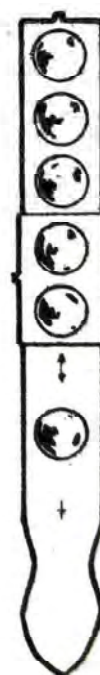
Pretendemos, através de desenhos singelos, transmitir aos mais novos, nossa experiência em retinoscopia à luz em faixa, fundamentada no excelente material humano do Hospital dos Servidores do Estado, que sempre exige técnica de elevado padrão.

COPELAND



Aparelho simplès, possui 1 lâmpada com filamento que projeta em faixa. Ligado a um transformador ou alimentado por duas pilhas secas de lanterna.

A luva serrilhada da parte externa, faz variar a largura e girar a faixa através de 180°.



Paciente com os dois olhos abertos, fixando um objetivo distante de fácil visualização, ou seja se acuidade visual é igual a 1, coloque o ortopticos 0.5. Em crianças um objeto que desperte atenção.



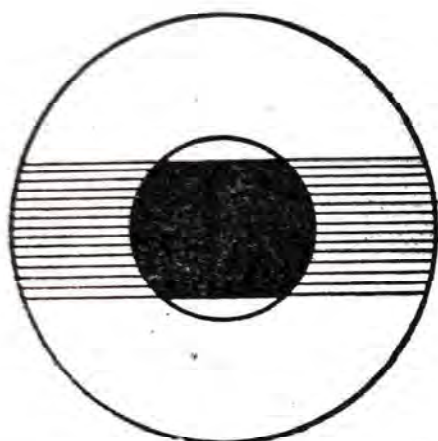
Para examinar o olho direito, o aparelho deve ser colocado em frente ao olho direito do médico, que usará sua correção para longe, idêntico procedimento para o esquerdo. Imprescindível testar o raio mais central possível.



Lembrar a todo o momento a necessidade do paciente fixar o objeto distante, ou mesmo pensar distante, por exemplo, um navio observado ao longe na praia ou um jogo de futebol, a fim de afastar a acomodação.

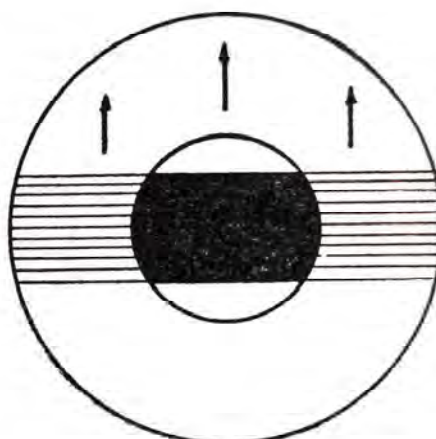


USE SEMPRE FAIXA LARGA



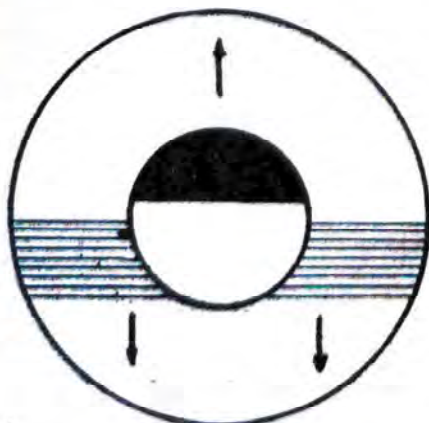
A pupila é vista com uma área mais intensamente iluminada, "faixa", que se desloca com ligeiro movimento do aparelho em correspondência com o vício de refração do olho examinado.

"A FAVOR"



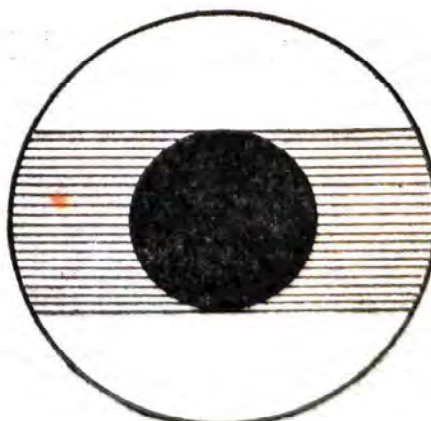
Neutralize com lentes positivas

"CONTRA"



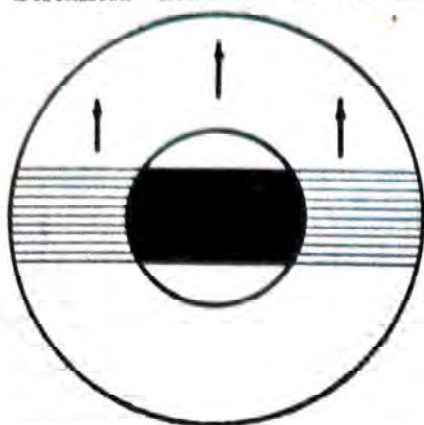
Neutralize com lentes negativas

"NEUTRO"



Desaparece a faixa, a pupila aparece toda iluminada. Movimento tão rápido que não pode ser observado.

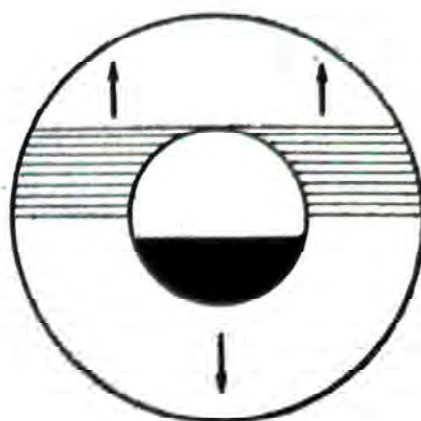
Distância utilizada — 0.5 m.



A favor:

- 1) Emetropia
- 2) Hipermetropia

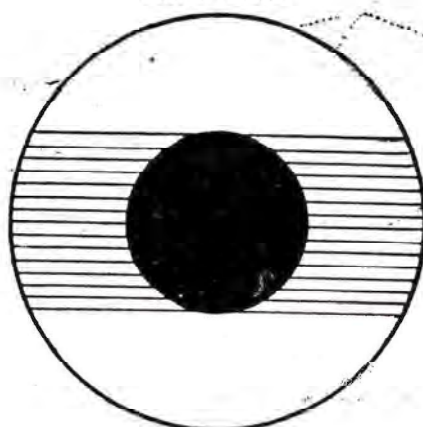
Miopia < 2D



Contra:

Miopia > 2D

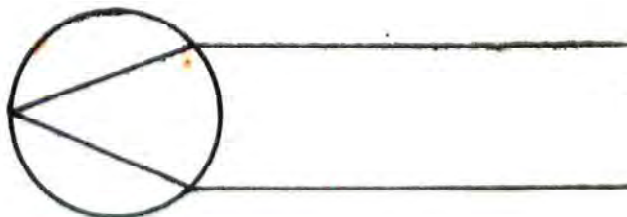
Ponto remoto na posição do observador



Nentro:

Ponto de neutralização

Para mais fácil compreensão dos fundamentos teóricos consideremos apenas os raios emergentes e o ponto remoto do olho examinado.



PR = ∞

EMETROPIA

Raios paralelos, PR no infinito.

Raios divergentes. PR atrás do olho.

HIPERMETROPIA

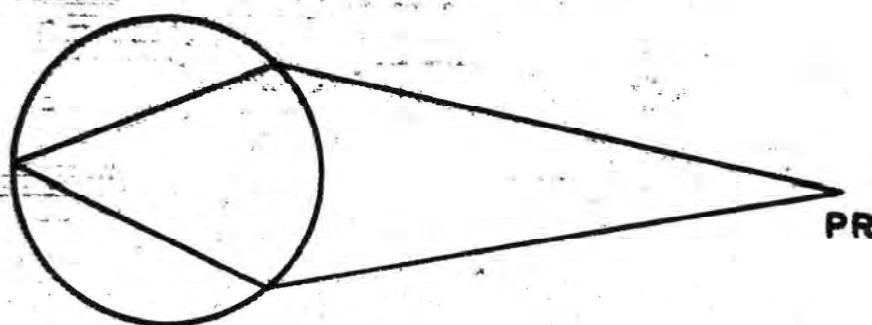


PR = Virtual

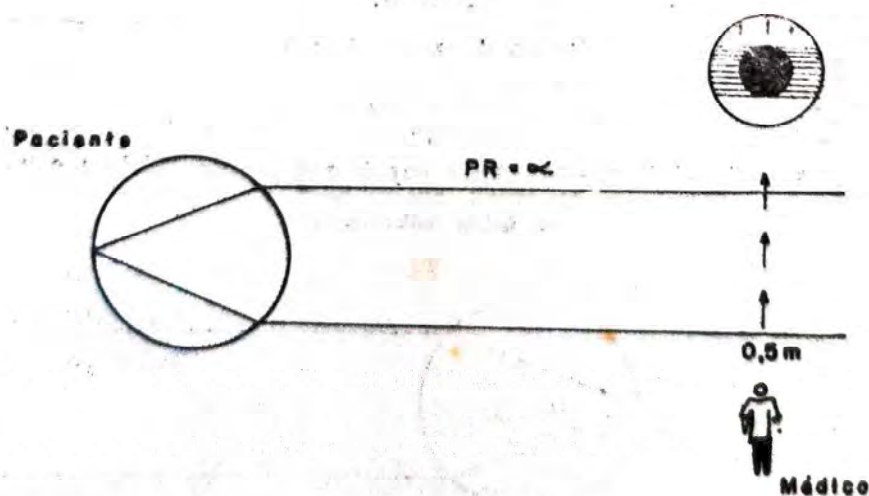
PR = Virtual

Raios convergentes. PR em frente na distância correspondente ao grau de miopia.

MIOPIA

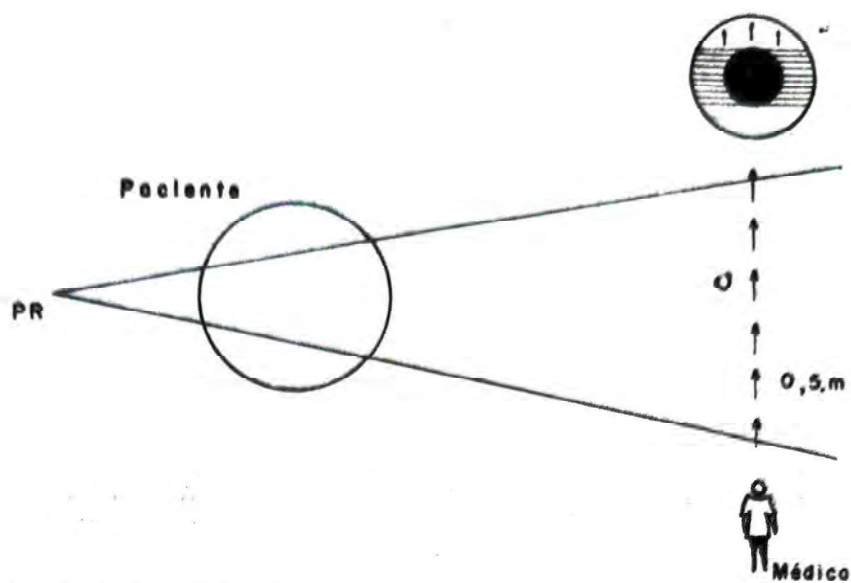


Porque observamos movimento a favor.

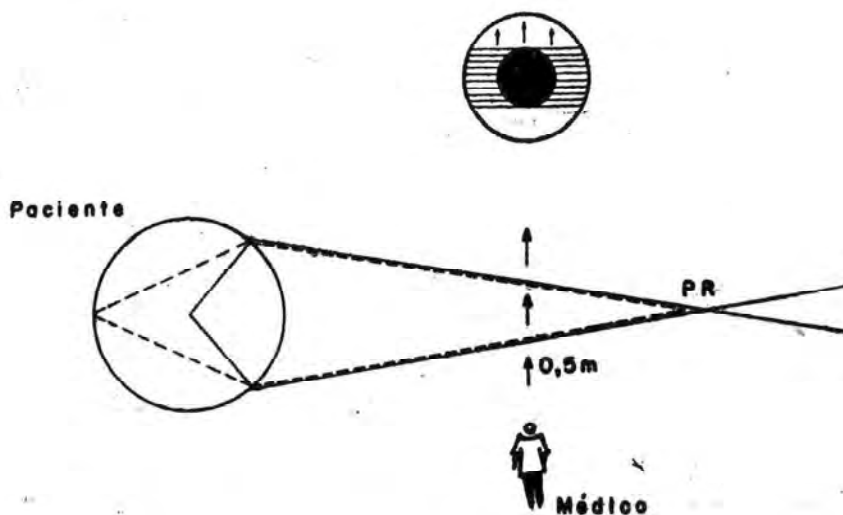


EMETROPIA

Não há cruzamentos entre o paciente e o médico.

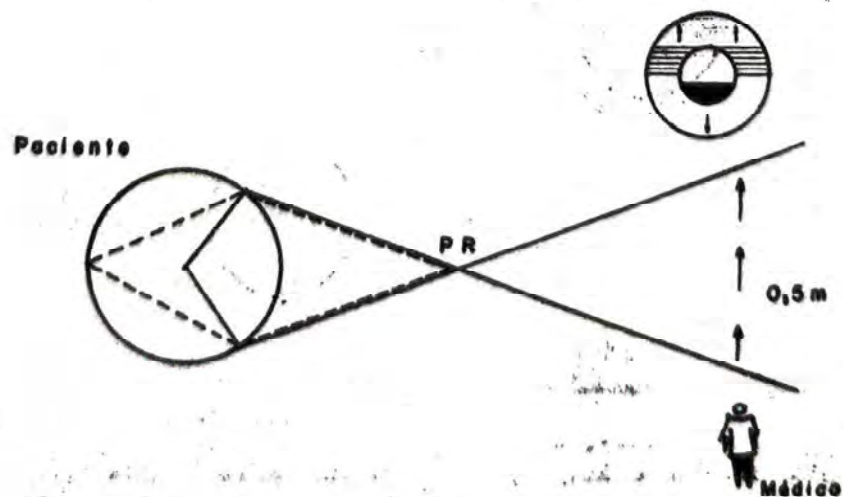


HIPERMETROPIA



Miopia < 2D

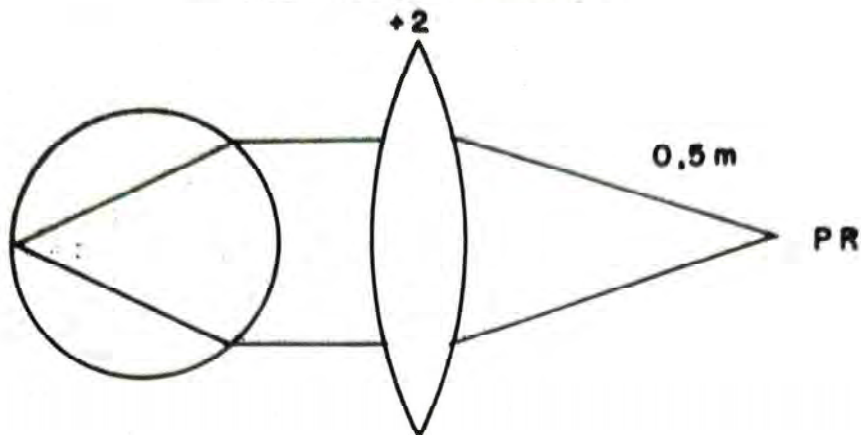
PR entre paciente e o médico. Houve cruzamentos.



Miopia > 2D

Como corrigir a ametropia:

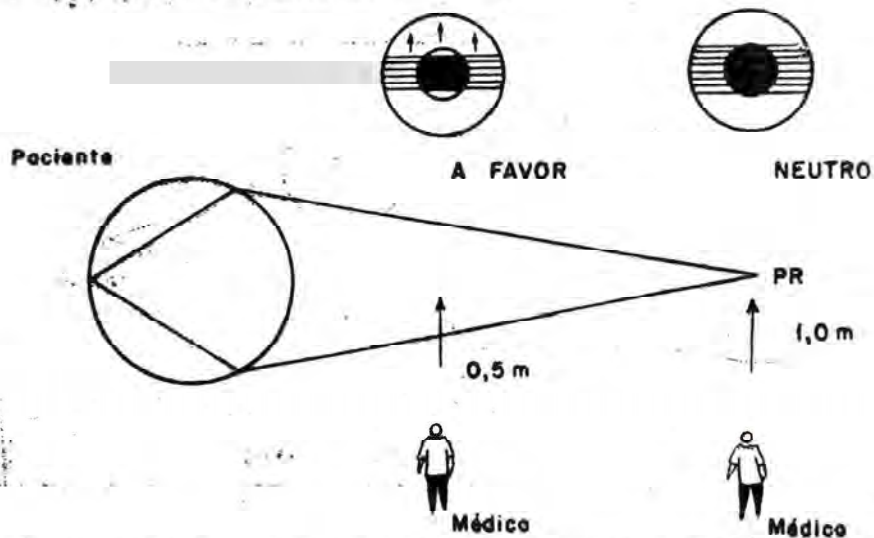
A



Localizar o PR miópico com auxílio de uma lente, de poder focal conhecido. A lente que joga o PR ao infinito, corrige o vício de refração.

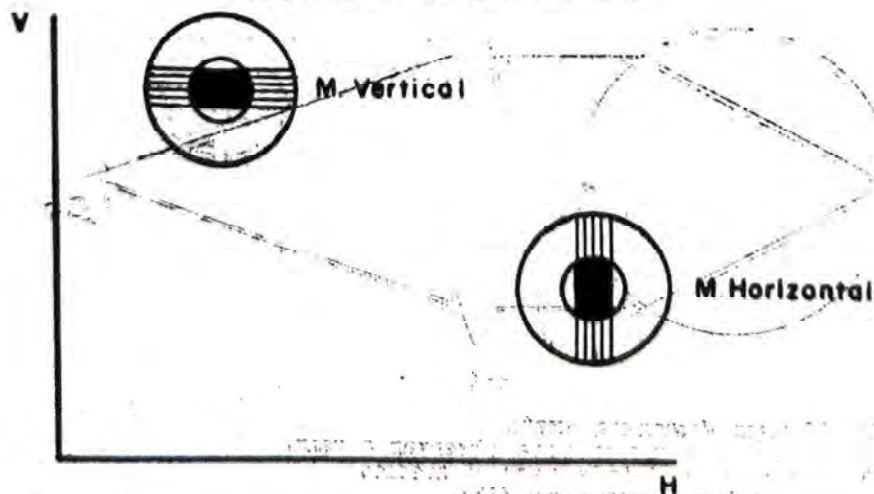
Variar a distância de exame para localizar o PR.

B



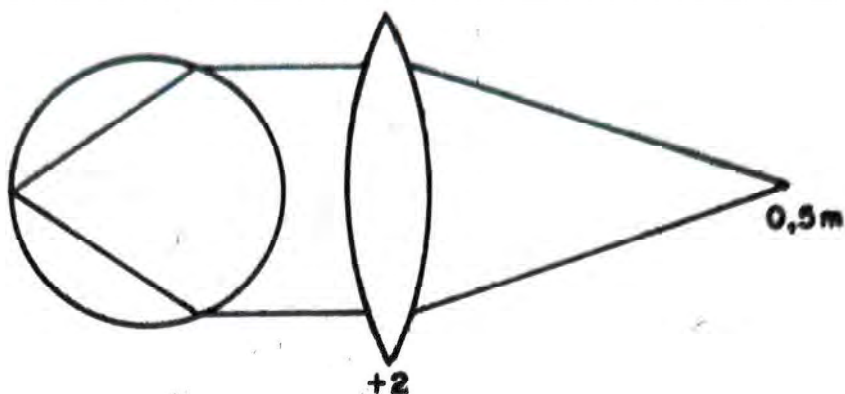
Pouco prático — Possível apenas em determinados graus de miopia. Necessário reverter em dioptrias a distância encontrada.

Posição da faixa para exame.



Sempre em ângulo reto ao meridiano testado. Faixa com igual nitidez e largura, em todo meridiano indica erro esférico.

Lente + 2D = Distância focal — 50 cm.

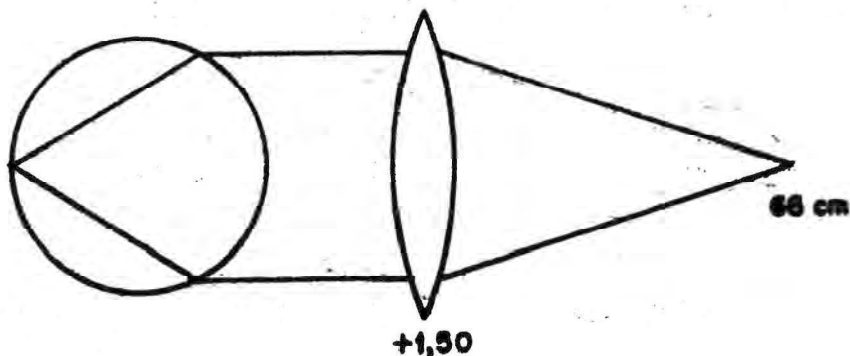


- 1) Maior comodidade para o médico;
- 2) Melhor observação da F;
- 3) Mais luz penetra no olho;
- 4) Maior oportunidade de erro.

Manter a distância correta

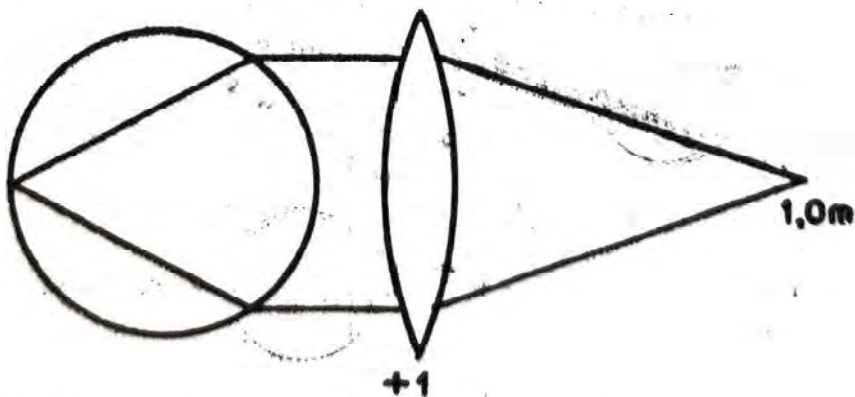
Descontar 2D

Lente + 1,50 = Distância focal — 66,7 cm.



Importante: Manter distância exata.

$\infty = 1 D = 1,0m$

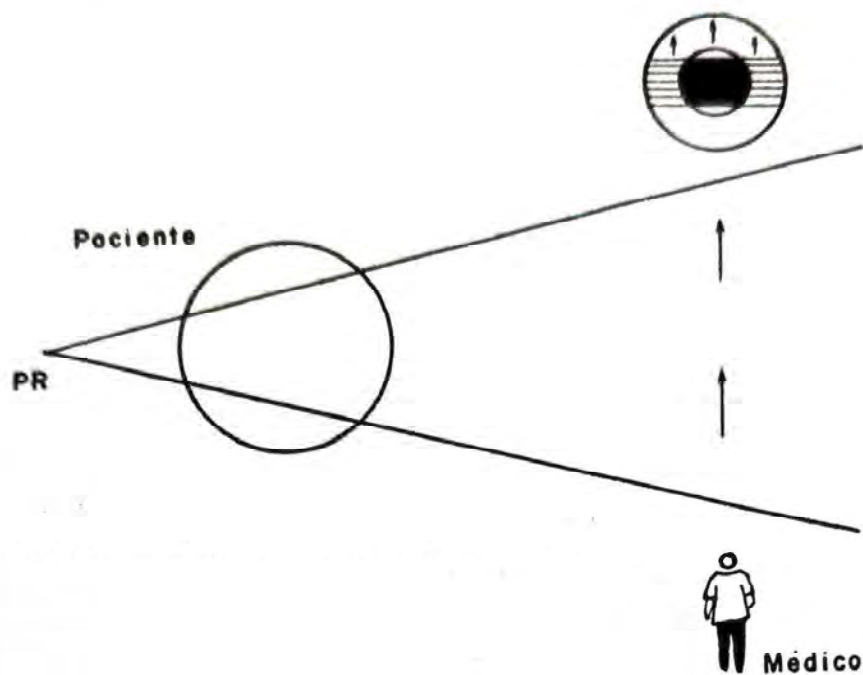


- 1) Manter distância exata.
- 2) Dificuldade maior para observar a faixa.
- 3) Menor comodidade para o médico.
- 4) Menos luz penetra no olho.
- 5) MENOR CAUSA DE ERROS.

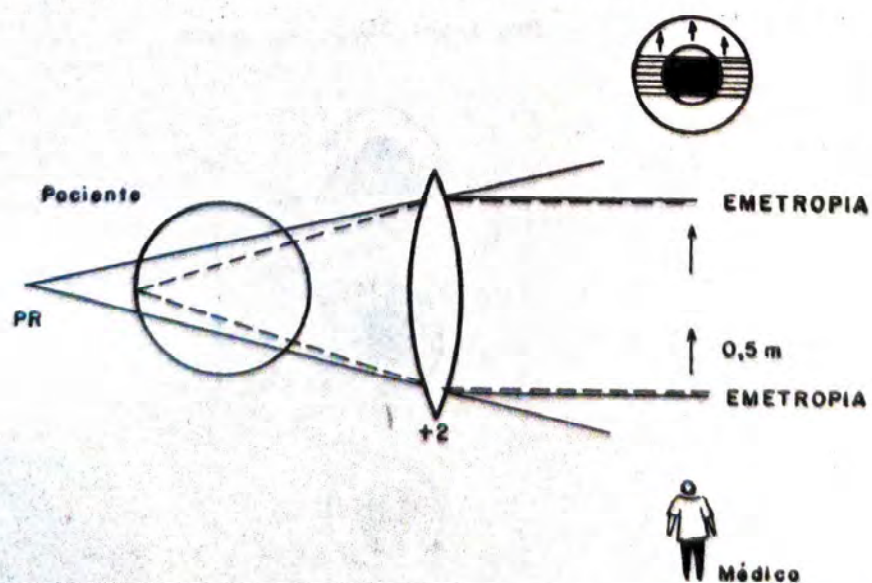
Descontar 1D

Hipermetropia 2D

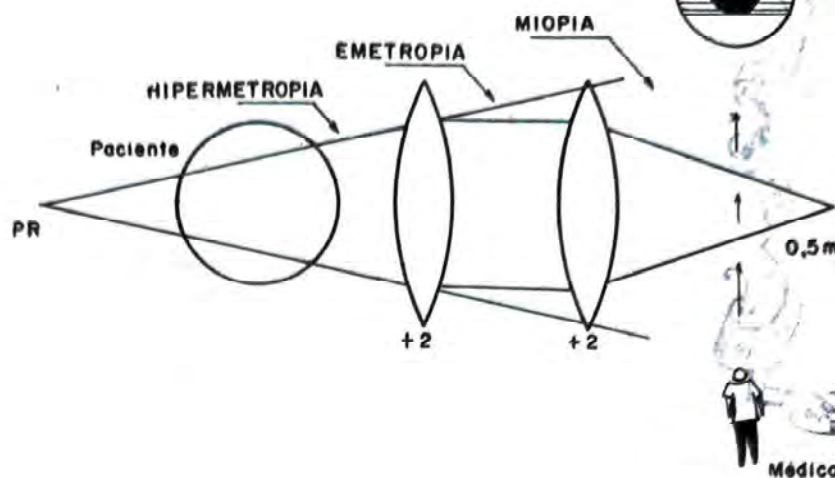
Exposição teórica.



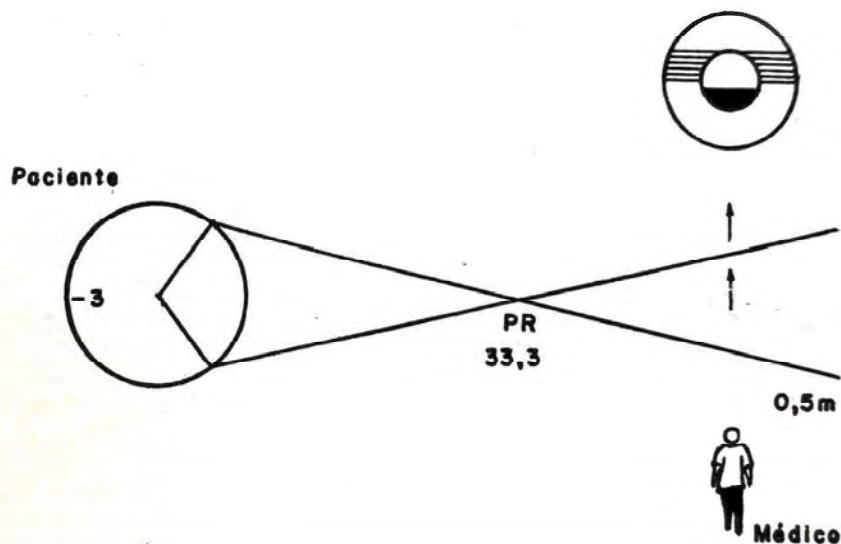
Porque subtrai 2



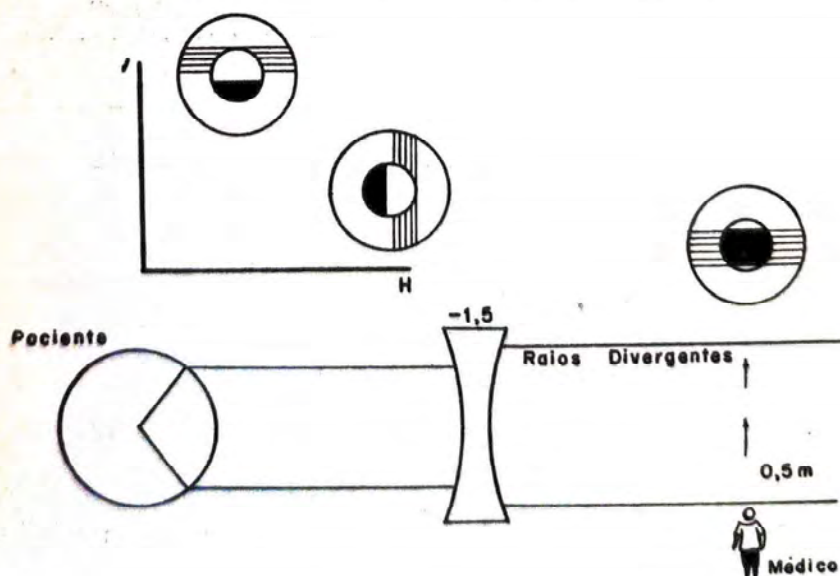
Descontar 2 —x PR = α = Emetropia

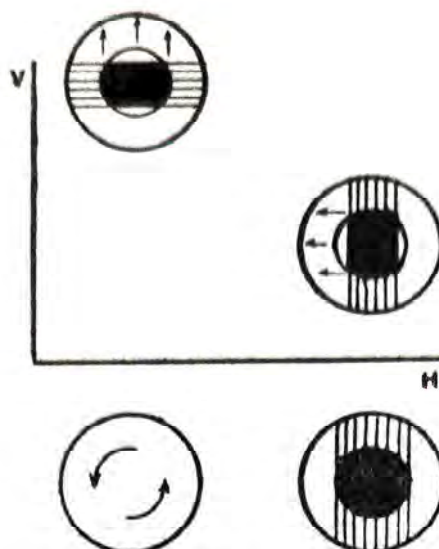


Miopia de 3D



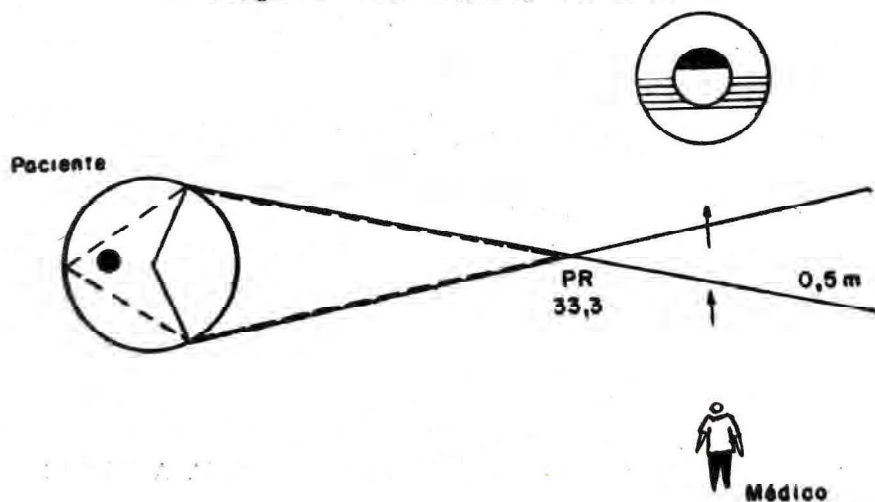
Acrescente lentes negativas até observar FAIXA A FAVOR





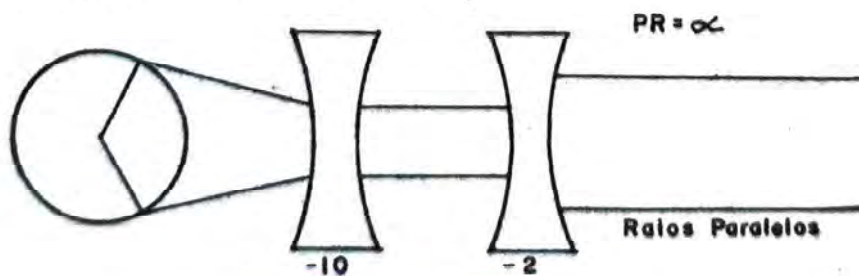
- 1) Reduzir a lente negativa até observar o desaparecimento da faixa.
- 2) Neutralize os meridianos ao mesmo tempo.

Miopia — 3D. Explicação teórica



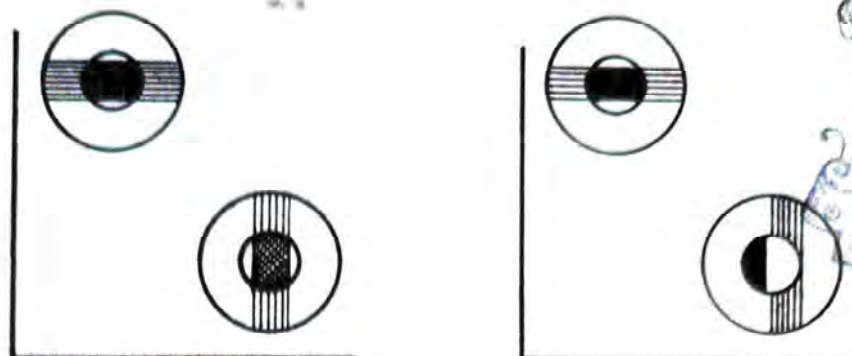
PR — ponto conjugado com a fóvea. Objeto situado no PR é focalizado na fóvea e vice-versa.

A lente que lança o PR ao α corrige a ametropia



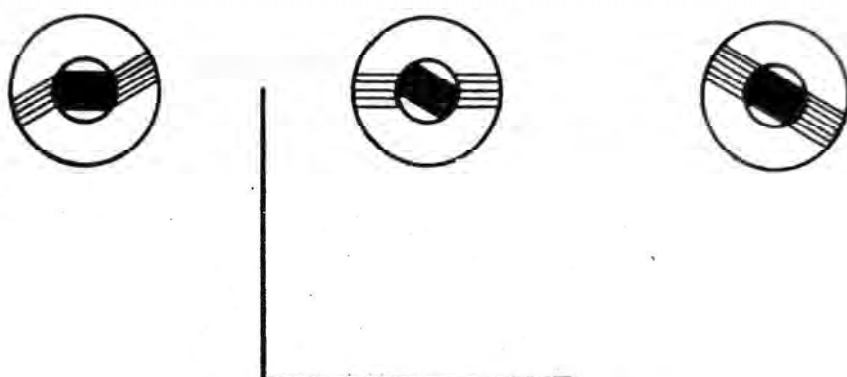
- 1 lança PR a 5,5 m.
- 2 lança PR ao α

ASTIGMATISMO



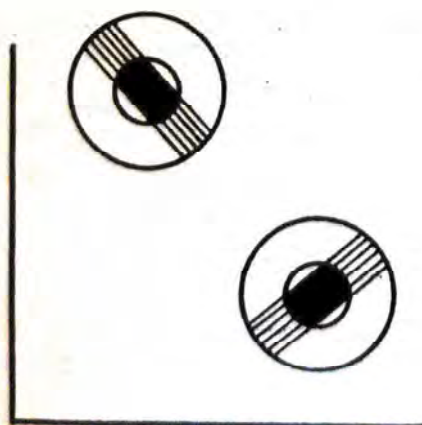
Diferenças entre faixas indicam Astigmatismo.

EIXO



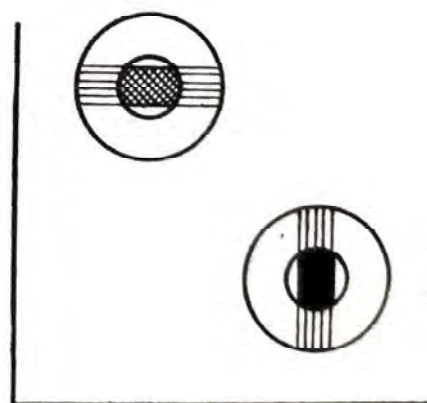
Faixa contínua corresponde à localização exata do Eixo.

Diferença = valor
do Astigmatismo



Em qualquer distância a diferença
entre os dois meridianos é a
mesma.

Faixas a favor e diferença indicam

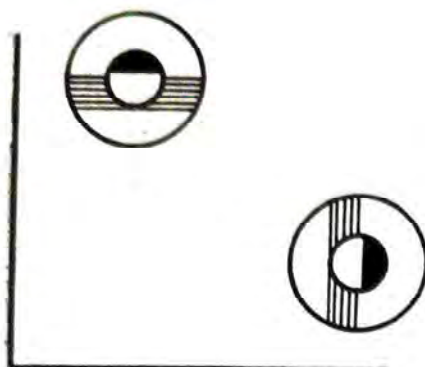


Astigmatismo simples

- hipermetrópico miópico < 2D
- Astigmatismo composto
- hipermetrópico miópico (me-
ridianos míopes < 2D)
- Astigmatismo misto
- meridiano míope < 2D

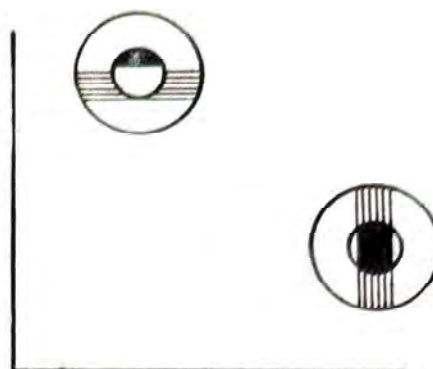
Faixas contra

indicam



Astigmatismo miópico composto
— meridianos míopes $> 2D$

Um meridiano a favor,
outro contra



Astigmatismo miópico simples
— meridiano míope $> 2D$
Astigmatismo miótico composto
— um meridiano míope $< 2D$ e
outro $> 2D$
Astigmatismo misto
— meridiano míope $> 2D$

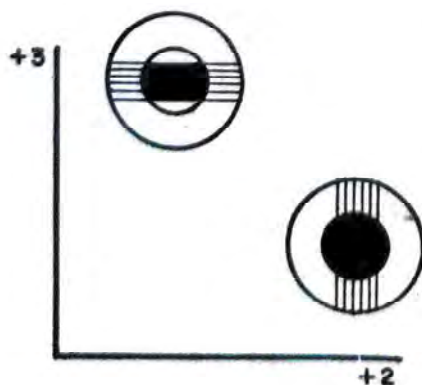
Como neutralizar os meridianos no astigmatismo

- 1) Escolha um meridiano, que será o “meridiano guia”. Localize com maior atenção o eixo e o grau dêste meridiano.
- 2) A diferença entre os dois meridianos principais determina o valor do Astigmatismo.

Auxílio

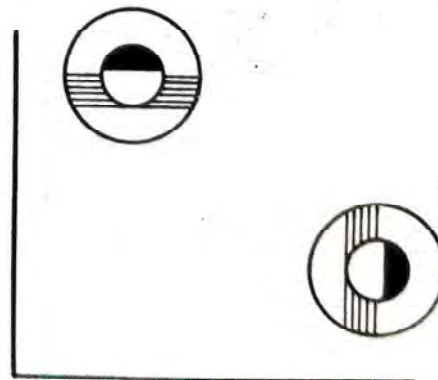
- A) de lentes esféricas;
- B) de lentes esféricas para neutralizar um meridiano e cilíndricas para a correção do A.
- C) de cils cruzados.

Como escolher o meridiano guia
“a favor”



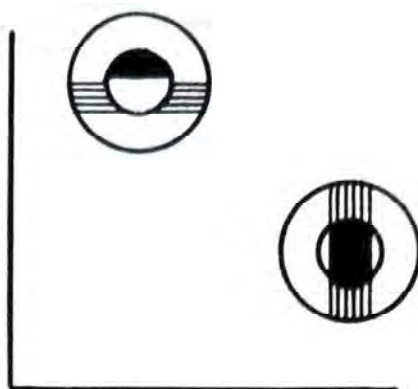
Meridiano guia = o de faixa
mais nítida.

Meridiano guia quando as faixas
são contra nos 2 M.

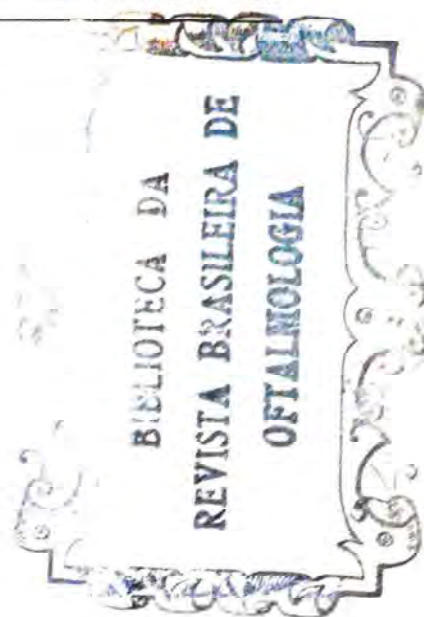


Acrescente lentes negativas até
observar movimento a favor.
Meridiano guia = onde a faixa
a favor aparece primeiro.

M. guia — quando uma faixa é a favor e a outra, contra



Meridiano guia = o defaixa a favor



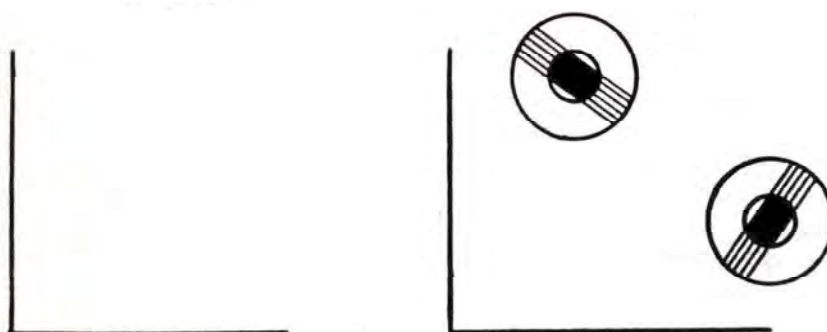
CORREÇÃO COM AUXÍLIO DE LENTES ESFÉRICAS

Astigmatismo hipermetrópico simples (um meridiano emé-
trope e outro hipermétrepe).

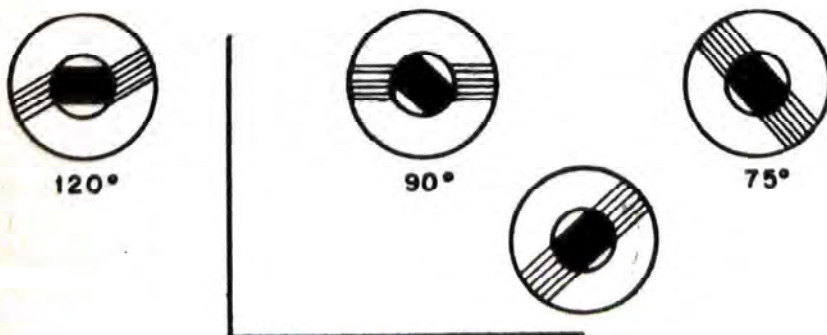
Ex.: + 150 cil a 165° ou + 150 E < > — 150 cil a 75°

1.50 D de hipermetropia

M. Guia



Emetropia



- 1) Observe a diferença entre os meridianos principais.
 - 2) A faixa no meridiano 75° é mais nítida e contínua.
 - 3) Neutralize primeiro o meridiano hipermétrepe, ou seja o de faixa mais nítida.
 - 4) A diferença determina o valor do Astigmatismo.
- "Astigmatismo H simples"

Reduza as lentes positivas até neutralizar o outro meridiano

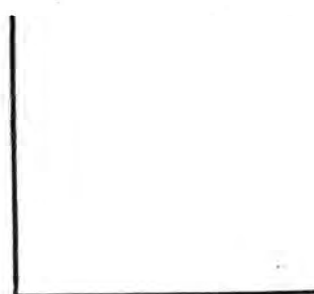


Astigmatismo miópico simples (um meridiano míope e outro emétopo).

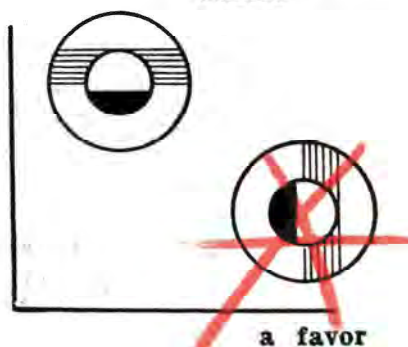
Ex.: — 2.50 cil a 180º ou — 2.50 E () + 2.50 cil a 90º

míope de 2.50 D

contra



emétopo



a favor

Neutralize o Meridiano Guia, de faixa a favor. Marque o eixo. O meridiano horizontal neutraliza com + 2 e o meridiano vertical com — 0.50 E.

Astigmatismo hipermetrópico composto (ambos os meridianos hipermetrópicos).

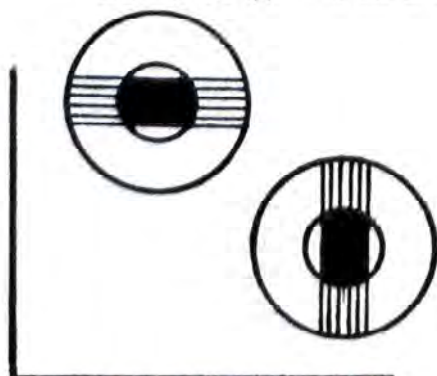
Ex.: + 4E () — 2 cil a 90º ou + 2 E () + 2 cil a 180º

M. hipermetrope de 4D

Faixa a favor mais nítida.

“a favor”

M. hipermetrope de 2D



Acrescente lentes esféricas positivas. Observe a diferença entre os meridianos. Escolha o Meridiano Guia, que corresponde ao mais hipermetrope. Localize com atenção o eixo e o valor deste meridiano. Gire a faixa de 90º. Neutralize do mesmo modo. Meridiano vertical com + 6 e horizontal com + 4.

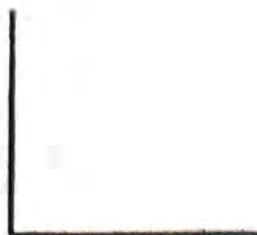
Astigmatismo miópico composto (ambos os meridianos míopes)

Ex.: — 3 E () — 2 cil a 90°

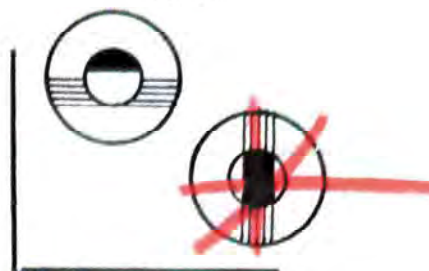
3D miopia

M Gula

contra



5D miopia

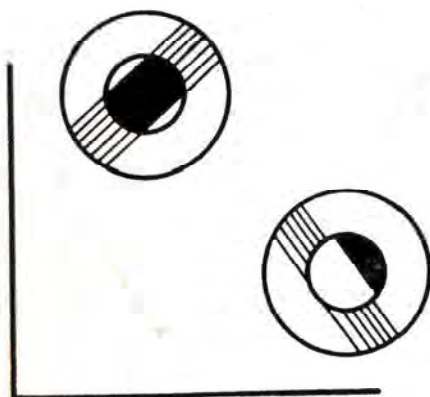


contra

"Neutralize sempre com faixa a favor".

Acrescente lentes negativas até observar faixa a favor. Observe o Meridiano Gula, onde a faixa aparece primeiro a favor. Morque o eixo. Gire a faixa no sentido do meridiano horizontal. Acrescente lentes negativas até observar também movimento a favor. A diferença indica o valor do Astigmatismo. O meridiano vertical neutraliza com — 1D e o horizontal com — 3D. Some 2D.

Astigmatismo misto: (um meridiano hipermetrope e outro míope)



Ex + 1E () — 4cil a 105°

Neutralize primeiro o M

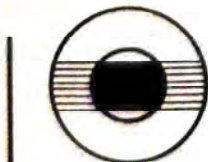
de movimento a favor.

Marque o eixo na posição da faixa contínua. Gire a faixa, reduza as lentes para neutralizar o meridiano M. Meridiano 105° neutraliza com +3, o de 15° com —1.

COMO NEUTRALIZAR COM AUXÍLIO DE LENTES ESFÉRICAS ECILS

Ex.: +2E () +1 cil a 180° ou +3E () —1 cil a 90°

Astigmatismo hipermetrope composto.



3D hipermetropia

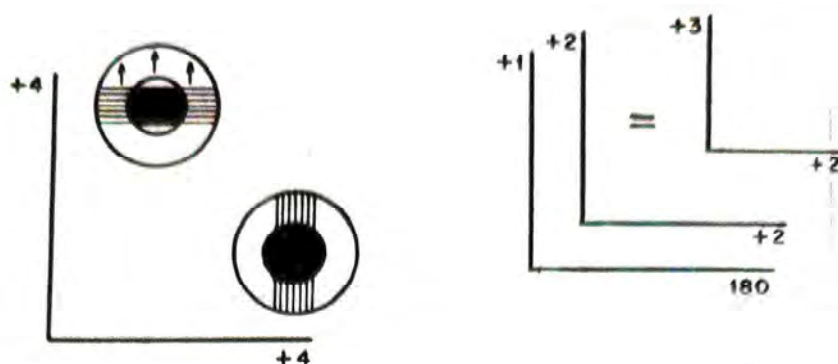


2D hipermetropia

Neutralize primeiro o meridiano menos hipermetrope. Este será agora o M guia. Desconte 2D.

(Com auxílio de esf. e cil)

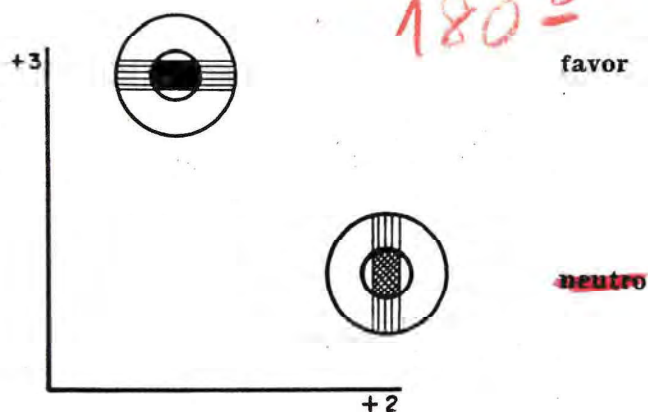
+2 E () +1 cil a 180º



Gire a faixa e neutralize o movimento a favor com cil ~~+~~ eixo 180º

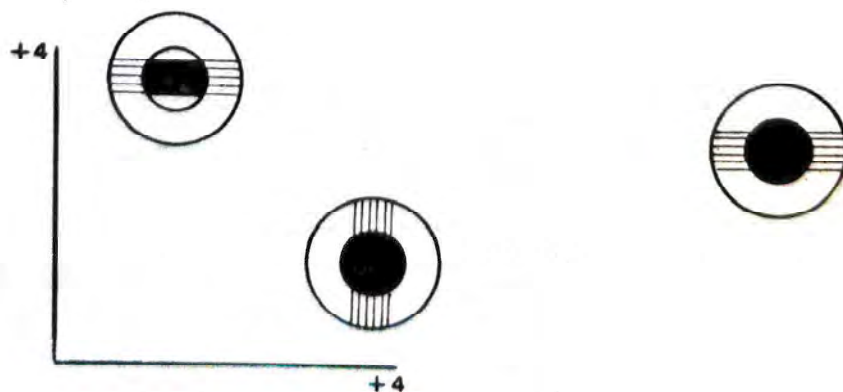
TECNICA DO CIL + NO REFRATOR DE CIL NEGATIVOS

+ 2 E () + 1 cil 180º ou + 3 E () -1 a 90º



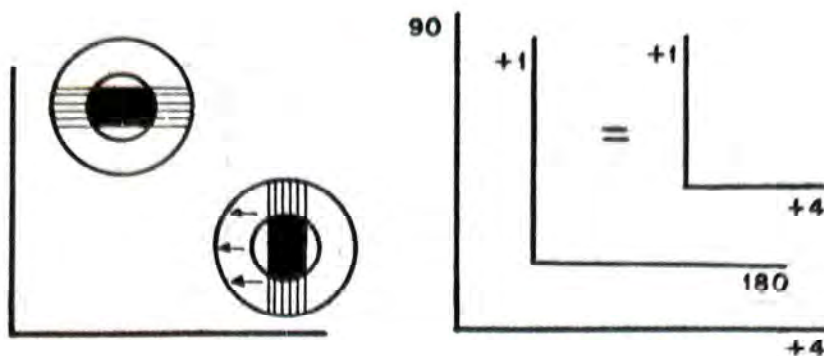
Neutralize primeiro o M menos hipermetrope.

Técnica do cil + no refrator de cil -



Gire a faixa; neutralize o movimento a favor com lentes esféricas e cilíndricas do mesmo valor, eixo 90º

NEUTRALIZAR COM CILS CRUZADOS



Neutralize cada meridiano com auxílio de cil. Faça os descontos de acôrdo com a distância.

COMO ESCREVER O RESULTADO DA RETINOSCOPIA

$\begin{array}{c} + 2 \\ 75^\circ \\ + 1 \end{array}$	ou	$\begin{array}{l} \text{Hipermetropia 2 D} \\ \text{Hipermetropia 1 D} \end{array}$
---	----	---

Marque no gráfico o valor de cada meridiano, após os DESCONTOS de acôrdo com a distância do exame. Assinale o eixo por uma seta ou com o número.

COMO TRANSPORTAR AO EQUIPO OU ARMAÇÃO DE PROVAS O RESULTADO ESCRITO NO GRÁFICO

Escolha um meridiano como esférico.

A diferença indica o astigmatismo.

Eixo na posição do meridiano tomado como esférico.

$\begin{array}{c} + 5 \\ + 2 \end{array}$	$\begin{array}{l} + 5 \text{ E } () - 3 \text{ cil. a } 90^\circ \\ \text{ou } + 2 \text{ E } () + 3 \text{ cil. a } 180^\circ \end{array}$
---	---

NO EQUIPO COM CIL NEGATIVOS

A — 2 meridianos hipermétropes: escolha para esférico o mais hipermetrope.

Onde está o esférico está o eixo.

B — 2 meridianos míopes — esférico = menos míope.

C — 1 hipermetrope outro míope — esférico = hipermetrope.

D — 1 hipermetrope outro emétrope — esférico = hipermetrope.

E — 1 míope outro emétrope — coloque o eixo na posição do tmétrope.

GRÁFICO PARA TESTAR TRANSPOSIÇÃO

Ex.: + 2 E () — 1 cil 180º ou + 1 E () + cil a 90º

$\begin{array}{r} + 2 E \\ - 1 C \\ \hline + 1 \end{array}$	ou	$\begin{array}{r} + 1 E \\ + 1 E \\ + 1 C \\ \hline + 2 \end{array}$
+ 2OE		

DIFICULDADE NA RETINOSCOPIA EM FAIXA

1 — Opacidades dos meios.

Desde que não muito espessas e centrais, permitem razoável precisão no exame.

2 — Movimentos em tesoura.

Movimentos a favor em um lado e contra em outro. Procure neutralizar o movimento a favor mais próximo do eixo visual.

3 — Astigmatismo irregular.

A faixa é vista de forma anarquica em redor do centro.

Maior obstáculo.

4 — Tamanho da pupila.

Nas pupilas demasiadamente dilatadas, as aberrações da periferia da córnea e cristalino, produzem movimentos secundários. Observe o centro da faixa.

A constrição da pupila, que ocorre com estímulo luminoso ou pela convergência, é um fator adicional de acomodação. pupila que se dilata ao olhar para longe, indica relaxamento de acomodação.

5 — Interferência de acomodação.

Recomende sempre ao paciente olhar distante para afastar a acomodação e evitar desacôrdo dos achados objetivos e subjetivos.

6 — Nos pacientes estrábicos.

Faça oclusão do olho fixador, para testar sempre o raio mais próximo do eixo visual.

As dificuldades acima referidas não reduzem a importância da retinoscopia, uma vez que tais limitações não são exclusivas do método, são limitações de qualquer processo de refração.

SUMMARY

The Practice of Streak Retinoscopy

The A. tries to encourage routine practice of streak retinoscopy and uses very simple drawings to explain the procedure.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Allen, M. J.: Retinoscopy Demonstration Projector, Am. J. Optometry and Archives Academy of Optometry, 38:506-508, 1961.
- 2 — Bensusan, J. R.: Esquiascopia con Cilindros, A. Soc. O. H.-A. 14: 9\$6-922, 1954.
- 3 — Berens — Zuckerman: Diagnostic Examination of the Eye.
- 4 — Elder-Duke: The practice of Refraction.
- 5 — Etienne, R.: Le Test de Rotation du Cylindre ou Cours de la Skiascopie, Ann. Oculist. 188:904-919, 1955.
- 6 — Ferrari, G.: Comentários Sobre Esquiascopia, Rev. Bras. Oftal. 4: 327-331, 1946.
- 7 — Lancaster, Walter L.: Refraction and Motility.
- 8 — Márquez, M.: Esquiascopia y Angioscopia de Paralaje. Analogía de Diferencias, Arch. Asoc. Evitar Ceg. México 1:289-290, 1957.
- 9 — Márquez, M.: Évolution Historique des Idées sur la Skiascopie, son État Actuel, son Vrai Mécanisme, Ann. Oculist. 191:869-930, 1958.
- 10 — Márquez, M.: Oftalmologia Clinica General y Defectos de refracción del Ojo.
- 11 — Papadopoulos:
- 12 — Pascal, J. I.: Practical Applications of Dynamic Retinoscopy, Arch. Ophthal. 25:859-862, 1941.
- 13 — Pascal, J. I.: Selected Studies in Visual Optics.
- 14 — Prado, Durval: Noções de Óptica, Refração Ocular e Adaptação de Óculos.
- 15 — Romero, E.: Aportaciones a la Oftalmología.
- 16 — Sloane, A. E: Manual of Refraction.
- 17 — Starkiewicz, W.: A New Type of Skiascopy Rule, Klinia Oczna 33: 239-243, 1963.
- 18 — Tait: Textbook of refraction.
- 19 — Voipio, H.: On Measurement of Refraction with Static Skiascopy, Acta Ophthal. 32:363-374, 1954.
- 20 — A Simplified Method of Streak Retinoscopy by J. C. Copeland.

CRANIOFARINGIOMAS

Estudo clínico de 9 casos

VIRGILIO NOVAES (1)

GLIEB ÁVILA PEREIRA (2)

PAIVA GONÇALVES FILHO (3)

Constituem os craniofaringiomas um importante grupo na patologia tumoral intra-craniana, com uma freqüência média de 5% do total e aproximadamente 50% dos tumores congênitos.

A tentativa de descrever em uma correta nomenclatura a sua origem embriológica, sua posição anatômica e o tipo celular predominante, justifica a diversidade terminológica encontrada na literatura (tumores da bolsa de Rathke, cistos supra-selares ou interpedunculares, cistos crânio-bucais, adamantinomas, etc.).

A denominação “craniofaringiomas”, proposta por CUSHING (14), é a mais aceita, apesar de não ser válida sob o prisma embriológico. Pela sua posição anatômica, possuem êstes tumores uma rica sintomatologia ocular, que permite um correto diagnóstico em fases anteriores à hipertensão intra-craniana, advindo daí o seu interesse para o oftalmologista. Para o neurocirurgião, constituem lesões de suma importância, pois sendo de natureza histológica benigna, são teoricamente curáveis.

A relação entre êstes tumores e o ducto hipofisário foi inicialmente sugerida, em 1899, por MOTT-BARRET e, posteriormente, estabelecida por ERDHEIM (17) em 1904. Mostrou êste autor que no desenvolvimento embriológico da hipófise pela união dos componen-

(1) Neurocirurgião (Hospital Sousa Aguiar — Guanabara).

(2) Neurologista (Hospital Sousa Aguiar — Guanabara).

(3) Oftalmologista (Santa Casa da Misericórdia — Guanabara).

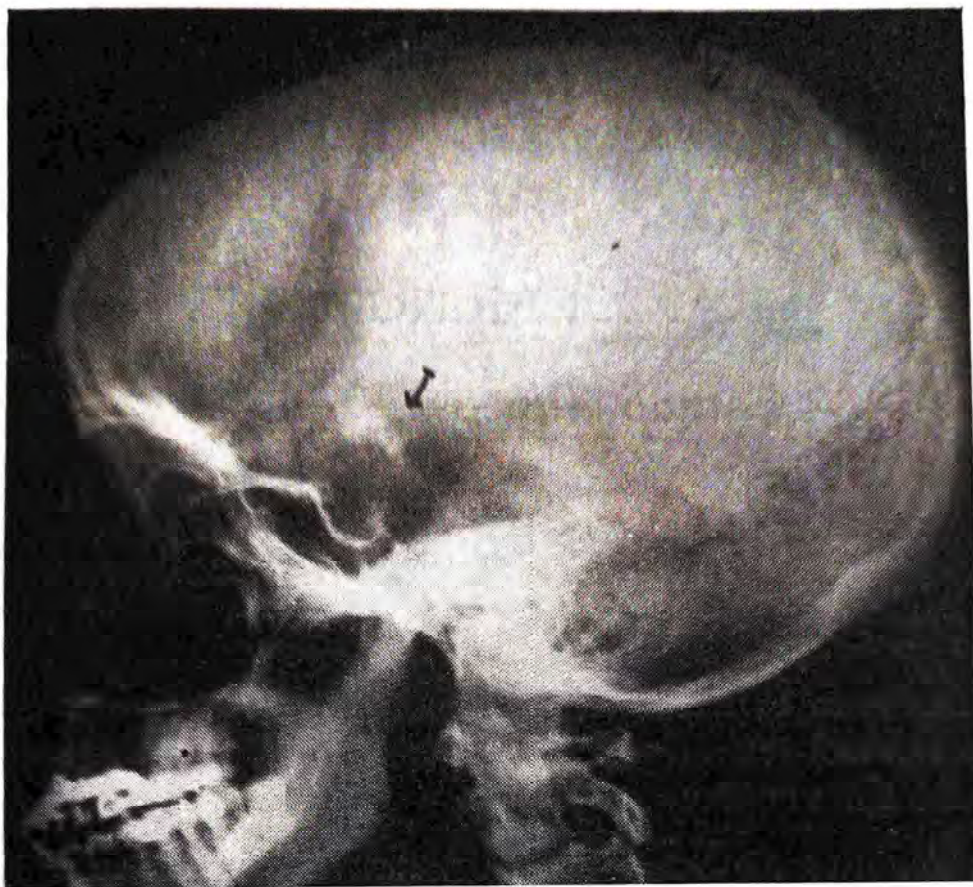


FIG. 1 — Caso 1 — Calcificação supra-selar típica.

tes infundibular e bucal, o epitélio da bolsa de Rathke se situa sobre o lobo anterior da hipófise, o que se comprova pela presença destes restos celulares escamosos em indivíduos normais. A proliferação neoplásica destes 'restos celulares' resulta na formação dos craniofaringiomas. Esta denominação foi proposta para descrever a origem embriológica única destes tumores, e como dissemos, é passível de críticas, uma vez que o ducto hipofisário é de origem bucal e não faríngea (20, 22). A mucosa do estomodeu deriva do ectoderma e não do endoderma como a faríngeana (21).

Os restos celulares remanescentes do ducto hipofisário são encontrados nas porções anteriores da haste pituitária em aproximadamente 39% de indivíduos normais (11). O exato mecanismo da transformação neoplástica destes "restos" é uma questão em aberto, bem como a razão para o aparecimento dos sintomas clínicos em diferentes grupos etários (9).

Localizam-se estes tumores na região hipofisária, acima ou abaixo do diafragma selar. Geralmente císticos, possuem alguns uma massa

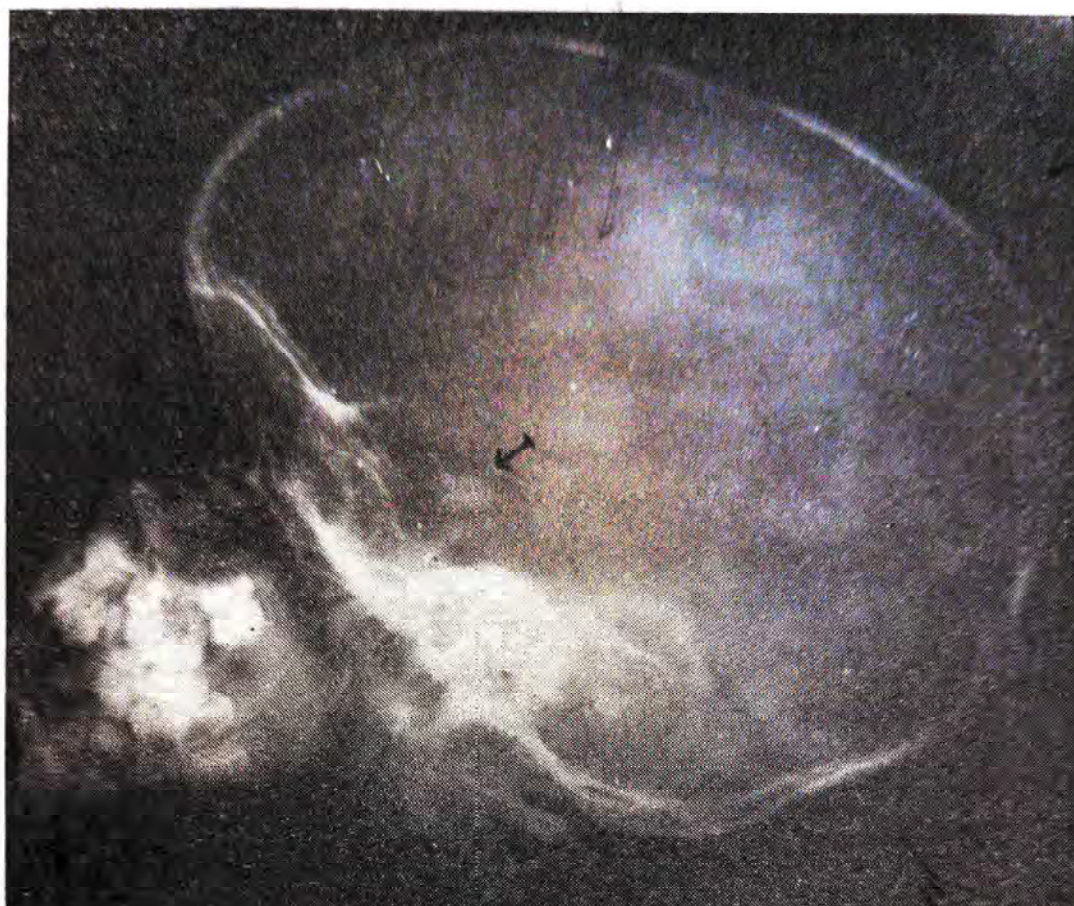


FIG. 2 — Caso 2 — Calcificação supra-selar típica.

de epitélio escamoso na qual ocorre freqüentemente um processo de calcificação. Esta porção calcificada localiza-se na base da lesão, representando a zona de inserção do cisto e a fonte de sua vascularização. O conteúdo cístico é o resultado da descamação e liquefação epitelial, cujo aspecto lembra um “óleo de motor”, no qual encontram-se em suspensão numerosos cristais de colesterol. Pode ainda êste conteúdo ser semi-sólido, idêntico ao material encontrado nos cistos dermóides.

O estudo microscópico da parede tumoral mostra um epitélio granular, resultado da proliferação das células escamosas, com formação de excrescências papilares freqüentemente queratinizadas e calcificadas.

Como êstes tumores derivam de tecidos remanescentes do ectoderma bucal, potencialmente podem reproduzir os vários elementos da cavidade oral, provocando divergências quanto à sua correta classificação.



FIG. 3 — Caso 6 — Volumosa calcificação supra-selar. Aspecto incomum

BAILEY (5) classifica os craniofaringiomas em três tipos histológicos: 1) cistos epiteliais mucóides; 2) adamantinomas; e 3) epitelomas escamosos simples ou planocelulares.

Os cistos epiteliais mucóides têm sua origem na fenda de Rathke, motivos de raras observações na literatura (6, 16, 18).

Alguns autores (13, 18, 32) classificam todos os tumores do ducto hipofisário, à exceção dos cistos epiteliais mucóides, como adamantinomas. A estrutura microscópica dos 73 casos observados por CAMPBELL (9) permitiu a êste autor classificá-los todos como adamantinomas. Para outros (5, 21), o tipo mais comum seria o epiteloma escamoso simples.

RUSSEL, RUBINSTEIN e WILLIS (36, 47) criticam o termo adamantinoma e consideram êstes tumores como epitelomas planocelulares, possuindo células escamosos ou pavimentares e basais.

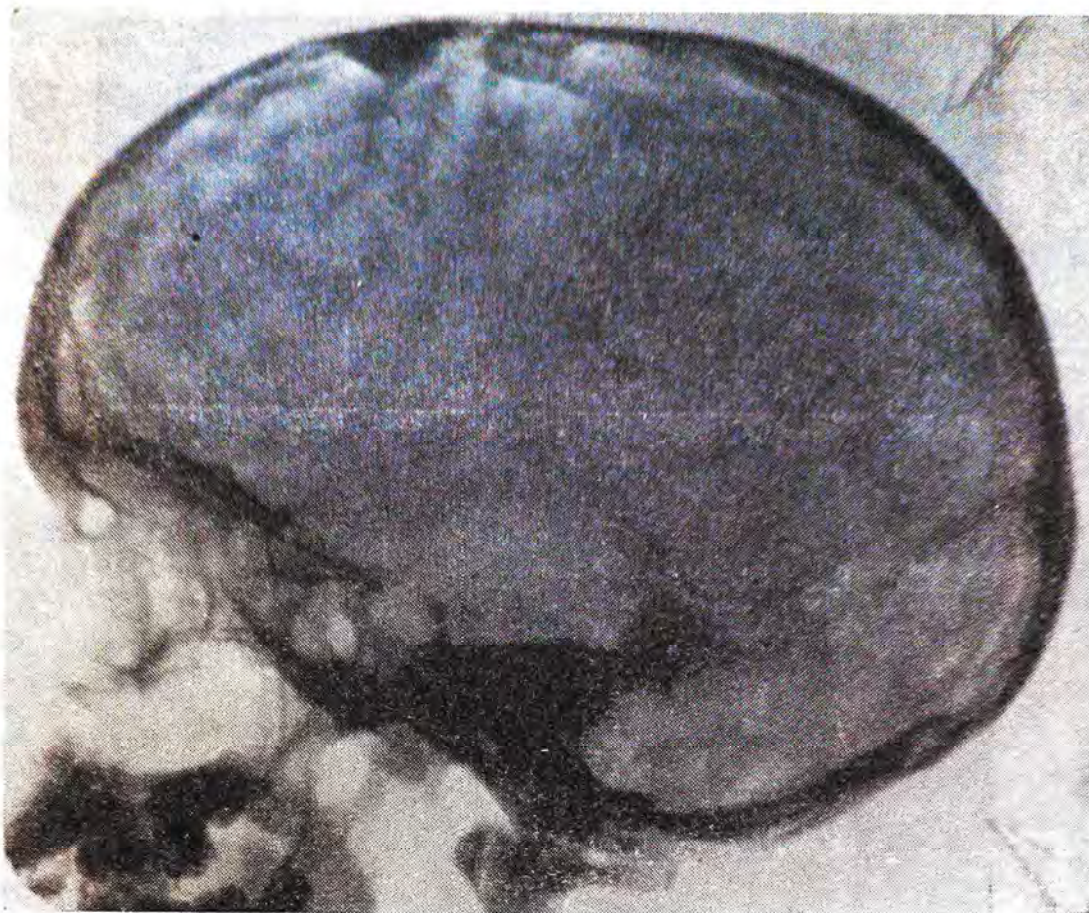


FIG. 4 — Caso 3 — Ausência de calcificações. Aspecto típico de hipertensão intra-craniana.

Na presente série, o estudo histológico dos 9 tumores mostrou um aspecto celular do tipo escamoso simples ou planocelular, lembrando o encontrado na pele, envolvido por um estroma conjuntivo, cabendo, a nosso ver, a classificação de todos os exemplos como sendo do tipo epitelioma planocelular de BAILEY.

Deposição intersticial de sais calcáreos é uma constante microscópica. Em aproximadamente 70% dos casos, esta calcificação se torna visível aos raios X. Em um caso desta série, havia estruturação microscópica óssea como nos exemplos de CAMPBELL (9), fenômeno que pode se seguir à deposição calcárea em qualquer localização tecidual.

A transformação maligna destes tumores é excepcional e, à exceção do caso reportado por PEET (32), os poucos relatos da literatura são passíveis de objeção, dado a freqüência com que os neoplasmas oriundos do nasofaringe invadem a região hipofisária (21).

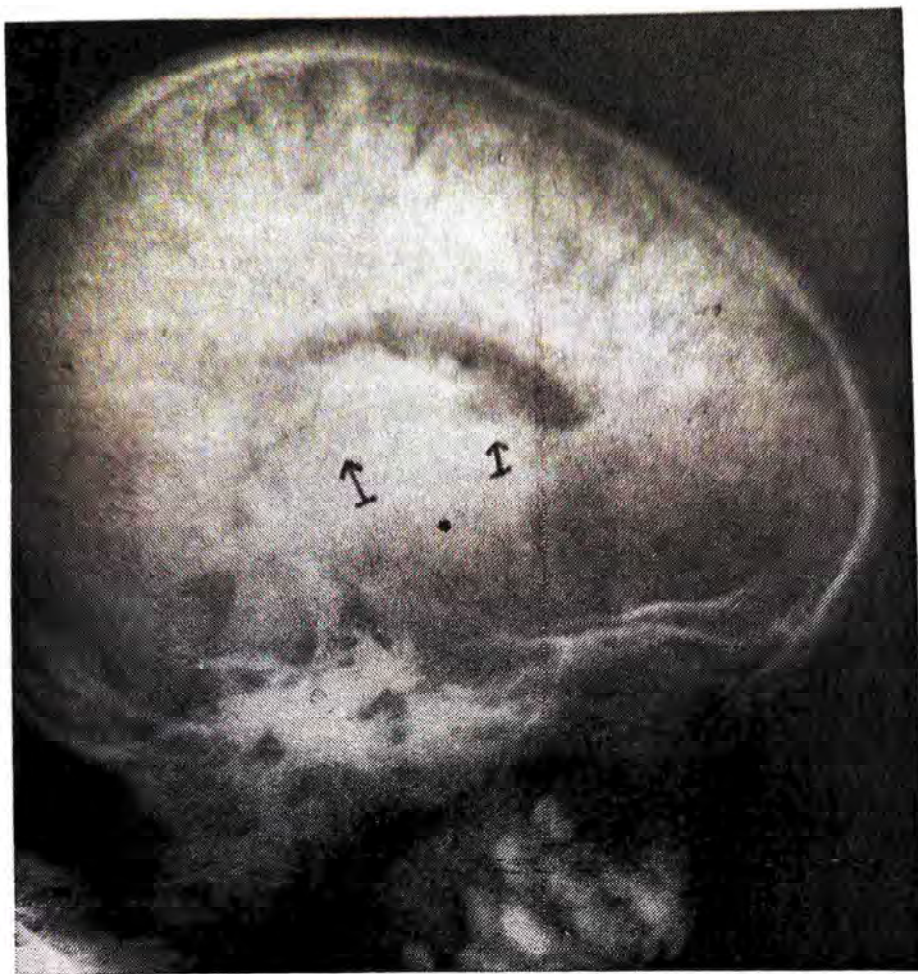


FIG. 5 — Caso 8 — Ventriculografia mostrando acentuado levantamento do 3.º ventrículo pelo tumor.

Incidência

É gritante a predominância dêste tipo tumoral nas duas primeiras décadas. No entanto, não são os craniofaringiomas exclusivos dêste grupo etário, como comprovam os estudos de WERTHEIMER (45), TIBERIN (39) e WITT (48).

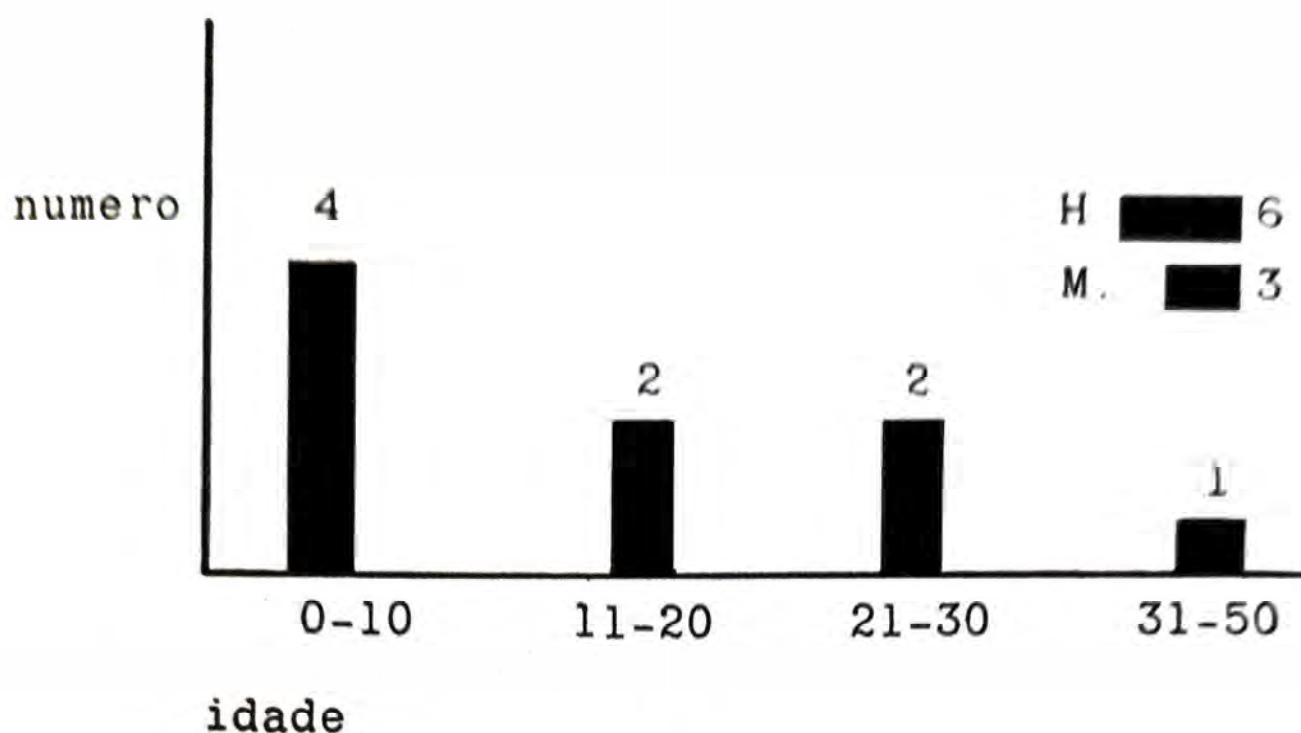
Constituindo cerca de 5% do total dos tumores intracranianos e 7% dos tumores cerebrais da infância, são relativamente mais comuns no sexo masculino.

Em nossa casuística, encontramos uma proporção de 6/3 entre os dois sexos e uma distribuição etária coincidente com os dados da literatura.

Sintomatologia

Originando-se na altura da haste hipofisária, acima ou abaixo do diafragma selar, podem os craniofaringiomas provocar uma sé-

INCIDENCIA



Quadro I

rie de distúrbios fisiológicos como resultante da interferência no normal funcionamento de estruturas adjacentes. Alguns destes sinais lesionais são provocados pelo aumento da pressão intra-craniana que se segue à obstrução do livre trânsito liquórico pelo 3.^o ventrículo.

Outros, resultam da compressão direta, mecânica, de elementos anatómicos juxta-tumorais (nervo e quiasma ópticos). Finalmente, sinais dependentes da lesão de estruturas remotas ao tumor podem ocorrer por interferência com a sua vascularização (compressão de artérias basais ou veia de Rosenthal) (9).

Assim, uma gama de sintomas, variável individualmente, pode ser distribuída em quatro grupos:

- 1) Hipertensão intra-craniana.
- 2) Distúrbios visuais.
- 3) Distúrbios hipófiso-hipotalâmicos.
- 4) Distúrbios neurológicos (outros).

A estes grupos sindrômicos pode-se acrescentar outro, dependente da ruptura espontânea do cisto no espaço subaracnóideo ou

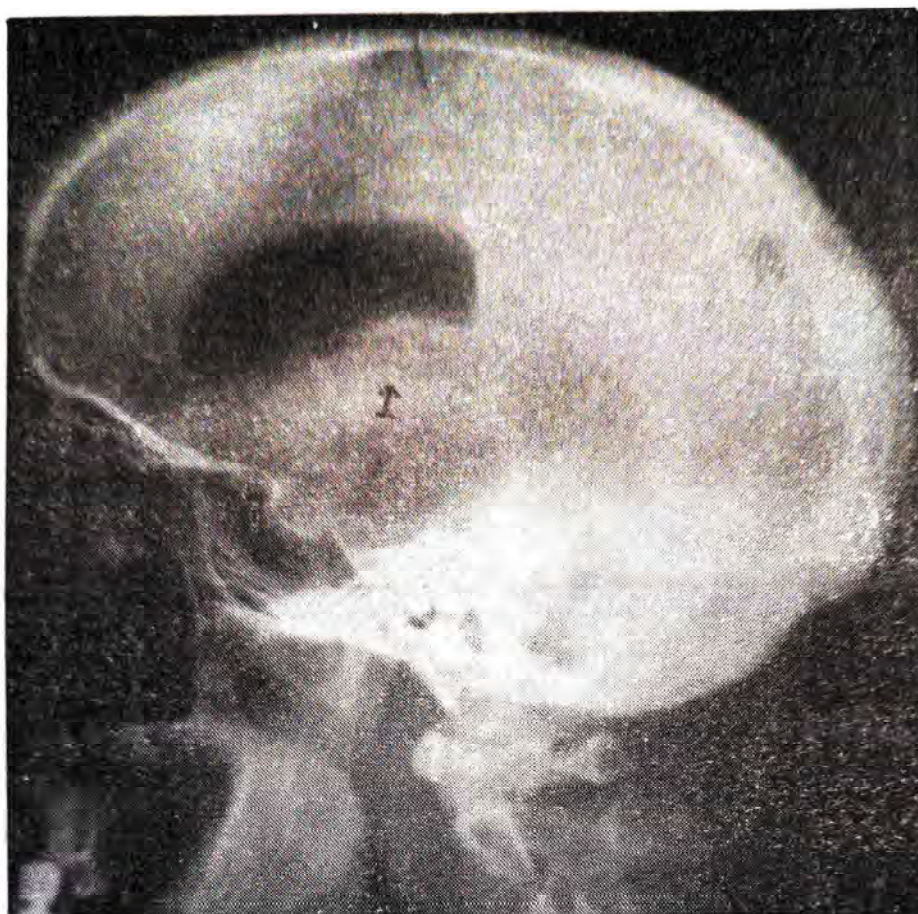


FIG. 6 — Caso 6 — Obstrução do 3.º ventrículo demonstrada pelo P.E.G.

ventricular. A ação altamente irritante do conteúdo cístico provoca um quadro de irritação meníngea grave (meningite colesterínica), comprovada pelos achados típicos no líquido céfalo-raquídeo.

1) *Hipertensão intra-craniana*

Quando a expansão extra-selar do tumor alcança o 3.º ventrículo, pode ocorrer uma obstrução do buraco de Monro estabelecendo-se um bloqueio líquórico e conseqüente hidrocefalia à montante. Eventualidade extremamente comum nos pacientes jovens, exterioriza-se clinicamente esta hipertensão líquórica pelo aparecimento de cefaléia, vômitos e edema papilar.

Se os sintomas decorrentes da hipertensão intra-craniana constituem o achado inicial nos pacientes de baixa idade, tal não ocorre nos adultos, onde esta hipertensão, quando existente, é tardia, predominando neste grupo os distúrbios visuais.



FIG. 7 — Caso 5 — Pequeno tumor intra e supra-selar demonstrado pelo P.E.G.

2) *Sinais oculares*

As representações oculares dos tumores da bolsa de Rathke resultam de duas principais causas: compressão direta das vias ópticas pela formação entumecida e, indiretamente, pela hipertensão endocraniana. Conforme a fase da vida em que se faz sentido o intumescimento tumoral diferem um tanto, no que tange à predominância, as manifestações oculares, razão pela qual desdobramos nossa descrição em três itens: infância, adolescência e idade adulta.

a) *Craniofaringiomas na infância*

FUNDO DE OLHO: o edema da cabeça do nervo óptico, sempre presente a constituir o papiledema bilateral, é de hábito mais acentuado em um dos olhos. Descoramento da papila, precursor da atrofia, representa manifestação clínica que se observa com alguma fre-



FIG. 8 — Caso 4 — A. G. C. mostrando aspecto típico nos tumores selares, levantamento das porções iniciais da artéria cerebral anterior.

quência. A atrofia óptica que vem a se instalar resulta da ação deletéria de dois fatores: a compressão direta dos elementos nervosos e a embebição edematosa dos espaços interfibrilares, também a comprimirem e comprometerem as trocas nutritivas.

CAMPO VISUAL: é para se deduzir que os traçados campimétricos, se fôsse viáveis nesta época da vida, teriam expressão gráfica peculiar à das síndromes quiasmáticas.

b) Craniofaringiomas na adolescência

ACUIDADE VISUAL: a diminuição da acuidade visual não ocorre precocemente, mas quando sói acontecer, sinal de que a via sensorial entrou a ser afetada, cedo sobrevém a cegueira, uma decorrência natural da atrofia do nervo óptico.



FIG. 9 — Caso 8 — A. G. C. evidenciando acentuado espasmo (compressão) da artéria carótida intracraniana.

FUNDO DE ÔLHO: as alterações verificadas são variadas. Descoramento da metade temporal da papila, ou disco de bordas esbatidas ou o branco nacarado da atrofia com margens nítidas.

CAMPO VISUAL: hemianopsia bitemporal assimétrica é a mais encontrada das alterações campimétricas. Registram-se, também, quadrantopsia bitemporal, perda do campo temporal de um dos olhos e escotoma central do outro, hemianopsia lateral, etc.

c) *Craniofaringiomas do adulto*

ACUIDADE VISUAL: a visão central mostra-se diminuída em ambos os olhos mas num deles muito mais. Não raramente, referem os pacientes alternância de visão, sofrível ou má em algumas ocasiões e em outras bem razoável, o que se explica pela natureza cística do tumor, com fases de maior ou menor repleção.

DEFEITOS CAMPIMÉTICOS

Hemianopsia bi-temporal		3
Escotomas bi-temporales		1
Hemianopsia bi-temporal +		1
Escotomas		
Amaurose bi-lateral		2
Hemianopsia homônima		1

Quadro II

FUNDO DE ÔLHO: atrofia, total ou apenas da metade temporal, em que as bordas do disco óptico se apresentam bem delimitadas, é a alteração dominante.

CAMPO VISUAL: as alterações campimétricas que habitualmente se instalam precocemente e se antecipam, muitas das vezes, às verificações radiológicas, reproduzem traçados reveladores de síndrome quiasmática. A assimetria é a regra, apresentando-se a linha divisória das metades cega e poupada deslocada, ora para um lado ora para outro. Só mui excepcionalmente é nitidamente vertical essa linha separadora. Comprometimento da mácula é possível.

Na literatura médica relativa ao assunto em tela, em particular no setor oftalmológico, há referências a alterações oculares de outros tipos, como exoftalmia bilateral (por irritação do plexo pericarotídeo), oftalmoplegias (por expansão tumoral no sentido do seio cavernoso), síndrome de FOSTER-KENNEDY, de PARINAUD e outras mais. Todavia, não as constatamos em nossos casos.

3) *Distúrbios hipófiso-hipotalâmicos*

Disfunções hipófiso-hipotalâmicas ocorrem em grau maior ou menor em praticamente todos os pacientes portadores de craniofa-

SINAIS FUNDOSCÓPICOS

Discos normaes	[REDACTED]	2
Edema papilar	[REDACTED]	4
Atrofia bordas nítidas	[REDACTED]	1
Atrofia bordas esbatidas	[REDACTED]	2

Quadro III

ringiomas. A sintomatologia resultante decorrerá de mais de um fator, como localização, volume e período evolutivo.

Os tumores localizados ou desenvolvidos mais posteriormente determinarão compressão de baixo para cima sobre o hipotálamo pos-

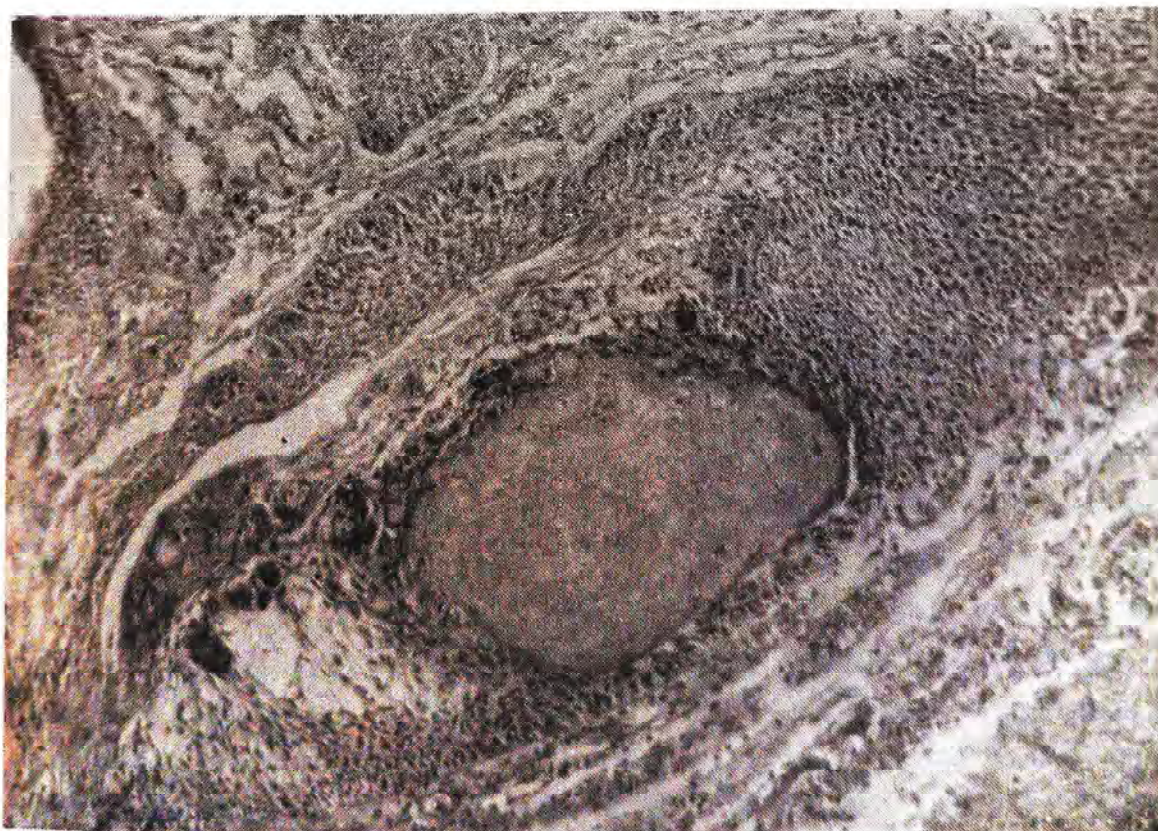


FIG. 10 — Caso 5 — Aspecto microscópico típico, caracterizado por revestimento epitelial estratificado e áreas de calcificação.

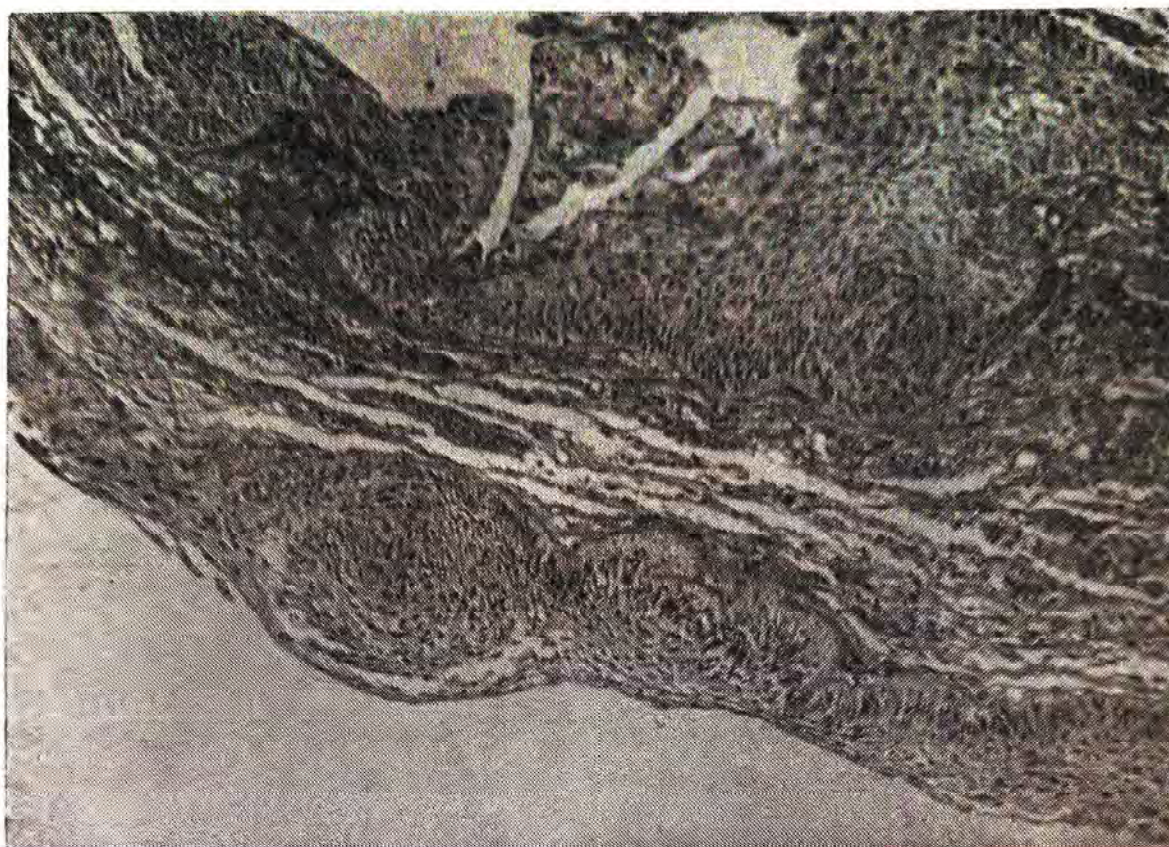


FIG. 11 — Caso 8 — Corte da parede cística, mostrando revestimento epitelial disposto em forma colunar com formação de estruturas concêntricas (ninhos epiteliais).

terior, determinando um quadro de puberdade precoce, eventualidade de extrema raridade.

Tumores mais anteriores, os mais freqüentes, originam sinais de insuficiência do lobo anterior da hipófise, condicionando clinicamente um quadro variado desde o retardo do crescimento corporal até a caquexia de SYMMONDS. Nesta insuficiência hipofisária anterior, a função mais precocemente comprometida é a gonadal, seguida pelas funções tireoidiana e supra-renal. O dogma clínico de que as gônadas faltam primeiro e que as insuficiências tireoidiana e supra-renal sòmente ocorrem com destruições mais severas da hipófise é geralmente verdadeiro (26). Os tumores localizados nas proximidades da eminência mediana determinarão diabetes insípido e graus variáveis de insuficiência hipofisária. O diabetes insípido, por lesão do núcleo supra-óptico, é de ocorrência comum em tôdas as idades. Algumas vêzes só faz sua aparição no período pós-operatório. Em nossa série, 2 pacientes apresentaram o quadro clínico e laboratorial completo do diabetes insípido.

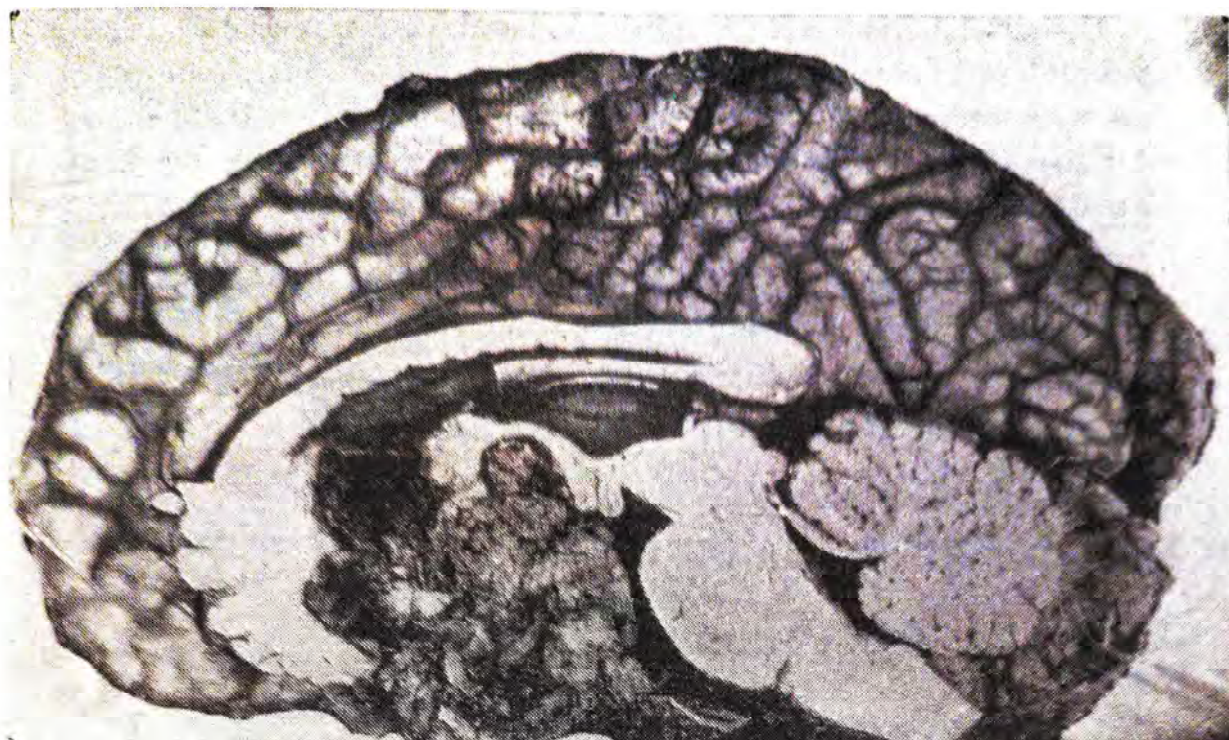


FIG. 12 — Caso 4 — Aspecto macroscópico do tumor após extirpação parcial. Notar relações do tumor com o 3.º ventrículo e tronco cerebral.

Geralmente, mesmo quando não ocorria o quadro caracterizado do diabetes, uma exigência de líquidos em excesso e aumento da frequência urinária associados, foi a observação em quase toda a série, sugerindo um distúrbio do metabolismo hídrico.

Mais freqüentemente, o diabetes insípido desenvolveu-se no pós-operatório, como uma seqüela transitória, conforme observado em 5 de nossos casos.

Podem ocorrer manifestações outras de origem hipotálamo-hipofisária, observadas em menor número, tais como síndrome adiposo-genital, modificações da nutrição com poligrafia e obesidade, alterações do estado de vigília e sonolências, alterações da regulação térmica, etc.

Estando tão dependentes, a hipófise e o hipotálamo, torna-se difícil valorizar qual dos dois está comprometido pelo tumor e dando exteriorização clínica sintomatológica, impedindo uma individualização sindrômica entre esta ou aquela estrutura. Frequentemente, a sintomatologia é resultado da compressão direta de ambos, hipófise e hipotálamo, e o quadro clínico vai depender do grau de sofrimento de tais estruturas.

Estudos laboratoriais (metabolismo basal, determinação de 17-ce-toosteróides urinários, curva glicêmica, dosagem de gonadotrofinas, etc.) não foram utilizados de rotina. São de maior importância na valorização da evolução da doença do que na determinação do diagnóstico.

SINAIS HIPOFISO-HIPOTALAMICOS

Parada do crescimento corporal		3
Caquexia de Symonds		1
"Diabetes énsipidus"		2
Sind. adiposo-genital		1
Impotência		2
Hipersonia		2

Quadro IV

4) Sinais neurológicos (outros)

Os três grupos sintomatológicos anteriormente referidos, vão dar a nota clínica predominante nos craniofaringiomas. Ocorrem, entretanto, mais raramente, sinais neurológicos variados, de frequência irregular, contribuindo para um quadro mais proteiforme. Geralmente vão depender da expansão do tumor além dos limites selares ou de alterações da vascularização cerebral. O desenvolvimento anterior ou lateral da massa tumoral explica alguns sinais lesionais de comprometimento dos lobos frontal ou temporal.

Sinais psíquicos na ausência de hipertensão intra-craniana significam, algumas vezes, uma extensão frontal do tumor, como mostraram WHITE-COBB (46) em pacientes com tumores da região hipofisária. Mais freqüentemente as alterações psíquicas decorrem de comprometimento hipotalâmico (2, 26).

Pela extensão lateral, podem ser verificados sinais de comprometimento temporal, geralmente desordens convulsivas. Em um caso de CAMPBELL (9), suspeitou-se da existência de lesão do lobo temporal pelo aparecimento paroxístico de estados oníricos ("dreamy states").

A projecção do tumor para a fossa inter-peduncular explica o aparecimento de síndromes atáxicos (5) e mesmo de sinais piramidais.

Outras vêzes, a repercussão clínica sôbre estruturas anatômicas longínquamente colocadas, decorre da compressão de vasos basais (Art. carótida interna, cerebral média, veia de Rosenthal, etc.).

Em dois caso de CAMPBELL (9), a existência de dores talâmicas, foi explicada por interrupção da vascularização do tálamo.

Em 1 caso pessoal, o aparecimento de hemiplegia súbita foi explicado por compressão vascular, comprovada angiograficamente por acentuado espasmo da carótida interna na sua porção intra-craniana.

SINAIS NEUROLÓGICOS

Crises convulsivas		2
Crise psico-motora		1
Ataxia		2
Hemiplegia		2
Sinaes psíquicos		1
Oftalmoplegia VI par		3

Quadro V

O aparecimento de sinais dependentes de lesão dos gânglios basais é explicado pela compressão da artéria coróidea anterior (2) ou das artérias lentículo-estriadas (7).

Oftalmoplegias do III e IV pares cranianos, embora alguns relatos, são muito raras, devido à proteção destes nervos pelo tentório.

Muito mais freqüentemente, são as oftalmoplegias do VI par, decorrentes do aumento da pressão intra-craniana.

Em resumo, aos sintomas mais característicos dos craniofaringiomas, somam-se outros que individualizam o caso, dando-lhe peculiaridades próprias, e que, se valorizados convenientemente, permitem considerações importantes sobre as características topográficas e evolutivas do tumor.

Diagnóstico radiológico

Desde a clássica publicação de MCKENZIE-SOSMAM (30), tornou-se conhecida a alta percentagem de calcificações intra ou supraselares nos craniofaringiomas, aproximadamente 71%.

Estas calcificações se apresentam ou como placas delicadas, esparsas, de localização supra-selar ou então mais raramente como uma massa totalmente calcificada, correspondendo à parte sólida do tumor. Excepcionalmente pode haver um depósito calcáreo em toda a parede do cisto.

Em nossa série, encontramos calcificações na região selar em 6 casos. Evidências radiológicas de hipertensão intra-craniana (abertura de suturas, erosão selar, atrofia clinoidiana, impressões digitiformes) foram encontradas em 5 casos.

O valor dos exames radiológicos contrastados (pneumoencefalograma, ventriculografia e angiografia) no correto diagnóstico dos craniofaringiomas é inestimável. De um lado, permitem estes meios semióticos um preciso conhecimento das relações da massa tumoral com as estruturas vizinhas (3.º ventrículo, artérias basais) e de outro, tem importância fundamental no diagnóstico diferencial com outras lesões hipófiso-quiasmáticas, mormente nos casos em que não existem calcificações (3).

Somente com o auxílio destes exames, podemos avaliar no pré-operatório o real volume tumoral e suas eventuais expansões, ele-

mentos de grande valia na escolha do acesso cirúrgico. É sabido que a calcificação, quando presente, não indica o exato volume tumoral, pois localiza-se sòmente na porção sólida do tumor.

ALTERAÇÕES RADIOLÓGICAS

Calcificações		6
Hipertensão intra-craneana		5
P.E.G. elucidativo		7
A.G.C. elucidativa		6

Quadro VI

A iôdo-ventriculografia, preconizada em nosso meio por CANNELLAS (10) e cols., tem valia quando as imagens pneumo ou ventriculográficas não evidenciam satisfatòriamente os limites do 3.º ventrículo.

Tratamento

Apesar do justificado pessimismo que cerca o tratamento cirúrgico dos craneofaringiomas, sua abordagem operatória é indicada pela natureza benígna destas lesões.

Tentativas de extirpação total, freqüentemente resultavam em morte no período post-operatório imediato. Até mesmo as simples punções do cisto e retirada econômica da cápsula apresentavam uma mortalidade proibitiva, principalmente naquêles pacientes com evidências clínicas de hipopituitarismo.

Praticamente todos os casos submetidos a qualquer procedimento cirúrgico, apresentavam um quadro post-operatório de insuficiência supra-renal e lesão hipotalâmica, quase fatal (23).

Normalmente, durante um "stress" cirúrgico, o aumento da hidro cortisona circulante evita o colápsio circulatório periférico. Se existe uma diminuição do hormônio adrenocorticotrófico (A.C.T.H.) por 1) hipopituitarismo ou 2) lesão hipotalâmica operatória, a liberação de hidro cortisona não será suficiente para impedir o colápsio circulatório.

Após a introdução do A.C.T.H. e da cortisona no controle pré e pós-operatório dos pacientes portadores de craniofaringiomas e outras lesões tumorais selares, muitas das temíveis complicações hipó-fiso-hipotalâmicas são evitadas (21, 23, 35, 42).

Mesmo na ausência de sinais clínicos sugestivos de hipopituitarismo devem todos os pacientes com lesões tumorais selares ou para-selares ser convenientemente preparados com hidro cortisona no período prévio à operação. Após o ato cirúrgico, mantém-se a terapêutica por tempo variável, dependendo a sua retirada do estado metabólico do paciente (9, 21).

Com o uso rotineiro da cortisona pode-se tentar uma cirurgia mais radical, se bem que, apesar desta cobertura hormonal, toda tentativa de extirpação total carrega consigo um maior índice de mortalidade (23, 28, 29).

O ataque cirúrgico variará segundo os informes dos exames radiológicos (P.E.G. — A.G.C.), abordando-se o tumor ou por via sub-frontal (14), sub-temporal (34) ou intra-ventricular (9).

A nosso ver, apesar da proteção pelos corticóides, deve-se adotar uma atitude cirúrgica menos agressiva, tentando-se a exérese total somente nos pequenos cistos supra-selares não aderentes ao 3.º ventrículo.

Todos os esforços operatórios devem ser dirigidos para a liberação do sistema óptico (nervos e quiasma), e do 3.º ventrículo, quando existir bloqueio ao livre trânsito liquórico.

Quando os estudos radiológicos indicarem um tumor de grandes dimensões, acompanhado de acentuada hidrocefalia, o mais conveniente é abandonar a via de acesso direta, estabelecendo-se uma derivação ventrículo-cisternal (41).

SCARFF (37) preconiza a drenagem intra-ventricular do cisto tumoral, com o que acredita impedir o seu crescimento.

Na eventualidade de recorrência dos sintomas, ou uma "puncção cega" através um dos buracos da trepanação prévia, ou uma nova exploração, são justificadas.

Apesar dos bons resultados com o tratamento radioterápico referidos por alguns autores (15, 38, 43), parece ter pouca influência esta terapêutica no crescimento celular dos craniofaringiomas. Talvez exista somente uma questionável diminuição na formação do líquido cístico por destruição das células secretoras (24).

Constituídos por células bem diferenciadas, exigem os craniofaringiomas uma alta dose de raios X para que se obtenha um grau de destruição celular conveniente. ARNOLD (1) e cols. demonstraram experimentalmente ser o hipotálamo a zona cerebral mais sensível aos raios X, mesmo em doses inferiores às indicadas para o perfeito controle dos craniofaringiomas (8).

Melhores resultados têm sido obtidos pela exposição direta da cápsula à radiação beta (9), ou pela introdução de compostos radioativos (25).

A despeito dos resultados desapontadores obtidos com a terapêutica cirúrgica dos craniofaringiomas, não existe outro meio lógico para a solução dos problemas apresentados por este tipo tumoral (21).

Resultados

Todos os 9 pacientes foram submetidos à exploração cirúrgica, sendo em 8 casos empregada uma via de acesso direta ao tumor, e em 1 uma drenagem ventrículo-cisternal.

A mortalidade operatória imediata nos 8 casos com exposição direta do tumor (4 sub-frontal, 3 trans-ventricular e 1 sub-temporal) foi de 3 casos (33%). Dêstes, 2 casos foram considerados como "extirpação total" não confirmada na autópsia em ambas eventualidades.

Dos restantes 6 pacientes, 2 apresentaram sinais de recidiva tumoral decorridos 13 e 26 meses respectivamente, vindo a falecer um dêles.

O índice global de mortalidade, imediata e tardia, com seguimento mínimo de 6 meses e máximo de 7 anos foi de 44%.

SUMARIO

Após rever sucintamente a origem embriológica e o aspecto microscópico dos craniofaringiomas, os AA. analisam sua série pessoal de 9 casos no tocante à sua sintomatologia.

Manifestam-se a favor de uma cirurgia menos radical, à exceção dos tumores de pequenas dimensões quando todos os esforços devem ser envidados para sua exérese total.

A taxa de mortalidade imediata e tardia foi de 44% (4 pacientes).

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Arnold, A.; Bailey, P.; Harney, R. A. — "Intolerance of the primate brain stem and hypothalamus to conventional and high energy radiations". *Neurology* 4:575, 1954.
- 2 — Arseni, C.; Nash, F.; Samitca, P. C. — "Extrapiramidal syndroms with intracranial tumours". *Psychiat. et Neurol.* 137:230, 1959.
- 3 — Barnett, D. — "Radiologic aspects of craniopharyngiomes". *Radiology* 72:14, 1959.
- 4 — Barreto Neto, M. — "Contribuição ao estudo dos blastomas de origem hipofisária". *Arq. Bras. Med.* 36:81, 1946.
- 5 — Bailey, P. — "Tumours of the hipophysis cerebri" in Penfield — "Citology and cellular pathology of the nervous systems". P. Hoeber Ed. — N. York, 1932.
- 6 — Berry, R. G.; Schlezinger, N. S. — "Rathke cleft cysts". *A.M.A. Arch. Neurology* 1:48, 1959.
- 7 — Bogaert, L. Van — "The thalamic and parkinsonian types of infundibular tumours". *Arch. Neurol. Psychiat.* 19:377, 1928.
- 8 — Bouchard, J. — "Radiation therapy of intracranial neoplasms" in Fields' — "Biology and treatment of intracranial tumours". Ch. Thomas Ed., Springfield, 1962.
- 9 — Campbell, J. B.; Hudson, F. M. — "Craniobuccal origin, signs and treatment of craniopharyngiomes". *Surg. Gynec. Obst.* 111:183, 1960.
- 10 — Canelas, H. M.; Cruz, O. R.; Tenuto, R. A. — "Tumores congênitos do sistema nervoso — II — Craniofaringiomas". *Arq. Neurol. Psiquiatria.* 19:79, 1961.
- 11 — Carmichael, H. T. — "Squamous epithelial rests in the hypophysis cerebri". *Arch. Neurol. Psychiat.* 26:966, 1931.
- 12 — Couto, D.; Portugal, J. R. — "Craniofaringioma supurado". *Arq. Bras. Med.* 32:89, 1942.

- 13 — Critchley, Mc D.; Ironsides, R. N. — "The pituitary adamantinomas". *Brain*, 49:437, 1926.
- 14 — Cushing, H. W. — "Intracranial tumours". Springfield, Illinois. Ch. Thomas, 1932.
- 15 — Dyke, C. G.; Davidoff, L. — "Roentgen treatment of diseases of the nervous system". Lea Febiger, Philadelphia, 1942.
- 16 — Duffy, W. C. — "Hypophyseal duct tumours". *Ann. Surgery*, 72:537, 1920.
- 17 — Erdheim, J. — "Ueber Hypophysengangsgeschwülste und Hirncholesteatome". *Sitzber Akad. Wiss. Vienna* 113:537, 1904.
- 18 — Frazier, C. H.; Alpers, B. J. — "Tumours of Rathkes cleft. (Hitherto called tumours of Ratkes pouch)". *A.M.A. Arch. Neurol Psychiat.* 32:973, 1934.
- 19 — Gordy, P. D.; Peet, M. M.; Kahn, E. — "Surgery of craniopharyngiomas". *J. Neurosurgery* 6:503, 1949.
- 20 — Hirsch, O. — "Hypophyseal duct tumours". *J. Neuropathol. Exper. Neurol.* 17:305, 1958.
- 21 — Ingraham, F.; Matson, D. — "Cortisone and A.C.T.H. as an adjunct to surgery of craniopharyngiomas". *New England J. Med.* 246:568, 1952.
- 22 — Hirsch, O.; Hamlin, H. — "Symptomatology and treatment of the hypophyseal duct tumours". *Conf. Neurol.* 19:153, 1959.
- 23 — Kahn, E. A. — "Some physiological implications of craniopharyngiomas". *Neurology* 9:82, 1959.
- 24 — Leddy, E. T.; Marshall, T. M. — "Roentgentherapy of pituitary adamantinomas". *Radiology* 56:384, 1951.
- 25 — Leksell, L.; Lyden, L. — "A therapeutic trial with radioactive isotopes in cystic brain tumours". *RadioTech. Proc. Conf.*, 1951. Oxford Medical Physiol. Applic. Vol. 1:76. London.
- 26 — Loyd, C. W. — "Central nervous system regulation of endocrine functions in the human" in Nalbandov, V. — "Advances of Neuroendocrinology". Univ. Illinois Press, 1963.
- 27 — Love, J. G.; Marshall, T. M. — "Craniopharyngiomas". *Surg. Gynec. Obstet.* 90:591, 1950.
- 28 — Matson, D. D.; Crigler, J. F. — "Radical treatment of craniopharyngiomas". *Am. J. Surg.* 152:699, 1960.
- 29 — Matson, D. D. — "Craniopharyngiomas". *Clin. Neurosurg.* 10:116, 1964. Ch. Thomas, Springfield.
- 30 — McKenzie, K. G.; Sosmam, M. C. — "The roentgenological diagnosis of craniopharyngeal pouch tumours". *Am. J. Roentg.* 11:171, 1924.

- 31 — Northfield, D. W. — "Rathke — pouch tumours". Brain 80:293, 1957.
- 32 — Peet, M. M. — "Pituitary adamantinomas". Arch. Surg. 15:829, 1927.
- 33 — Pinto, F.; Pinto, A. — "Craniófaringioma". Rev. Bras. Cir. 34:226, 1957.
- 34 — Poppen, J. L. — "Tumours of the sella turcica in presence of pre-fixed chiasm". Surg. Clin. North Amer. 39:841, 1959.
- 35 — Raaf, J.; Stainsby, D. L.; Larson, W. L. E. — "The use of A.C.T.H. in conjunction with surgery for neoplasms in the parasellar area". J. Neurosurgery, 11:463, 1954.
- 36 — Russel, D.; Rubinstein, J. L. — "Pathology of tumours of the central system". Ed. Arnold, London, 1959.
- 37 — Scarff, J. E. — "A new method for treatment of cystic craniopharyngiomas by intraventricular drainage". Arch. Neurol. Psychiat. 46:843, 1941.
- 38 — Taveras, J. M. — "Radiotherapy of brain tumours". Clinical Neurosurg. 7:178, 1961. Ch. Thomas Ed.
- 39 — Tiberin, P.; Goldberg, G. M.; Schwartz, A. — "Craniopharyngiomas in the aged". Neurology 8:51, 1958.
- 40 — Tilney, F. — "The developmental and constituents of the human hypophysis". Bull. Neurol. Inst. N. York 5:387, 1936.
- 41 — Torkildsen, A. — "Ventriculocisternostomy — a palliative method in hydrocephalus". Oslo: Joham Grundt Tanun Forlag, 1947.
- 42 — Tytus, J. S.; Seltzer, H. S.; Kahn, E. A. — "Cortisone as an aid in the surgical treatment of craniopharyngiomas". J. Neurosurgery, 12:555, 1955.
- 43 — Vampré, E. — "Tumor da bolsa de Rathke". São Paulo Médico, 3(1):205, 1930.
- 44 — Wagener, H.; Love, J. G. — "Fields of vision in cases of tumours of Rathke's pouch". Arch. Ophth. 29:873, 1943.
- 45 — Wertheimer, P.; Corradi, M. — "Les craniopharyngiomas après 40 ans — étude anatomo-clinique et resultats operatoires à propos de 18 observation". Neurochirurgie, 3:3, 1957.
- 46 — White, J. C.; Cobb, S. — "Psychological changes associated with giant pituitary neoplasm". Arch. Neurol. Psychiat. 74:383, 1955.
- 47 — Willis, R. A. — "Pathology of tumours". Butterworth — London — 2.^a ed. — 1959.
- 48 — Witt, J.; McCarty, C.; Keating, F. — "Craniopharyngiomas in patients more than 60 years age". J. Neurosurgery 12:354, 1955.

HIPERTELORISMO E ESTRABISMO DIVERGENTE NA OBRA DO ALEIJADINHO

PAULO GUSTAVO GALVÃO (*)

A presente comunicação consta de duas partes. Na primeira, estudaremos a síndrome do Hipertelorismo de GRIEG; na segunda parte, identificaremos esta condição nas imagens de escultura do ALEIJADINHO e tentaremos valorizá-la, sob o ponto de vista artístico, juntamente com o Estrabismo divergente acompanhante, como elementos de grande densidade expressiva.

O Hipertelorismo

DUKE-ELDER (1952) refere que GRIEG (1924), estudando dois casos de Hipertelorismo em um trabalho que é considerado clássico, chamou a atenção do mundo científico para esta síndrome ainda não referida na Literatura Médica. Os elementos que a caracterizam e definem são o aumento da separação entre as órbitas, a retração da ponte nasal que se encontra alargada e plana, a existência de ossos nasais maciços e deprimidos e desenvolvimento de um osso internasal. Órbitas, bulbos oculares e fissuras palpebrais guardam, quase sempre, proporções normais.

O termo Hipertelorismo é meramente descritivo e referente apenas a um dos elementos constitutivos da síndrome (aumento da distância entre as órbitas), podendo ser aplicado a diversas outras anomalias como a Acrocéfalo-sindaetilia de APERT, a Disostose crânio-facial de CROUZON, etc., onde também está presente esta circuns-

(*) Médico da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais — Hospital São Geraldo (Dir. Prof. Hilton Rocha).

tância particular. Por esta razão, diversos autores, entre os quais WAARDENBURG (*in* WAARDENBURG, FRANCESCHETTI e KLEIN, 1961), propõem que se utilize o termo Euriopia (Euriopia de GÜNTHER) que, com mais propriedade, envolve todos os elementos que justificam a síndrome descrita por GRIEG. Embora não tenha sido termo cunhado pelo autor da primeira descrição, parece-nos procedente e oportuna a observação.

A condição básica desta anomalia, seu sêlo diagnóstico é, sem dúvida, o aumento da distância entre as órbitas (Hipertelorismo), sendo ela, portanto, a antítese da Ciclopia. Mediando os dois extremos, Hipertelorismo e Ciclopia, encontra-se o Hipotelorismo que se manifesta numa graduação consideravelmente variável, representando a tendência à Ciclopia.

A causa primária do Hipertelorismo, tenhamos em vista a concepção de IDA MANN sobre o deslocamento e a estruturação do mesoderma para-axil ou admitamos a causa já apontada por GRIEG na ontogênese, permite-nos encará-lo como anomalia de desenvolvimento (*in* WALSH, 1957).

Segundo GRIEG, a ossificação precoce da pequena asa do esfenoide determinaria a fixação das órbitas na posição fetal de lateralidade, impedindo-as de cumprirem sua migração em busca do paralelismo normal de suas paredes mediais.

As figuras 1, 2 e 3 ilustram diversas fases do desenvolvimento embrionário e fetal em que se pode ver o que acontece com as estruturas orbitárias e para-orbitárias na evolução intra-uterina. A figura 1 (*in* IDA MANN, 1950) representa embrião de 4 mm, onde as vesículas ópticas estão lateralizadas, ainda em oposição axil. A figura 2 (*in* IDA MANN, 1950) é uma representação esquemática da progressiva angulação dos eixos orbitários em demanda do paralelismo frontal. A figura 3 (*in* WAARDENBURG, FRANCESCHETTI e KLEIN, 1961) é um desenho semi-esquemático de um feto de 18 mm, onde podemos notar o aspecto fisionômico caracterizado por acentuada lateralidade das órbitas.

A figura 4 (*in* DUKE-ELDER, 1952) é a fotografia do crânio de um portador de Hipertelorismo onde vemos a grande separação entre as cavidades orbitárias, a depressão e solidez dos ossos da raiz nasal, a hipoplasia do maxilar superior, reborda orbitária em pro-

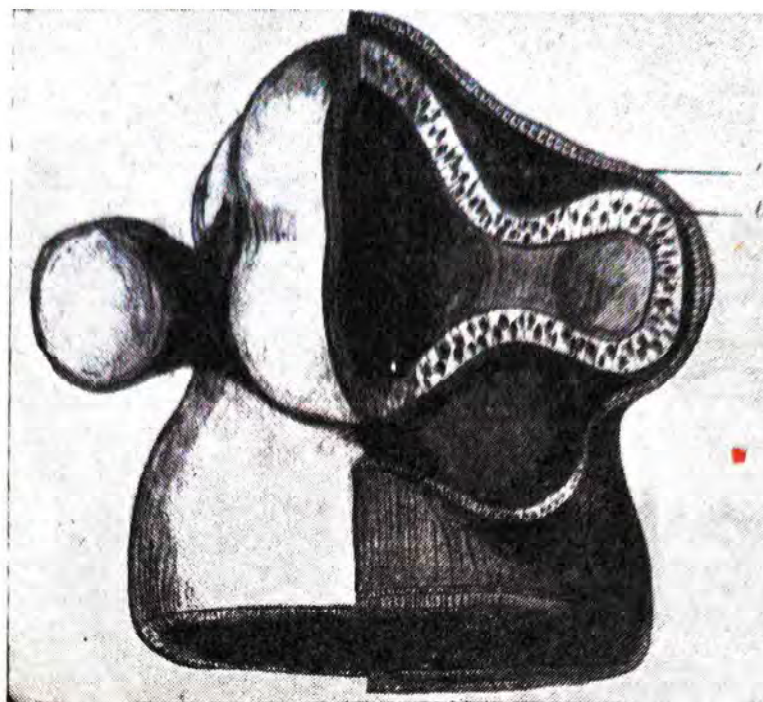


FIG. 1 — Desenho semi-esquemático de embrião de 4 mm mostrando as vesículas ópticas lateralizadas e em oposição axil. (in IDA MANN, 1950).

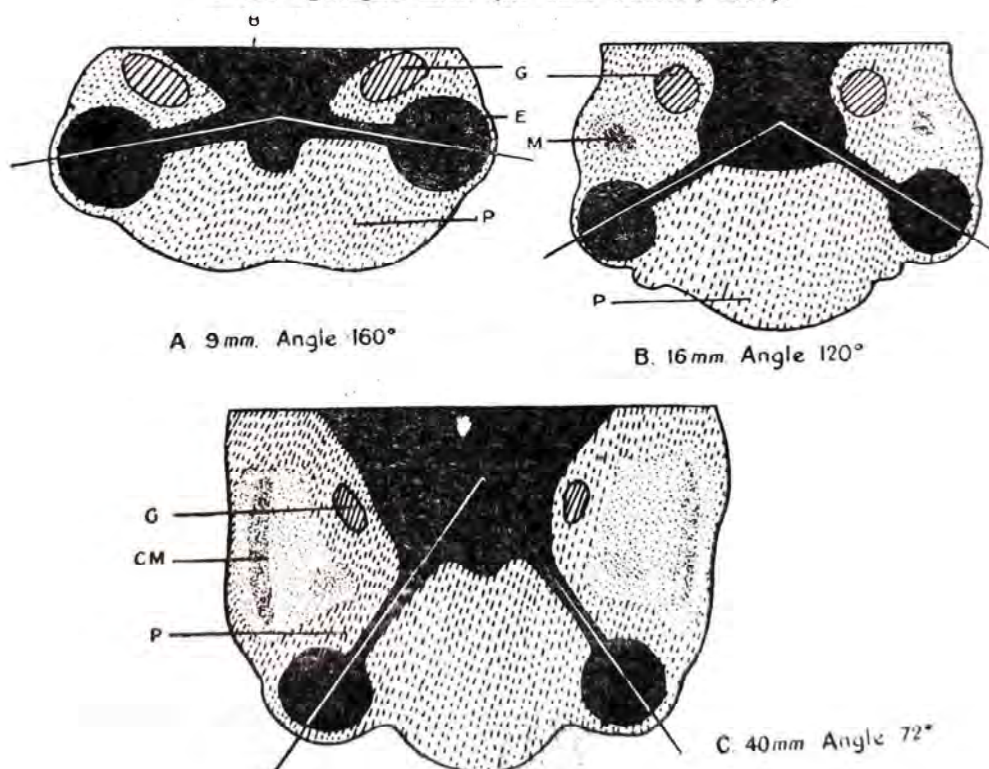


FIG. 2 — Representação esquemática da progressiva angulação dos eixos orbitários em demanda do paralelismo frontal. (in IDA MANN, 1950)

porção com as dimensões do crânio e, no caso, nitidamente mesocônquias. A figura 5 (in DUKE-ELDER, 1952) corresponde a um dos primeiros casos descritos por GRIEG.

FIG. 3 — Desenho semi-esquemático de um feto de 18 mm, devendo-se notar o aspecto fisionômico caracterizado por acentuada lateralidade das órbitas. (in WAARDENBURG, FRANCESCHETTI e KLEIN, 1961)

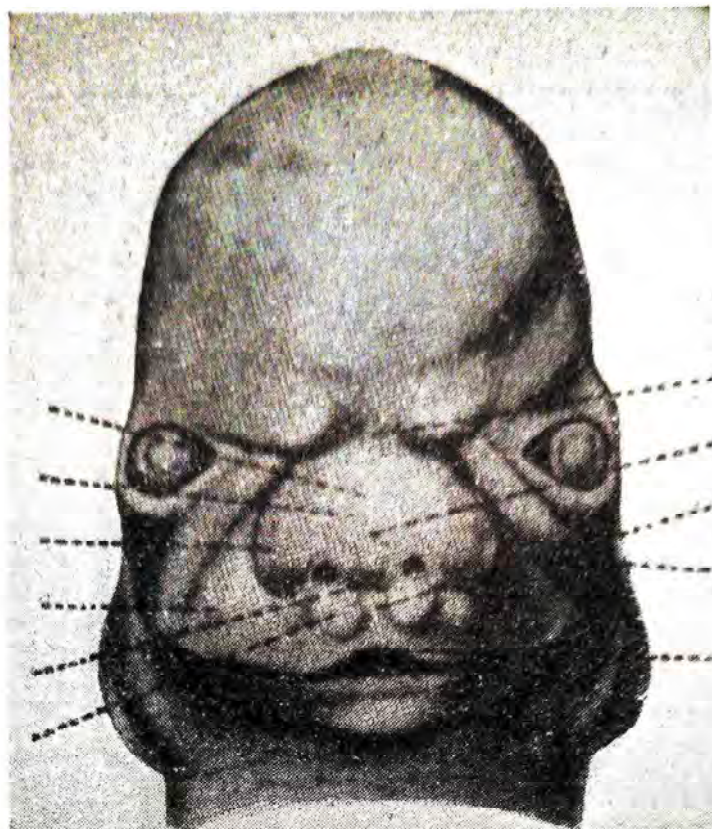


FIG. 4 — Fotografia do crânio de um portador de Hipertelorismo onde podemos ver a grande separação das cavidades orbitárias, depressão e solidez dos ossos da raiz nasal, hipoplasia do maxilar superior (in DUKE-ELDER, 1962)



FIG. 5 — Fotografia frontal e de perfil de um dos casos de Hipertelorismo descritos por GRIEG (indivíduo adulto). (in DUKE-ELDER, 1952)

As modificações secundárias do desenvolvimento dos ossos da face, decorrentes da precoce ossificação da pequena asa do esfenoide, são a projeção para cima, para frente e para fora dos ossos frontais e depressão frontal mediana, mais ou menos acentuada, com destaque das bossas frontais.

Correlação com outras Discranias

Pelas suas manifestações essencialmente cefálicas, situa-se o Hipertelorismo no capítulo das Discranias ou Discefalias, ao lado da Macro e da Microcefalia; Oxicefalia de HUTKINSON; Acrocéfalo-sindaetilia de APERT; Disostose crânio-facial de CROUZON; Disostose mandíbulo-facial de FRANCESCHETTI (e variante Oto-mandibular de FRANÇOIS); Hemiatrofia facial progressiva de ROMBERG, etc.

A maioria dos autores admite o Hipertelorismo como um distúrbio de desenvolvimento aparentado ou idêntico ao das outras Discranias, das quais constituiria um sintoma (FRANÇOIS, 1958) e DAGENHARD (in WAARDENBURG, FRANCESCHETTI e KLEIN, 1961), o situa num estágio intermediário ao das síndromes de APERT e de CROUZON, sendo o gene determinante diferente daquele responsável pelas referidas síndromes.

Realmente, a Acrocéfalo-sindactilia de APERT e a Disostose crânio-facial de CROUZON são as Diseranias que mais se aproximam, sob o ponto de vista clínico, do Hipertelorismo de GRIEG, devendo-se assentar, entre as três síndromes, o diagnóstico diferencial.

A rotulagem do Hipertelorismo na legenda das Diseranias, sob a proteção de fatos e ponderáveis argumentos, não fica, no entanto, à margem de dúvidas e indagações, quando se procura conhecer a essência do fenômeno. Constatações clínicas e fatos conhecidos da embriopatogênese podem ser acareados no sentido não só de estreitar sua intimidade com as demais condições do grupo, como também de conduzir o raciocínio a reconhecer o seu parentesco com um sem número de outras anomalias, especialmente aquelas em que fôr possível incriminar uma heterocronia gênica como fator básico. A constatação clínica, amplamente divulgada na Literatura, da constância com que o Hipertelorismo se faz acompanhar das mais variadas anomalias de desenvolvimento, dá substância às conceituações mais elásticas e envolventes. Muitas das consideradas “anomalias acompanhantes”, que mais adiante serão enunciadas, têm o caráter de heterocronia gênica. A causa primária do Hipertelorismo é, também, altamente sugestiva de uma heterocronia gênica.

É sabido que a manifestação heterocatalítica das unidades constitutivas do patrimônio gênico do indivíduo não é aleatória e desordenada, mas obedece a uma rigorosa sucessão temporal. Se considerarmos que, no decurso da organogênese, contingências quaisquer e as mais variadas venham a interferir, uma vez ou reiteradamente, na presteza com que as substâncias do meio devam atender, no momento exato, ao ímpeto heterocatalítico dos genes, não será despropósito conceber a intimidade embriológica e etiogênica de condições aparentemente desconectadas, mas intimamente subordinadas à mesma injunção causal. Levando-se em conta, por outro lado, o fato de que os genes nunca atuam separadamente porém em cadeia e influenciando, ao mesmo tempo, sobre a estruturação de diversos caracteres do organismo, não será difícil figurar os liames entre diversas malformações que se desloquem, liberalmente, para os territórios mais longínquos do organismo, a consubstanciar, no entanto, o efeito pleomórfico de um distúrbio primário no desempenho heterocatalítico dos genes.

Anomalias acompanhantes

As anomalias ditas “acompanhantes” do Hipertelorismo e que lhe emprestam maior interesse clínico, podem ser enumeradas em dois grupos: anomalias que se manifestam na esfera ocular e anomalias que se manifestam na esfera extra-ocular. No primeiro grupo destacamos o estrabismo divergente (acompanhante dos mais fiéis), distúrbios da visão binocular e dificuldade na fixação de objetos próximos, atrofia óptica (devida, provavelmente, ao estreitamento do canal óptico), retração dos campos visuais, buracos crateriformes do disco óptico de caráter familiar, paralisia bilateral dos retos laterais e anomalia de inserção dos retos mediais condicionando estrabismo convergente (incomum), síndrome de DUANE unilateral, distopia látero-versa dos cantos mediais, blefarofimose. Dentre as anomalias da esfera extra-ocular podemos lembrar: hipertrofia do corpo do esfenóide, meningo ou encefalocele, hidrocefalia, persistência da fenda facial, nariz bífido e crânio bífido, palato ogival e fissura palatina (considerada por WALSH como variante do Hipertelorismo *in* GUILLAUMAT, MORAX e OFFRET, 1959), ausência da úvula, dentição anormal, baixa implantação das orelhas, surdez parcial, clavículas rudimentares, sindactilia e braquidactilia, acrocianose, poliose, paraplegia espástica, idiotia mongólica.

Índices de ROMANUS (1953)

Para avaliar o grau de afastamento entre as cavidades orbitárias e firmar o diagnóstico de Hipertelorismo, utilizamos o índice de ROMANUS, introduzido pelo autor em 1953 com a denominação de “eyespan-eyespace index” (*in* WAARDENBURG, FRANCESCHETTI e KLEIN, 1961).

O índice inter-oculo-biorbitário, como também é conhecido, obtém-se multiplicando por 100 a razão entre o diâmetro biorbitário externo (distância entre os pontos mais laterais da margem temporal da parede orbitária lateral) e a distância entre os cantos internos:

$$I.R. = \frac{\text{diâmetro bi-orbitário externo}}{\text{distância entre os cantos internos}} \cdot 100$$

Considerando que, nos indivíduos normais, o valor médio do diâmetro bi-orbitário externo é de 12 cm e a distância média entre

os cantos internos é de 3 em, o índice de ROMANUS atinge cifra de 400, em torno da qual se encontra a faixa da normalidade. Nos casos pronunciados de Hipertelorismo o índice fica entre 200 e 400 e nos casos extremos de Hipotelorismo vai a 900 e 1000. O índice de ROMANUS, aplicado a um dos primeiros casos descritos por GRIEG (figura 5), fornece valor em torno de 200.

O índice de ROMANUS e as imagens dos Passos da Paixão

O índice de ROMANUS, aplicado a algumas imagens dos Passos da Paixão em Congonhas do Campo, esculpidas por ANTONIO FRANCISCO LISBÔA, forneceu os seguintes resultados:

Cristo no Monte das Oliveiras (fig. 6)	I.R. = 250
Soldado com túnica no Passo da Flagelação	I.R. = 209-210
Cristo no Passo da Consolação	I.R. = 218
Mau ladrão no Passo da Crucificação	I.R. = 236
Bom ladrão no Passo da Crucificação (fig. 7)	I.R. = 220



FIG. 6 — Fotografia da imagem de Cristo no Monte das Oliveiras, na 2.ª Capela dos Passos em Congonhas do Campo. Notar a transfiguração que se exprime através da separação das órbitas e da divergência das olhos.



FIG. 7 — Fotografia da imagem do Bom Ladrão durante a Crucificação, na 6.^a Capela dos Passos em Congonhas do Campo. Notar a distância entre os cantos internos e a divergência dos olhos.

Tôdas as imagens acima referidas como as demais cujas medidas não foram por nós tomadas, são hipertelóricas devido ao aumento da distância entre as órbitas, não se enquadrando, porém, na conceituação de Euriopia, desde que lhes faltam alguns elementos constitutivos da síndrome.

Aspecto fisionômico e nível mental

A aparência característica dos portadores de Hipertelorismo em graus acentuados é a semelhança com animais inferiormente situados na escala filogenética, o que é uma observação bastante antiga. Já em 1586 GIOVANNI BATTISTA, no seu livro sobre a fisionomia humana, estabelece a comparação com a vaca (figura 8), cujos olhos se dirigem lateralmente. (in DUKE-ELDER, 1952). Tal possibilidade comparativa cria, evidentemente, problemas psicológicos de ajuste à vida de correlação, desde que funciona como estigma de inferiorização do indivíduo no seio da sociedade. A aparência caricatural e burlesca não contradiz, porém, o nível mental que é geralmente baixo nos portadores de graus extremos de Hipertelorismo. A oligofrenia



FIG. 8 — Desenho caricatural de GIOVANNI BATTISTA comparando um portador de Hipertelorismo com a vaca, cujos olhos se dirigem lateralmente. (in DUKE-ELDER, 1952)

é a regra, havendo, na Literatura, casos de portadores mentalmente brilhantes como o referido por PICKERILL em 1939 (in DUKE-ELDER, 1952).

Podemos inferir que, tanto do ponto de vista filogenético (como sugere GIOVANNI BATTISTA) e psíquico, como do ponto de vista ontogenético, o Hipertelorismo é estigma de inferioridade.

A mesma conclusão não estaremos autorizados a tirar, no entretanto, quando analisarmos a obra de talha do ALEIJADINHO onde o Hipertelorismo e o Estrabismo divergente parecem funcionar como elementos mágicos, de grande densidade expressiva, a conferir, às esculturas, certa espiritualidade e transcendente misticismo.

A obra do ALEIJADINHO

ANTONIO FRANCISCO LISBÔA, o ALEIJADINHO (1738-1814), é atualmente considerado como a maior expressão da Arte Barroca do Brasil Colonial, representando, suas produções arquitetônicas e de torêntica, um monumento artístico e cultural do Brasil. Suas esculturas, quase tôdas talhadas em esteatita, algumas em cedro, são encontradas, como vigorosas testemunhas de seu gênio criador, em diversas cidades do Estado de Minas Gerais. Em Ouro Preto, Sabará, Mariana, São João d'el Rey, Congonhas do Campo. Nesta última localidade existe a mais representativa amostra de seu extraordinário talento de escultor. Lá vamos encontrar os 12 profetas talhados

em pedra sabão, que descortinam o horizonte, assomando, imponentemente, do Adro da Igreja do Bom Jesus do Matosinhos, e as 66 figuras talhadas em cedro que representam, em capelas próprias, os Passos da Paixão de Jesus Cristo.

Quem, chegando ao cimo da colina onde se encontra a Basílica, se demore a contemplar a paisagem, com verdadeiro espírito de fé, como advertia Pe. GABRIEL T. NEVES (*in* FALCÃO, 1962), logo se apercebe da tangível intenção que presidiu ao planejamento geral das obras. Na esplanada, os profetas do Velho Testamento ou “Bíblia de pedra sabão”, na feliz e eloqüente expressão de OSWALDO DE ANDRADE (*in* Pe. GABRIEL T. NEVES); em baixo, as capelas que evoluem morro acima em direção ao Calvário. Os profetas, dominando o cenário do alto, dotados de premonição messiânica, deveriam ditar seus vaticínios com absoluta certeza, como se antevissessem, nas capelas que lá na encosta se alternam, todos os menores movimentos do drama que se desenrolaria na Paixão de Nosso Senhor Jesus Cristo.

De um modo geral, as criações do ALEIJADINHO fogem aos padrões convencionais e ortodoxos de estética, padecem da carência de rigorosas proporções formais que foram apanágio dos artistas plásticos da Grécia. O desrespeito, no entretanto, à rigorosa proporção formal do conjunto, não priva, a nosso ver, a obra do ALEIJADINHO de seu extraordinário vigor expressivo. Parece-nos, ao contrário, que tal aparente desarmonia lhe confere caráter de autenticidade e maior poder de comunicação.

A análise de suas características formais tem produzido, até hoje, opiniões contraditórias.

Aberrações de contôrno, desequilíbrios de massa e discromias, encontradas nas criações plásticas modernas e em algumas do passado, não as desmerecem ou invalidam como obras de arte, mormente quando é notória a mensagem que produzem. Existe sempre a problemática da linguagem que é, necessariamente, condicionada pela vivência pessoal do artista. Se debatemos o problema da linguagem e do estilo, podemos compreender e aceitar, os desvios plásticos da Obra do ALEIJADINHO, como figuras de retórica, do mesmo modo que o acromegalismo, por exemplo, no quadro de MAX BECKMANN “Cristo e a Adúltera” ou na concepção da “Flagelação” de BERNARD BUFFET que utilizou figuras leptosômicas, esquizóides e sádi-

cas. Também a obra de PORTINARI ou PICASSO (figura 9) (*in* SKIRA, 1953) nos propicia ensêjo a ponderações desta natureza. Não tivera o ALEIJADINHO, escultor-gênio, as mesmas intuições que JEAN COCTEAU adivinhava em PICASSO sempre que êste deslocava, para os mais indevidos lugares, os olhos de suas figuras? Diríamos, acompanhando o pensamento de COCTEAU, que os olhos são tanto mais olhos quanto mais fora estiverem do lugar adequado. As esculturas do ALEIJADINHO têm mais olhos e, "ipso facto", possuem mais alma.



FIG. 9 — Reprodução em preto e branco de uma tela de PICASSO. Retrato de D. M. — 1943. Paris, coleção particular. (*in* SKIRA, 1953). É marcante a presença dos olhos, devido ao seu deslocamento.

As deformidades que estigmatizam as estátuas do ALEIJADINHO podem ser admitidas, portanto, como imagens de trôpo num estilo enérgico, produto de um gênio arrebatado e impulsivo, a serviço de um talento invulgar. SAINT HILAIRE, referindo-se aos profetas, escreveu: "Ces statues ne sont pas de chefs d'oeuvre, sans doute; mais on remarque dans la manière dont elles ont été sculptés, quelque chose de large que prouve dans l'artiste un talent naturel très prononcé." Professor ANIBAL MATTOS, frente a esta apreciação que

não lhe parecia justa, replica: "Não estamos de acôrdo com a afirmativa de FRANCISCO LISBÔA era apenas um talento natural, e muito menos, concordaremos com a injusta apreciação sôbre as estátuas dos profetas, que julgamos, por muitos motivos, verdadeiros primores da arte, se apreciarmos a expressão, a energia de linhas e as atitudes com que o artista as arrancou do inanimado bloco de pedra sabão." (MATOS, 1935).

Quanto à exata constituição física, a personalidade e os hábitos de vida do ALEIJADINHO, as crônicas são inéptas. Tem sido baldado, em grande parte, o esforço dos que se curvam, com entusiasmo e desvêlo, sôbre êstes importantes aspectos, buscando iluminar os obscuros desvãos onde imperam as lendas e os mitos. A voz popular, arrefecida pelo tempo ou deturpada pelos sucessivos repiques, fornece, aos pesquisadores, suspeitas informações que frontalmente se contradizem.

Todavia, não parece despropositada a hipótese em voga de que tais anomalias na estátuária do ALEIJADINHO seriam reflexo da própria condição física e moral do artista. Os padecimentos físicos e morais a que viveu submetido, devidos à condição de bastardo e à artrite deformante, foram condicionantes de determinada psicoplasia que se exteriorizava nas obras por meio de um mecanismo psicológico comum de projeção.

Sem negar a existência real das distorções da forma, mas com o propósito de melhor avaliá-las, seria curioso submetê-lo aos índices biotipométricos e verificar, por outro lado, até que ponto é possível identificar a "divina proporção" de LUCA PACCIOLI nas produções de escultura e torêutica do ALEIJADINHO, à moda do que fêz SAMPAOLESI (1962) em relação à retina e alguns ossos do corpo humano.

Os Passos da Paixão

A postura física geral das imagens, algumas em posições irracionais ou fisiologicamente improváveis, e sua disposição topográfica no cenário, representam circunstância dramáticas importantes; todavia, certas minúcias devem ser identificadas e valorizadas como elementos de máxima densidade expressiva.

Interessa-nos, nestas considerações, a observação de que, pelo menos alguns aspectos da desproporção, têm, digamos assim, um interêsse oftalmológico. Referimo-nos, particularmente, ao Hiperte-

lorismo * e ao Estrabismo divergente que parecem uma constante de suas esculturas. Especialmente as figuras esculpidas em cedro, que representam os Passos da Paixão, são portadoras desta Discrania em acentuado grau e possuem grande poder de mobilizar as emoções e o pensamento do espectador. Sentimos como se cada uma das personagens históricas, ali retratadas, tivesse consciência da participação num drama de conteúdo piedoso e proporções divinas. Sob o influxo dêste magnetismo que emana das imagens, o observador é envolvido e solicitado às meditações de caráter místico-religioso.



FIG. 10 — Fotografia da imagem do Anjo Gabriel no Monte das Oliveiras, na 3.^a Capela dos Passos em Congonhas do Campo. O Hipertelorismo e a divergência dos olhos traduzem a espiritualidade do Mensageiro.

Se procuramos, numa minuciosa análise dos acidentes formais, os elementos que assumem prevalência, vamos encontrar, nos traços fisionômicos, os relêvos cujo equilíbrio de proporções imprimem, ao vulto, a máxima densidade expressiva. Se intentamos a valoração dos traços fisionômicos, concluimos que a divergência do olhar, acentuada pelo aumento da distância entre as órbitas, destaca-se dos demais acidentes, impondo-se como a condição mais importante no estabelecimento do “raport” emocional (figura 10).

* O termo Hipertelorismo está aqui empregado na sua acepção puramente descritiva, referindo, apenas, o aumento da distância inter-orbitária.

A divergência do olhar confere ao semblante um ar de misticismo contemplativo. A imagem de Cristo, por exemplo, em quase todos os episódios do Santo Sacrifício e, especialmente, no Monte das Oliveiras (figura 6), no momento da prisão, na flagelação, transmite ao espectador a impressão de alienação da realidade objetiva, imediata e presente. Seu olhar parece pairar por sobre o immediatismo terreno, seu espírito parece transcender a contingência material, toda a imagem parece transfigurada, imprimindo, ao episódio, uma atmosfera de sobre-humana espiritualidade. Dir-se-ia que o olhar de Cristo diverge, nos seus transe de sofrimento, na exaltação de uma visão beatífica, para fixar o Pai, o infinito e a eternidade.

No entretanto, não parece fácil demonstrar, categoricamente, se o Hipertelorismo e a divergência que o acompanha foram utilizados conscientemente pelo artista como recurso de expressão, ou se correspondem, apenas, a uma limitação técnica. De qualquer modo, seja ou não resultado de um intuito, deliberado e consciente, a vigorar no momento da concepção artística, o efeito é magnífico. Aí encontramos um manancial inesgotável de possibilidades interpretativas e as hipóteses e conjecturas se multiplicam. Se é certo que tal anomalia do paralelismo das cavidades orbitárias e dos eixos oculares imprime, às imagens do ALEIJADINHO, alguma densidade mística e expressão de espiritualidade, como explicar, por exemplo, sua presença, na fisionomia dos algozes e centuriões, ao lado de relêvos fisionômicos que traduzem ferocidade, ostensiva agressividade, premeditada conivência? O nariz proeminente, aquilino, ponteagudo, lanceolado, a saliência das maçãs do rosto, o relêvo acentuado das rugas do esgar (figura 11), representam a contingência física e a participação material nos eventos; a divergência do olhar, por outro lado, paradoxalmente coexistente (figuras 12 e 13), traduziria a não participação moral, a negativa da consciência e do coração, a participação apenas física de almas piedosas no cumprimento coercitivo e disciplinar de atos de iniquidade. Não estaria, esta contradição dos traços fisionômicos, traíndo a existência de um provável conflito interior: o cumprimento de uma ordem, cujo caráter político parecia evidente, e a dúvida sobre a natureza divina do Cristo perseguido e talvez, também, já alguma fé incipiente nas palavras por Ele proferidas? A resposta é difícil mas a afirmativa é provável.

FIG. 11 — Fotografia da imagem de um soldado no momento da Prisão, na 3.ª Capela dos Passos em Congonhas do Campo. O nariz proeminente, as rugas acentuadas do esgar, o queixo bifido, são elementos expressivos de agressividade.



FIG. 12 — O mesmo soldado da Fig. 11, destacando-se o Hipertelorismo e o Estrabismo divergente como elementos espiritualizantes que negam a participação moral e da consciência nos atos de perseguição ao Cristo.

Existem, além do Estrabismo e do Hipertelorismo, outras condições passíveis de diagnóstico oftalmológico e que apenas enumeramos, como Euribléfaro, Megalocórnea, Exoftalmo.



FIG. 13 — Fotografia de um soldado no "Ecce Homo", na 4.^a Capela dos Passos em Congonhas do Campo. Nêste soldado os traços fisicnômicos de agressividade são diluídos, permitindo maior destaque dos elementos expressivos de espiritualidade.

O Hipertelorismo e o Estrabismo divergente, de que nos ocupamos em particular, são, inegavelmente, dentre as demais anomalias e deformidades físicas que podem assumir interesse anatômico, biotipológico, antropológico, ortopédico, neurológico, psiquiátrico, etc., as que melhor se prestam às divulgações interpretativas de caráter artístico-cultural.

Agradecimentos: Ao Pe. Dalton Barros de Almeida que, sollicitamente, nos acompanhou na visita de estudo e documentação das figuras dos Passos em Congonhas do Campo. Ao Sr. Joaquim Paulo Guilherme Neto pelo auxílio prestado durante a documentação. Ao Sr. Elpídio Vasconcelos pela indicação de algumas referências bibliográficas.

SUMMARY

Hypertelorism and Squint in Aleijadinho's Work

Hypertelorism is reviewed. Hypertelorism and squint are shown to be present in aleijadinho's work and are interpreted as purposeful means to obtain artistical effects.

BIBLIOGRAFIA

- DUKE-ELDER, Sir. S. — 1962 — Text-book of Ophthalmology. — London, Henri Kimpton, V.
- FALCAO, E. C. — 1962 — A Basílica do Senhor Bom Jesus de Congonhas do Campo. — Brasiliensia Documenta, III.
- FRANÇOIS, J. — 1958 — L'Hérédité en Ophtalmologie. — Paris, Masson & Cie., Ed.
- GUILLAUMAT, L., MORAX, P. V. et OFFRET, G. — 1959 — Neuro-ophtalmologie. — Paris, Masson & Cie., Ed., II.
- IDA MANN — 1955 — The Development of the human eye. — New York, Grune & Stratton, Inc., 2.^a ed.
- MATTOS, A. — 1955 — Monumentos Históricos, Artísticos e Religiosos de Minas Gerais. — Belo Horizonte, Biblioteca Mineira de Cultura, Edições Apollo.
- SAMPAOLESI, R. — 1962 — La Divina Proporción y la Retina. — Arch. Oft., Buenos Aires, 37(9):212-224.
- SKIRA, A. — 1953 — Picasso. — Editions d'Art Albert Skira S. A., Genève (Suisse).
- WAARDENBURG, P. J., FRANCESCHETTI, A. and KLEIN, D. — 1961 — Genetics and Ophthalmology. — Netherlands. Royal Van Gorcum, Publisher Assen.
- WALSH, F. B. — 1957 — Clinical Neuro-ophthalmology. — Baltimore. The Williams & Wilkins Co.

NOTA SÔBRE A INCISÃO E SÍNTESE DA CONJUNTIVA NA CIRURGIA DOS MÚSCULOS RETOS MEDIAL E LATERAL

PAULO GUSTAVO GALVÃO (*)

Nesta nota apresentamos uma variante da técnica de incisão e síntese da conjuntiva na cirurgia dos retos medial e lateral.

Na correção cirúrgica das tropias, além dos resultados anatômicos e funcionais que são a preocupação constante do estrabólogo, deve ser de seu interesse, também, o aspecto estético do olho operado. Se as ponderações sobre estética têm reduzido valor quando se referem aos demais músculos extrínsecos do bulbo ocular, devido à natural proteção decorrente de sua topografia, o mesmo não acontece quando se consideram os retos abdu-atores do bulbo, desde que aqui os menores defeitos se exibem livremente através da rima palpebral.

Segundo nossa impressão atual, a via de acesso que estamos estudando parece atingir, também, os objetivos de caráter estético.

De um modo geral, a escolha da técnica de acesso aos retos medial e lateral pressupõe considerações em torno de vários aspectos: a) no per-operatório: planos anatômicos e linhas de força; campo que se expõe às manobras; simplicidade e eficiência das suturas; b) no pós-operatório: reação ao traumatismo cirúrgico; deiscência das suturas; remoção dos fios; desvendagem precoce; cicatrizes inestéticas; reoperações.

Quando se operam as tropias vergenciais, a incisão dos planos superficiais (conjuntiva e cápsula de TENON) é habitualmente fei-

(*) Médico da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais — Hospital São Geraldo (Dir. Prof. Dr. Hilton Rocha).

ta a 6-8 mm do limbo, mais ou menos sôbre e paralela à linha de inserção dos músculos. A síntese é feita, ao têrmo da operação, envolvendo conjuntiva e cápsula, por meio de pontos separados de cat-gut ou fio inabsorvível ou por meio de sutura contínua com fio inabsorvível (Fig. 1 - A e B).

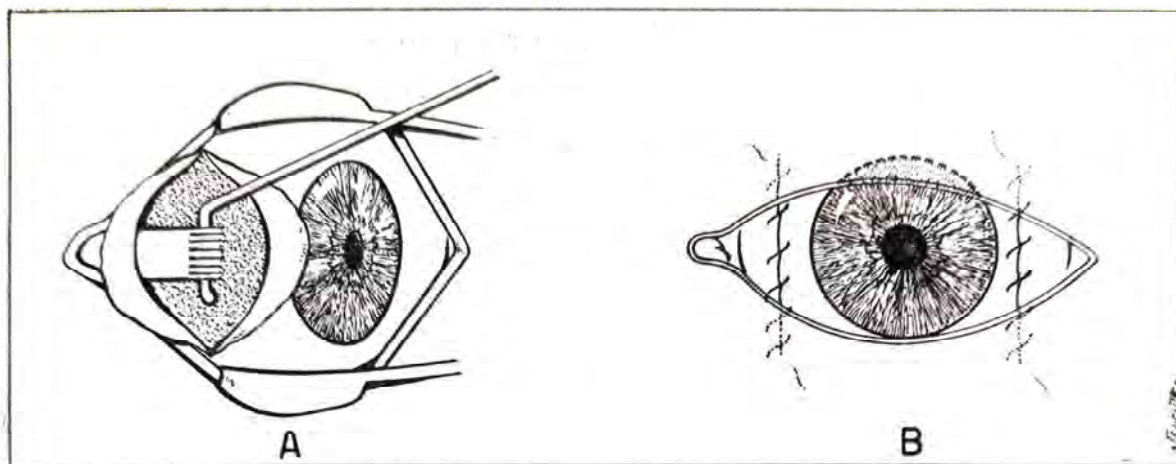


FIG. 1 — Desenhos esquemáticos mostrando incisão e síntese conjuntival como habitualmente são realizadas na abordagem aos retos medial e lateral. O desenho A mostra incisão da conjuntiva, paralela à linha de inserção do reto medial do olho esquerdo, e o gancho tracionando o músculo. O desenho B mostra o aspecto final do chuleio da conjuntiva com fio inabsorvível, após intervenção sôbre os retos medial e lateral do mesmo olho.

Pode-se incisar a conjuntiva no sentido vertical e a cápsula em sentido oposto, suturando-se os dois planos separadamente.

STALLARD, por outro lado, faz incisão vertical próxima do limbo e duas incisões horizontais, paralelas, na direção dos cantos, rebatendo o retalho quadrangular por cima dos cantos.

Variante técnica — A variante técnica que vimos estudando ultimamente consta do seguinte:

1. Incisão — Inicialmente é justa-límbica, curva, seguida de incisão reta, horizontal, partindo da extremidade superior da primeira e dirigindo-se a um dos extremos do fórnice superior (Fig. 2 — A). A libertação da conjuntiva no limbo faz-se de 1 às 5 e de 7 às 11 horas, conforme o olho e o músculo a ser abordado, conservando-se indene, portanto, duas pontes conjuntivais nos arcos límbicos compreendidos entre 5 e 7, inferiormente e 11 e 13 horas, superiormente. A ponte superior servirá de apoio aos pontos justa-límbicos da sutura (Fig. 2 — A, B e C). O retalho conjuntival é tracionado pelo auxiliar (Fig. 2 — 2) ou apenas deslocado de sua

posição e afastado do campo operatório de modo o permitir as manobras sobre o músculo descoberto. A incisão justa-límbica tem o mesmo caráter da que é realizada em casos especiais da cirurgia da catarata em que é indicado recobrimento conjuntival.

2. Síntese — Temos feito com dois pontos separados de fio absorvível (cat-gut 5-0), uma à altura do ângulo agudo do retalho conjuntival (1 e 11 horas) e outra, de aproximação, a meio caminho entre o primeiro e a extremidade distal da incisão horizontal (Fig. 2 — B e C). O ponto de aproximação pode ser multiplicado, segundo a conveniência, ou substituído por chuleio com fio inabsorvível de KALT.

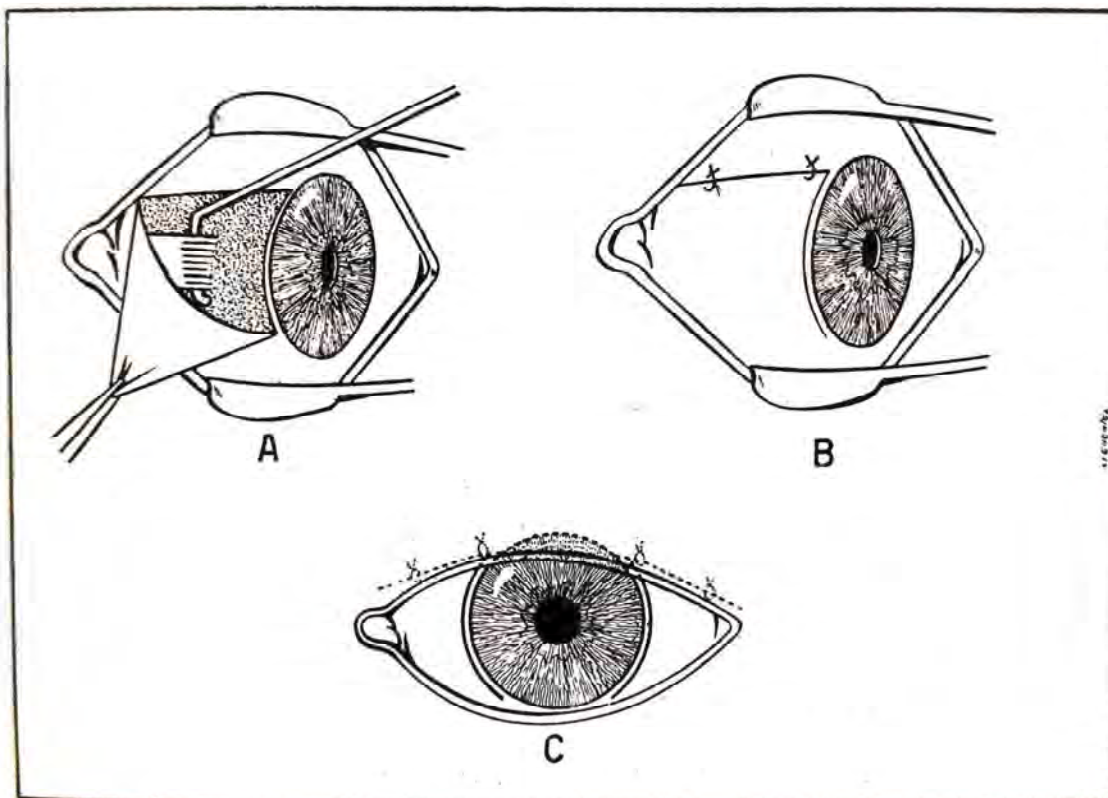


FIG. 2 — Desenhos esquemáticos mostrando como atualmente fazemos a incisão e síntese da conjuntiva na abordagem aos retos medial e lateral. O desenho A mostra a exposição do reto medial do olho esquerdo, mediante incisão justa-límbica e horizontal da conjuntiva; no canto inferior esquerdo do desenho, uma pinça traciona o retalho conjuntival. O desenho B mostra a síntese da conjuntiva com dois pontos separados de cat-gut aproximando as bordas da incisão horizontal. O desenho C mostra o aspecto final, após intervenção sobre os retos medial e lateral do mesmo olho, vendo-se os pontos e a incisão horizontal protegidos pela pálpebra superior.

Reduzido número de intervenções temos realizado com este procedimento mas cremos poder destacar, provisoriamente, os seguintes aspectos:

- a) Discreto traumatismo da conjuntiva e cápsula de TENON que, normalmente, conservam-se solidárias;
- b) amplo campo cirúrgico;
- c) Comodidade na execução das suturas;
- d) Pós-operatório tranqüilo, com reduzida hiperemia conjuntival;
- e) Ausência de cicatrizes inestéticas.

Algumas presumíveis vantagens, decorrentes de ponderações teóricas, a serem confirmadas ou infirmadas por observações posteriores são:

- a) Relativa impossibilidade de deiscência da ferida, pelo respeito às linhas de força predominantes da conjuntiva que, no caso, têm a mesma direção dos movimentos de horizontalidade do bulbo ocular;
- b) Precoce desvendagem para os exercícios de ortóptica;
- c) Melhores condições de reoperação.

Agradecimentos: Ao Sr. Joaquim Paulo Guilherme Neto, pelos desenhos que ilustram a presente nota.

SUMMARY

Note on Conjunctival Incision and Suture for the Surgery of Medial and Lateral Muscles

It is described author's technic of incision and suture of the conjunctiva in the surgery of the medial and lateral rectus muscles. Post-operative is good and there are no visible conjunctival scars. Author's experience with the new procedure do not permit final conclusions.

ACÊRCA DO GLAUCOMA E DE ALGUNS DOS PROBLEMAS QUE LHE SÃO PERTINENTES

PAIVA GONÇALVES (*)

Há mais de três decênios a usar do oftalmoscópio na cotidiana tarefa de investigar males oculares; a falar de e a escrever sôbre dioptrias, cataratas, conjuntiva, retino-coroidites, úvea, íris — êsse nome, por caprichoso destino, mais vêzes a pronunciar — e a outros mais, repetidamente a me referir. Há mais de trinta anos, a bem dizer, convivendo com FUCHS, VON GRAEFE, LAPERSONE, WECKER, MAGITOT, BAILLIART, DUKE-ELDER, ARRUGA, MAGGIORI, MARQUEZ e outros mais que por nós, oculistas, são tidos e havidos como numes tutelares; em quase sete lustros a acompanhar de longe, mas nem por isso menos atentamente, ou a compartilhar dos trabalhos dos oftalmologistas em reuniões, jornadas, simpósios ou congressos, ou a per-lustrar, de lapis em punho, páginas de livros, revistas e anais consagrados à Oculística, no incessante afã de catalogar tudo que se mostra digno de tombamento e fichamento; bem vivido, portanto, nas lides oftalmológicas, é natural que me sinta capacitado a avalizar a afirmativa dos mais cientes de que o glaucoma representa uma constante nas preocupações dos especialistas em olhos e a tônica habitual dos debates entre êles e das contribuições postas em letra de fôrma.

Não obstante, à guiza de reparo e a insinuarem estarmos sendo exagerados, poderiam argüir-nos: porventura de temas outros, como uveítes, cataratas, descolamentos de retina, estrabismos, ceratopa-

(*) Membro Titular da Academia Nacional de Medicina.

tias, muito menos se têm ocupado partícipes de reuniões ou os que costumam dar à estampa frutos de seus estudos? Por acaso, poderiam, ainda, irônicamente, indagar os mais pragmatistas: será que disporiam os oculistas de muitos outros temas para lhes darem as galas da exclusividade em conclaves que se repetem com frequência inusitada, até mais de um em um mesmo ano?

Aqueles não deixam de ter alguma razão mas a realidade que os outros temas não são cogitados com habitualidade igual à do glaucoma. Os últimos, antes críticos do que objetores, bastantes razões têm para assim se exprimirem porquanto é fácil comprovar que, em virtude do vêzo de se fazerem repetidos os concílios oftalmológicos, não mui variados têm sido os assuntos postos em pauta. Isso chega até a dar a impressão de se ter necessidade de revisões em curtos espaços de tempo, como se conceitos e normas se desatualizassem tão rapidamente. Ainda que a respeito muito se poderia comentar, melhor será passar ao largo e entrar a apreciar o que, de fato, pretextou este artigo, antes crônica ou simples nota de divulgação do que escrito científico.

Se glaucoma, como estamos a dizer, é tema que sempre está em ordem-do-dia, permanentemente excogitado, é por que de muita importância é. É óbvio. Mas, importante por quê?

Primeiramente, por figurar com a mais alta cifra percentual nas estatísticas de cegueiras por doenças oculares. Depois, por ser considerado como incontestada marca de involução senil do órgão onde ocorre ou se processam os distúrbios neurovasculares. Se tivéssemos a infelicidade de vivermos cento e cinquenta anos, acabaríamos enceguecidos pelo glaucoma, disse-o, mais ou menos assim, BAILLIART. Vi a frase em livro de cirurgia ocular, no capítulo dedicado ao glaucoma, em autor cujo nome não me recordo. Entre os aforismos de HIPÓCRATES, há o que deixa implícito que o mal é da idade avançada: "glaucoma é a cegueira sobrevindo com o avançar dos anos, associada à aparência esverdeada da pupila." O esverdeado, como sabemos, foi que serviu para o nome de glaucoma (glaucoma, do gr. esverdeado), da mesma forma que a maneira insidiosa como se instalava a doença inspirou a outra designação de "guta serena".

Por causar o glaucoma agravo tão sério, tão incapacitador; por constituir, ordinariamente, doença de marcha inexorável, responsável por cegueira irreversível, excetuentes os casos que se tem a for-

tuna de precocemente diagnosticar; porque etiopatogênicamente não está perfeitamente conhecido e nem sempre sói ser bem sucedida a terapêutica utilizada, é que o glaucoma centraliza atenções e mantém mobilizados experimentadores, clínicos e cirurgiões especializados.

O interêsse de todos se justifica porque ainda são muitos os pontos obscuros ou litigiosos.

Antes de mais comentários tecermos, queremos chamar a atenção para a facilidade com que se apondo rótulo de glaucoma às mais variadas condições clínicas quando, melhormente seria, reservar a denominação para estados patológicos que realmente a merecessem.

Será, porém, que se sabe precisamente o que é glaucoma?

Compulsando-se autores de diversos quadrantes, vê-se que não. É o que se infere atentando na maneira como o definem; sòmente não se diferenciando uns dos outros, por ferirem a mesma tecla: não ter como sinônimos, glaucoma e hipertensão ocular. Nem tôda hipertensão intra-ocular é glaucoma, nem todo glaucoma se acompanha de hipertensão do globo ocular. Essa frase que encerra quase tôda verdade, com a fôrça de um axioma, e que poderia ser aproveitada para dar corpo à definição, na verdade, não o é. Vale, no entanto, e em tôda sua plenitude, para os que não aceitam como forma clínica de glaucoma, casos sem manifesto aumento da pressão intra-ocular e para os que, à justa, não têm como tal, hipertensões oculares secundárias a causas endo ou exo-oculares bem patenteáveis.

Mas como tal maneira de entender os fatos ainda não ganhou foros de cidadania, embora já o devesse, e como não é universalmente adotada, forçoso é confessar, tornam-se pouco esclarecedoras as denominações em curso.

Definir é marcar os limites de alguma coisa, é configurar nítidamente o objeto de nossas apreciações, procurando torná-lo distinto ou inconfundível. Definir, portanto, é de suma importância, pelo menos para se começar a apreciar adequadamente o que nos interessa. Em obra que não tardará a estar nas montras das livrarias e que escrevemos em co-autoria com brilhantes figuras da Oftalmologia brasileira, redigimos capítulo em que trasladamos algumas definições colhidas aqui e ali, comentando-as e, à luz das mesmas, demoradamente apreciamos a questão.

Para se ter uma medida do que estamos a falar pela rama, vamos reproduzir as seguintes: "Quando a pressão intra-ocular torna-se elevada por um período prolongado, diz-se que o olho tem glaucoma", escreve desembaraçadamente GIFFORD; "sob o nome de glaucoma reúne-se uma série de estados patológicos consecutivos ao aumento de tensão intra-ocular e cujo fato mais assinalado é justamente êsse aumento", um tanto vagamente assim o define GARMANN e o faz, como WEISTEIN e FOLDES, autores de livro sobre glaucoma, que também ladeiam a questão, pois é o que se pode dizer dêsses dois autores quando limitam ao registro: "a mais importante característica do glaucoma é o aumento da tensão dentro do olho."

Resulta de tanta imprecisão de linguagem, de definições que realmente não definem, a liberdade que muitos tomam de multiplicar as denominações de glaucoma, pondo-se a dar individualidade clínica ou a pretenderam que ela exista em batizando de glaucoma com qualificativos vários, tanto verdadeiros glaucomas como enfermidades outras que do glaucoma propriamente dito somente têm o aumento da pressão intra-ocular. Nós mesmo chegamos a dicionarizar cerca de 130 formas de glaucoma, e talvez mais existam, sem na série incluirmos os secundários ou consecutivos a isso ou aquilo. Estão verbetados no livro acima referido.

Convenhamos que isso, como diria alguém, é tumultuar o processo.

Como corolário do apontado ou talvez causa disso, é o que se verifica, também, com a classificação de glaucoma. Por sorte e mercê da iniciativa dos simposiastas de Montreal (Canadá, 1954) não sucede o mesmo com determinadas formas de glaucoma primário. O que desejaríamos ver posto em prática é a desvinculação da palavra glaucoma de uma série de condições mórbidas oculares que, a rigor, nada têm a haver com o mesmo.

Em matéria de glaucoma, todavia, muita coisa há pedindo definição, exata conceituação. Não há como admirar pois ainda não há acôrdo sobre valores da pressão que devem ser considerados como normais. É por isto que DUKE-ELDER é mais congruente ao preferir que se fale de pressão nociva, dando-lhe significado maior do que o simples registro de hipertensão motivado pelo encontro de valores acima do que se têm como normais.

Na “Coletânea de trabalhos e notas sobre glaucoma” tudo isso é extensamente apreciado, como igualmente são a tonografia, o papel do vítreo, do diencéfalo e questões outras que muito nos interessam no estudo do glaucoma e no trato dos pacientes que dele sofrem.

De pronto se verifica não ser pequeno o cortêjo de dúvidas e imprecisões em matéria de glaucoma, e se elas existem nas questões enumeradas, por sem dúvida, primárias, o que não se dirá em relação à etiopatogenia — ponto neurálgico do problema glaucoma — em torno do qual tudo mais gira, inclusive a terapêutica?

Foi considerando a procedência do comentado e sabendo, de ante-mão, haver permanente interesse sobre tudo que concerne ao tema, que tomamos a decisão de fazer vir a público obra consagrada ao estudo do mesmo, bem equacionando os problemas que lhe são pertinentes e claramente expondo a conduta prática a ser adotada na diagnose, prognose e terapêutica, assim como autorizadamente informando os que se esforçam por conhecer os fundamentos doutrinários e conceitos já sancionados nos grandes centros oftalmológicos do mundo e de nossa pátria.

Em oportunidades várias, em congressos, sociedades e em revistas médicas, temos apreciado certas facêtas do problema, ou melhor, dos problemas apresentados pelo mal glaucomatoso e, de outra parte, de há muito, vêm outros colegas também tratando de assuntos da mesma natureza; porque, pois, não reunir tôda essa contribuição, senão perdida pelo menos esparsa, em uma só obra capaz de vir a se constituir em valiosa fonte de ensinamentos e de dar segura prova de afirmação da Oftalmologia brasileira? perguntava a mim mesmo. Não foi em termos muito diferentes que fiz a consulta a diversos colegas reunidos em Belo Horizonte, por ocasião do XII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, entrando em contato, primeiro com os que eram autores de trabalhos relativos ao tema e que por tal motivo teriam encargos facilitados. Essa sondagem inicial trouxe-me a convicção da exequibilidade do planejado e, desde então, puz mãos à obra num cartear constante, a importunar com repetidos telefonemas e lembrêtes e a viajar para encontros e entendimentos pessoais.

Se de muitas coisas haviam cuidado, outras, no entanto, estavam a pedir a indicação de novos redatores. Havia claros a comple-

tar e, em decorrência, convites a fazer sugerindo assuntos. Integrado o quadro dos colaboradores e cobradas as contribuições prometidas, passei à busca de editor. Tarefa nada fácil porque, de hábito, o que os editores mais estimam são os livros didáticos de extração assegurada e apetecida. Por sorte, e depois de muito peregrinar, lembrei-me do Fundo Editorial Prociencx, departamento cultural umbelicalmente ligado ao Instituto Farmacêutico Xavier, onde a acolhida foi pronta. Ao Fundo mais este serviço ficará devendo a Medicina brasileira, em particular, a Oculística.

Como a finalidade desta Nota é anunciar o breve aparecimento do livro, antes da enumeração do que conterà e dos nomes dos redatores de capítulos, vamos em por realce dois fatos: a obra é escrita, exclusivamente, por oculistas brasileiros e todos os problemas foram devidamente apreciados.

Após a costumeira “apresentação”, segue-se interessante e instrutivo relato do que aconteceu com um de nossos colegas de especialidade, LINCOLN CAIRE, a quem o glaucoma acometeu chegando com pés de lã. É ele próprio quem escreve e o faz como uma advertência a todos nós, na intenção louvável de oferecer mais uma comprovante da solércia e da insidiosidade do mal glaucomatoso. O que vem relatado basta, por si só, como estalão da importância do tema, não ignorada pela maioria mas subestimada por alguns.

A matéria propriamente dita está distribuída em cadernos, agrupando cada um deles questões afins, ou mais ou menos correlacionadas entre si. A quem vier a estranhar a despreocupação de bem seriar os assuntos tratados ou uma possível falta de unidade doutrinária, será bom lembrar-lhe que tem em mãos uma coletânea de trabalhos, como de resto, está sublinhado no título da obra. Mas se apesar do esclarecido “sabichosos e infalíveis na medicina de seu índice bovário”, como dizia MIGUEL COUTO, justamente os que “encarnam em todo espírito produtivo um adversário, um usurpador e, na obra alheia, uma provocação” vierem a fazer críticas desarrazoadas, só nos restará pedir-lhes desculpas pelo desapontamento que lhes causamos, nós que, com alma de esforço, buscamos e escolhemos tudo que vem estampado no livro. Aspiramos, apenas e a título de sobreprêmio que algumas almas compreensivas, manuseando o livro, exclamem como GUIMARÃES ROSA ao prefaciá-lo PAULO RÔNAI: “Que melhores garantias de honestidade intelectual, de pureza de

fito, da carinhosa acurácia e esclarecível resultado, que as que regeram a realização de um volume assim?''.

Eis, quase na ordem em que vêm, capítulos e autores que os subscrevem:

- Sinopse histórica do glaucoma
RENATO DE TOLEDO (São Paulo, SP)
- Glaucoma, problema médico-social
H. CASTRO LIMA (Salvador, BA)
- Organização de um departamento de glaucoma
M. H. PAULO FILHO DE CARVALHO (Rio, GB)
- Definindo glaucoma
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Classificação dos glaucomas
RUY FERNANDES (Rio, GB)
- Humor aquoso e sua formação
DANTAS COUTINHO (Rio, GB)
- Mucopolissácrides e glaucoma
JOAQUIM QUEIROZ (Belo Horizonte, MG)
- Influência da hereditariedade, da raça, sexo, clima e de outros
fatôres no aparecimento e na evolução do glaucoma
H. CASTRO LIMA (Salvador, BA)
- Alterações vasculares (sistêmicas e locais) no glaucoma
L. OSÓRIO ASSUNÇÃO (P. Alegre, RS)
- Psiquismo e glaucoma primário
FRANCISCO AYRES (Goiânia, GO)
- Aspectos psicossomáticos dos glaucomatosos
LEME LOPES (Rio, GB)
- Distúrbios neuro-hormonais no glaucoma
JONAS ARRUDA (Rio, GB)
- Estudos da adaptometria no glaucoma
PAULO PÉRET (Colatina, ES)
- Frequência crítica da fusão no glaucoma
RENATO DE TOLEDO (São Paulo, SP)
- O senso cromático e suas alterações no glaucoma
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Glaucoma e vícios de refração
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)

- Importância do vítreo no glaucoma
PAULO PIMENTEL (Niterói, RJ)
- Diabete melito e glaucoma
ANTÔNIO GIARDULLI (Rio, GB)
- Etiopatogenia do glaucoma
S. ABREU FIALHO (Rio, GB)
- Glaucoma experimental
CELSE DE CARVALHO (São Paulo, SP)
- Anátomo-patologia do glaucoma
J. MARIA BARCELOS (Rio, GB)
- Glaucoma e gonioscopia
ARCHIMEDES BUSACCA (São Paulo, SP)
- Tonometria
NASSIM CALIXTO (Belo Horizonte, MG)
- Tonografia
NASSIM CALIXTO (Belo Horizonte, MG)
- Fórmulas, tabelas e nomogramas
EMYR SOARES (Belo Horizonte, MG)
- Campo visual no glaucoma
FONTES LIMA (Rio, GB)
- Ainda sobre campo visual no glaucoma
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Provas de sobrecarga no glaucoma
J. M. QUEIROZ ABREU (Campinas, SP)
- Manifestações prodrômicas do glaucoma
MANOEL ABREU (Campinas, SP)
- Diagnóstico clínico do glaucoma
RIVADAVIA C. MEYER (P. Alegre, RS)
- Acerca de um sintoma de importância diagnóstica: o halos
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Aspectos oftalmoscópicos do glaucoma
IVO CORRÊA MEYER (P. Alegre, RS)
- Possibilidades diagnósticas dos valores angulares sem o emprêgo do biomicroscópio
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Aproveitamento dos efeitos da ação mecânica, intermitente ou continuada, no diagnóstico e no tratamento do glaucoma
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)

- Glaucoma infantil
ANTÔNIO ALMEIDA (Campinas, SP)
- Conceituação do glaucoma primário
FRANCISCO AYRES (Goiânia, GO)
- Conceituação dos glaucomas secundários
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Uvéites hipertensivas
CLÓVIS PAIVA (Recife (PE)
- Glaucomas secundários a alterações do cristalino
A. LABORNE TAVARES (Belo Horizonte, MG)
- Glaucoma traumático
JACQUES TUPINAMBÁ (S. Paulo, SP)
- Glaucoma por trombose da veia central da retina
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Glaucoma por bloqueio pupilar
L. EURICO FERREIRA (Rio, GB)
- Glaucoma maligno
F. PAULA SOARES FILHO (Curitiba, PR)
- Glaucoma inverso
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Glaucoma pigmentário
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Glaucoma no síndrome de FUCHS
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Glaucoma nas crises cíclicas ou síndrome de POSNER-SCHLOSS-
MAN
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Glaucoma na atrofia essencial da íris
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Glaucoma sem tensão
P. BRAGA MAGALHÃES (São Paulo, SP)
- Alguns comentários mais sobre o chamado glaucoma sem hi-
pertensão
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Catarata e glaucoma
ANTÔNIO ALMEIDA (Campinas, SP)
- Glaucoma por hipersecreção
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)

- Glaucoma agudo e glaucoma subagudo
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Glaucoma absoluto
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Terapêutica médica do glaucoma crônico simples
PAIVA GONÇALVES FILHO (Rio, GB)
- Da influência do biótipo na terapêutica anti-glaucomatosa
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- A uréia na terapêutica anti-glaucomatosa
HILTON ROCHA (Belo Horizonte, MG)
- Breve notícia sobre dois outros agentes osmoterápicos
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Inibidores da anidrase carbônica
HILTON ROCHA (Belo Horizonte, MG)
- Glaucoma e corticosteróides
S. ABREU FIALHO (Rio, GB)
- Até quando continuar com o tratamento médico do glaucoma?
HILTON ROCHA (Belo Horizonte, MG)
- Anatomia cirúrgica do glaucoma
DANTAS COUTINHO (Rio, GB)
- Prós e contras na cirurgia do glaucoma
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Cirurgia do glaucoma infantil
WILSON GUIMARÃES (São Paulo, SP)
- A trefinação de Elliot
A. PAULO FILHO (Rio, GB)
- Iridênclise
JOVIANO REZENDE (Rio, GB)
- Há riscos na prática da iridênclise?
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)
- Ciclodíálise
EVALDO CAMPOS (Rio, GB)
- A operação de FORLONI-LAGRANGE
ARCHIMEDES BUSACCA (São Paulo, SP)
- Operação de SCHEIE
HEITOR MARBAK (Salvador, BA)
- Intervenções visando a anular ou reduzir a formação de humor aquoso
PAIVA GONÇALVES (Rio, GB)

— A cirurgia do glaucoma na literatura

L. EURICO FERREIRA (Rio, GB)

Ilustram o livro cerca de três centenas de desenhos, gráficos e fotos, alguns coloridos. Bem contados, são 39 os co-autores, de dez diferentes Estados da Federação vindos, e 73 os capítulos em que condensam quase tudo que sabem e a experiência que têm. Muito haveria, ainda, a respigar, mas em obséquio da brevidade aqui ficamos, deixando para outra oportunidade a confissão do quanto sentimos não se encontrarem cooperando conosco muitos outros colegas. É bem verdade que, por uma razão ou outra, alguns declinaram dos convites feitos. Nem sempre pudemos aceder, e isto é muito natural. Recriminações, se devessem ser feitas de público, seriam as concernentes aos que aceitaram encargos e reiteradamente reafirmaram a decisão de cumprir o prometido e, não obstante, lamentavelmente falharam. Desapontaram-nos, apenas, e criaram ensanchas bem aproveitadas por outros, que aos amnésicos superaram.

Estejam, contudo, certos, êsses últimos que, se a Canossa vierem, mais prontos que Gregório VII seremos em absolvê-los. Atingido o objetivo colimado, tudo mais é secundário.

SUMMARY

About Glaucoma and Some Pertinent Problems

The importance and difficulties of the subject are enhanced. A book is announced to be briefly published on glaucoma. Editor wiel be Fundo Editorial Prociex. It will have 73 chapters written by 39 brazilian authors.

EVISCERAÇÃO

(Supressão da dor e da reação pós-operatórias)

J. ALMEIDA REBOUÇAS

Vitória

Há cêrca de seis anos, iniciamos nossas pesquisas visando a obter um método que permitisse suprimir a dor e a reação pós-operatórias que se seguem, com maior ou menor intensidade, à evisceração do globo ocular.

A maioria dos oculistas tem dado preferência à enucleação, muito mais mutilante e menos propícia à adaptação da prótese. Esta atitude é devida aos sofrimentos pós-operatórios, não só causados pela dor, como pela dilatação da convalescença.

Quando se divulgou o emprêgo da injeção retrobulbar de álcool, tivemos ocasião de empregá-la em muitos casos, sem contudo obtermos resultados uniformes, além de, na maioria dos casos, termos que lutar contra violenta quemose conjuntival que resistia a tôdas as tentativas terapêuticas, inclusive injeções subconjuntivais de hialuronidase.

O efeito antiflogístico, às vêzes espetacular, dos corticosteróides nas artropatias levou-nos a tentar seu emprêgo na evisceração, **dadas as semelhanças estruturais** entre a esclerótica e a cápsula e ligamentos articulares. Inicialmente empregamo-los em injeções subconjuntivais, logo após o término da operação. Os resultados foram animadores, embora estivessem longe de ser o ideal.

Conhecedor de nossos estudos, Dr. GALDINO, da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Bahia, apresentou, perante o XII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, realizado em Belo Ho-

rizonte, os resultados de suas observações, que coincidiram com os que havíamos obtido.

Ao surgirem os primeiros corticosteróides solúveis, resolvemos empregá-los em injeção retrobulbar, anexando-os à solução anestésica, obtendo total supressão da dor e da reação edematosa dos tecidos orbitários e periorbitários.

Contamos já com mais de três dezenas de eviscerações feitas, não só em crianças como em adultos, com a mesma uniformidade de resultados, quer em olhos em período de acalmia, quer nos portadores de inflamações agudas e subagudas.

Confirmava-se, assim, a similitude de comportamento entre a esclerótica e os tecidos articulares, frente à ação anti-inflamatória dos corticosteróides, quando injetados na sua vizinhança.

A técnica que usamos para a evisceração difere, em alguns tempos, dos métodos clássicos. Em resumo, são os seguintes os tempos:

1.º tempo — Injeção retrobulbar de Xilocaína a 2% misturada à Dexametasona, na proporção de 2 ml. da primeira para 1 ml. da segunda. Injeção subconjuntival com a mesma mistura.

2.º tempo — Descolamento da conjuntiva ao nível do limbo e dissecação até a inserção dos retos.

3.º tempo — Incisão da esclerótica a 4 mm. do limbo, a fim de passar por trás da inserção do músculo ciliar, completando-a com tesoura romba e curva, mantendo-se sempre equidistante do limbo.

4.º tempo — Com uma cânula de 4 mm. de diâmetro ligada ao aspirador, graduado no máximo do vácuo, aspira-se, de uma só vez, todo o conteúdo ocular, sem qualquer traumatismo sobre a parede interna da esclera. Pequenos fragmentos da cório-retina que ainda permaneçam aderentes à papila, são removidos com pequena cureta, bem afiada. O sangramento dos vasos centrais da retina e das vorticosas é jugulado com cauterização com estilete levado ao rubro. Se ainda restam fragmentos da coróide presos às saídas das vorticosas, serão retirados com uma bolinha de algodão. É imperativo que se evitem as curetagens extensas da esclerótica.

5.º tempo — Sutura da esclerótica com gat-gut cromado, em pontos separados. A coaptação das bordas deixa as extremidades ponteagudas. Serão arredondadas com tesoura. Esta sutura é feita no sentido vertical, para que não coincida com a sutura conjuntival.

6.º tempo — Sutura da conjuntiva, em chuleio, com sêda 5 zeros, no sentido horizontal.

Cruzando-se as linhas de sutura da esclerótica e da conjuntiva, evita-se que a primeira fique exposta, no caso de desprendimento da sutura conjuntival.

Mesmo quando a evisceração é feita sob anestesia geral, fazemos a injeção retrobulbar com dexametasona e xilocaína, expediente que permite anestesia geral mais superficial.

SUMMARY

Evisceration

(Supression of postoperative pain and reaction)

Two per cent xilocaine and dexametasone are mixed in the proportion of 2 to 1 and injected retrobulbar and subconjunctivally for evisceration. The retrobulbar infection is performed even when general anesthesia is used.