

Í N D I C E

Legislação sobre Acidentes Oculares do Trabalho Evaldo Campos	247
Estruturas Digitiformes Superficiais da Conjuntiva Humana Estudadas ao Microscópio Eletrônico Celso de Toledo e Adolfo Brunner Jr.	283
Glaucomas que não são Glaucomas Paiva Gonçalves	289
Capacidade Visual e seus Padrões Paulo Veloso	299
Estudo da Síndrome V com o Sinoptóforo Maurício Brik e Carlos Cesar Ferreira Cantador	311
Anemias Ferroprivas e Parasitoses Intestinais como Possíveis Fatores Etiológicos da Insuficiência da Convergência Lúcia Carvalho Ventura	319

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Nossas Últimas Sessões	325
Novos Sócios	326
Diretoria de Cursos	326
Prêmio Adaga — 1967	327
Diretoria de Publicações	328

VÁRIAS

Óbito	331
XIV Congresso Brasileiro de Oftalmologia e VIII Congresso Sul-Americano Meridional de Oftalmologia	331
Centro de Glaucoma	331
Centro de Estudos — Cátedra de Clínica Oftalmológica — Faculdade de Medicina de Porto Alegre — U.F.R.G.S.	332
Associação dos Ex-Residentes e Estagiários do Hospital São Geraldo ..	332
Academia Nacional de Medicina — Rio de Janeiro	333
Hospital dos Servidores do Estado — Residência	333

LEGISLAÇÃO SOBRE ACIDENTES OCULARES DO TRABALHO

EVALDO CAMPOS

A legislação que regula as indenizações devidas aos acidentados no trabalho é conquista recente, fruto da evolução da sociedade, consequência da valorização do homem, adotada onde é reduzida ao mínimo a exploração do trabalho humano, infelizmente ainda não estendida a todo o mundo.

Numerosos países ainda utilizam o trabalho escravo, seja como rotina, em alguns subdesenvolvidos, seja como castigo, em outros ditos evoluídos.

Nosso Brasil orgulha-se de possuir legislação das mais completas e complexas, por isso mesmo, muitas vezes de aplicação difícil.

No que concerne aos acidentes oculares do trabalho, ocupam eles o 3.º lugar nas estatísticas, abaixo das mãos e pés; veremos adiante, comparando com leis e tabelas de outros países, que as nossas descem a minúcias nem sempre encontradas nas demais.

Já escrevi algures que, perito de vara de acidentes, desisti de continuar a fazer as perícias, por serem meus laudos menos benevolentes para os acidentados que os dos próprios adversários... O número de simuladores é enorme, os testes de simulação trabalhosos, os peritos muito ocupados, o coração do brasileiro muito grande e... o empregador é **rico**, a seguradora mais ainda... E com isto a justiça favorece o desonesto, o **esperto**... Por lei, são indenizados os acidentes causados por "imprudência, negligência ou brincadeiras de terceiros, inclusive companheiros de trabalho", no local de trabalho...

Sabiamente, o trabalhador ou qualquer cidadão é protegido por numerosas leis, desde a Constituição, até o Código Civil, que em seu art. 159 determina que: "Aquêle que por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano". Na reparação do dano, entretanto, precisa ter-se em mente que a vítima não deve tirar proveito do acidente para enriquecer, recebendo apenas indenização que permita o ressarcimento dos prejuízos causados, e manter um nível de vida equivalente ao desfrutado antes do evento. Neste ponto é que falha a justiça, porquanto são inúmeros os casos de documentos forjados, falsos testemunhos, exames simulados, trazendo benefícios exagerados e injustos para o acidentado ou beneficiários, enojando mesmo as pessoas de bons senti-

mentos ainda não calejadas nos desvãos dos julgamentos, que venham a tomar parte nestas disputas.

Não nos alongaremos nas questões jurídicas, jamais seríamos advogados de causas injustas... Ater-nos-emos estritamente à legislação sobre acidentes oculares do trabalho, para honrar o convite que nos foi dirigido pelo nosso prezado colega Jacques Tupinambá, companheiro de quase 30 anos de Congressos de Oftalmologia.

Recebido o convite em novembro de 1966, logo após o regresso de viagem ao velho mundo, de onde viéramos acabando de assistir ao XXI Congresso Internacional de Oftalmologia, reunido em Munich, endereçamos 56 cartas a colegas de outros tantos países, sendo 43 secretários ou diretores de Sociedades de Oftalmologia e 13 a oftalmologistas, residentes em países que não as possuem (ou não constam do Index Ophthalmologicus — editio VI, distribuído em Munich).

Recebemos 24 respostas, sendo enviadas novas cartas a alguns países, ainda assim não recebendo qualquer informação de alguns deles.

Decidimos transcrever primeiramente os comentários dos consultados e as tabelas de indenizações dos respectivos países, pela ordem de chegada das respostas, e no fim, a nossa legislação. Cremos que será um meio fácil de consulta, útil para oftalmologistas e juristas especializados.

Lamentamos que muitos Secretários de Sociedades não respondessem às cartas, sobretudo os da Argentina, Uruguai, França, Suécia, Espanha, Austrália, Rússia; dos países socialistas, somente a Tchecoslováquia nos brindou com a resposta, muito útil, porque vem de um país cuja política social tanto difere da nossa. Nela poderemos ver que as indenizações discriminadas detalhadamente, são relativamente menos enerosas que as nossas.

* * *

Uma das tabelas mais difundidas é a de Maschke, que serviu de base para as demais e ainda adotada em alguns países. Ei-la, precedendo as dos países consultados:

Graus de incapacidade, segundo Maschke

Agudeza visual	1-2/3	1/2	1/3	1/4	1/5	1/7	1/10	1/15	1/20	0
1-2/3	0	0	5	10	10	15	15	20	20	25
1/2	0	5	10	10	15	20	25	25	30	35
1/3	5	10	25	25	30	30	35	40	45	55
1/4	10	10	25	40	40	45	50	55	60	65
1/5	10	15	30	40	55	60	65	70	75	80
1/7	15	20	30	45	60	70	75	80	85	90
1/10	15	25	35	50	65	75	85	90	95	105
1/15	20	25	40	55	70	80	90	95	100	115
1/20	20	30	45	60	75	85	95	100	110	125
0	25	35	55	65	80	90	105	115	125	125

ALEMANHA — A primeira resposta nos veio da Alemanha, subscrita pelo Prof. W. Jaeger, de Heidelberg, Secretário da Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, na qual nos pedia esclarecimentos. Dadas as explicações, como não viesse resposta, dirigimo-nos à Embaixada Alemã no Brasil, conseguindo através do 3.º Secretário, Dr. Uwe Kaestner, as tabelas que transcrevemos abaixo:

✕

Tabela de Indenizações											
A/B	5/5 5/7	5/10	5/12	5/15/	5/20	5/25	5/35	5/50	1/20	1/50	0
1,0	0	0	5	5	5x	10	15	15	20	25	25
0,6	0	5	5x	10	10	15	15	20	20x	25	25
0,5	5	5x	10	15	15	20	20	25	25	30	35
0,4	5	10	15	20	20	20x	25	25x	30	35	40
0,3	5x	10	15	20	30	30	30	35	40	45	45x
0,25	10	15	20	20x	30	40	40	45	50	55	55
0,2	15	15	20	25	30	40	50	50	50x	55	65
0,15	15	20	25	25x	35	45	50	60	70	80	80
0,1	20	20x	25	30	40	50	50x	70	80	85	90
0,05	25	25	30	35	45	55	55	80	85	95	95x
0,03	25	25	35	40	45x	55	65	80	90	95x	100

Nota: Os valores assinalados com x podem ser aumentados ou diminuídos de 5%.

Perda de um olho com supuração duradoura da cavidade 40-50

Afacia unilateral 15-20

Idem bilateral 25-30

Paralisia de uma pálpebra, quando o olho fôr perdido 25

Paralisias musculares:

a) Em um olho, quando há diplopia 30

Idem, sem diplopia 10-20

b) Nos dois olhos, segundo a baixa da visão

Ferimentos das pálpebras, vias lacrimais, com epífora, segundo a intensidade 10-25

Hemianopsia heterônima 10-30

Idem, homônima 40-50

Idem em quadrante, homônima 20-30

Escotoma central, variando com a restante agudeza visual:

Unilateral 5-25

Bilateral 10-70

Estreitamento concêntrico do campo visual:

até	bilateral	unilateral	no único olho
50º	0- 15	0- 5	30- 50
30º	25- 50	10-15	55- 70
10º	60- 80	20-25	80- 90
-10º	80-100	25	100

INGLATERRA — Resposta de J. H. Dobree, secretário da Ophthalmological Society of the United Kingdom: Não há regulamentos ou leis sobre acidentes industriais do trabalho. Cada caso é julgado individualmente, sendo praticamente impossível enviar tabelas de indenização.

NICARAGUA — Dr. Roberto Buitrago H., amavelmente nos respondeu à carta dirigida ao endereço conseguido na Soc. Bras. de Oftal. Diz ele que o art. 6 da Lei de Reformas do Código de Trabalho, de 10 de setembro de 1945, modifica o art. 98 da seguinte forma: "No caso de incapacidade permanente, o trabalhador terá direito a indenização calculada pelo número de dias que se determinem para a incapacidade total permanente e fixada pela porcentagem que para cada caso, corresponda a um valor compreendido entre o máximo e o mínimo da Tabela de Valores de Incapacidades, publicada ao pé deste artigo. Tal cálculo será feito pelo Juiz, de acordo com seu prudente julgamento, levando em conta a idade do trabalhador, se a incapacidade é absoluta para que este exerça seu ofício, se fique ainda capacitado para outro ou simplesmente diminuiu sua capacidade para o desempenho do mesmo."

"O pagamento desta indenização e o do que assinala o artigo anterior, far-se-á em moeda corrente, de uma só vez e no total do mesmo, salvo se por ele garanta o patrão ao trabalhador uma renda correspondente a cinco anos, que será paga anualmente, no princípio do ano, consistindo esta em uma quinta parte da indenização fixada, mais os juros legais que correspondam a cada parcela pelo prazo concedido".

Tabela de indenizações das incapacidades:

180 — Cegueira por perda de ambos os olhos	100%
181 — Enucleação de um olho	45%
182 — Estreitamento concêntrico do campo visual com conservação de 30º em um olho	10%
183 — Nos dois olhos	de 10 a 20%
184 — Estreitamento concêntrico do campo visual, com visão unicamente de 10º ou menos, em um olho	10 a 15%
185 — Dos dois olhos	50 a 60%

Diminuição permanente (quando a agudeza visual não possa ser melhorada com óculos).

		Profissão que não requeira agudeza visual determinada	Id. quando exija
186 —	Visão normal em um olho e	0	25%
187 —	"	0,05	35%
188 —	"	De 20 a 25%	30%
189 —	"	0,1	30%
190 —	"	0,2	15%
191 —	"	0,3	20%
192 —	"	0,5	10%
193 —	"	0,6	5%
194 —	"	0,7	0
194 —	Nos casos em que exista diminuição bilateral da agudeza visual, somar-se-á a porcentagem de incapacidade que corresponda a cada olho, considerando-se o outro como tendo visão normal.		
195 —	Para efeito de reclamações posteriores, por perda de visão, será considerado como visão normal a visão acima de 0,7 em cada olho.		

Hemianopsias verticais

196 —	Homônimas direitas ou esquerdas	de 10 a 20%
197 —	Heterônimas nasais	de 5 a 10%
198 —	Heterônimas temporais	de 20 a 40%

Hemianopsias horizontais

199 —	Superiores	de 5 a 10%
200 —	Inferiores	de 40 a 50%
201 —	Em quadrante	de 5 a 10%
202 —	Diplopia	de 10 a 20%
203 —	Oftalmoplegia interna unilateral	de 5 a 10%
204 —	Oftalmoplegia interna bilateral	de 10 a 20%
205 —	Desvios das bordas palpebrais: entrópico, ectrópico, simbléfaro ..	de 0 a 10%
206 —	Epífora	de 0 a 10%
207 —	Fístulas lacrimais	de 10 a 20%

Notamos serem dizeres idênticos aos da Lei Mexicana, alterados os valores da indenização.

SUIÇA — O prof. DELLA CASA, Secretário da Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft enviou a legislação trabalhista e prospectos de propaganda contra acidentes de trabalho e do uso de óculos protetores, da Schweizerische Unfallversicherunganstalt (SUVA), chamando a atenção para o fato de naquela nada constar sobre afecções oculares nem sobre benefícios dos acidentes que atingem os olhos. Diz textualmente: "Wie Sie daraus sehen, betrifft das "Gesetz" alle Krankheiten und Unfaelle, ohne dass die Augenauffektion besonders erwaeht oder geregelt wuerden..."

Da BOLÍVIA chegaram informações do prof. ANICETO SOLLARES, de Sucre, assinalando que, "por curiosa coincidência, estou preparando um trabalho sobre legislação de meu país, sobre acidentes oculares do trabalho, para tema do 2.º Congresso Boliviano de Oftalmologia, a se realizar nos primeiros dias de agosto de 1967". E nos enviou separata de trabalho publicado em 1950, iniciado com a afirmação de que na Bolívia, no Decreto que regula a Lei Geral do Trabalho, há uma única referência ao aparelho visual, no art. 91, inciso f — "perda de um olho ou visão, 50 por 100". Seu trabalho é um estudo minucioso, apreciando as legislações em vigor noutros países e propondo as seguintes tabelas de indenizações, calcadas nas de outros autores, com algumas modificações. Não sabemos se foram adotadas, ou se ainda hoje perdura o art. 91, inciso f.

I

Estreitamento até 30º de um olho, com boa agudeza visual	15%
Em iguais condições, se bilateral	30%
Escotoma central unilateral	30%
" " bilateral	80%
Hemianopsia vertical homônima	25%
" bitemporal	40 a 50%
" horizontal inferior	50%
" " superior	20%
Perda total do campo visual bilateral, com conservação da visão central	80 a 90%
Hemianopsia em quadrante superior	15%
" " inferior	30%

II

Paralisias oculares extrínsecas

Unilaterais: se incompletas (paresias): 15%; se completas	30%
Bilaterais: respectivamente, se incompletas ou completas	30 ou 70%
Paralisia da acomodação	15 a 25%
Ptose — Unilateral: se completa, 40%; se parcial	15%
Bilateral: se completa, 70%; se parcial	25%
Lagofthalmo paralítico — Unilateral, 10%; se bilateral	15%
Lagofthalmo cicatricial — Unilateral, 20%; se bilateral	30%

Outras afecções:

Vias lagrimais — Epífora, sendo uni ou bilateral	10 a 15%
Dacriocistites, por sua gravidade, em caso de ferida posterior do olho	25 a 35%
Ectrópio e entrópio, segundo a intensidade e se uni ou bilateral	10 a 30%
Simbléfaro, sendo uni ou bilateral	15 a 30%

Tabela de avaliação da incapacidade por perda ou diminuição da visão de um olho sendo o outro normal

Agudeza visual restante	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1	enucleação com prótese ou lesão evidente	Enucleação Prótese impossível
Porcentagem de invalidez	1.	2.	4.	6.	9.	12.	18.	26.	32.	38.	40.	45.

Tabela de avaliação da incapacidade por perda da visão em ambos os olhos													
Agudeza visual restante	1	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1	idem	idem
1	0	1	2	4	6	9	13	13	24	32	42	45	50
0,9	1	2	3	5	8	11	15	20	25	34	43	47	52
0,8	2	3	5	7	10	13	18	23	29	37	45	50	54
0,7	4	5	7	9	13	16	21	26	32	40	50	55	58
0,6	6	8	10	13	16	20	25	30	36	44	55	60	62
0,5	9	11	13	16	20	24	29	34	41	49	60	65	67
0,4	13	15	18	21	25	29	33	39	47	56	70	70	73
0,3	18	20	23	26	30	34	39	45	54	65	80	80	80
0,1	24	26	29	32	36	41	47	54	64	75	90	90	90
0,1	32	34	37	40	44	49	56	65	75	85	100	100	100
0,1	42	43	45	50	55	60	70	80	90	100	100	100	100
Enucleação com lesão evidente	45	47	50	55	60	65	70	80	90	100	100	100	100
Enucleação com prótese impossível	50	52	54	58	62	67	73	80	90	100	100	100	100

Qualquer profissão, tratando-se de monocular:

Agudeza visual	% de indenização
10/10	0
9/10	5
8/10	10
7/10	15
6/10	25
5/10	35
4/10	50
3/10	70
2/10	85
1/10	100

FINLÂNDIA — Nossa carta, dirigida ao Dr. Aikäs, antigo Secretário da Sociedade Finlandesa de Oftalmologia (Suomen Silmälääkäriyhdistys), foi respondida pela Dra. Ilkka Raivio, atual Secretária, que nos enviou um folheto com a legislação sobre aci-

dentes do trabalho e outros dois com recomendações para prevenção dos acidentes. Lutando nós para conseguir a tradução do texto em finês, imaginamos que não haja especificadamente referência às indenizações devidas aos traumatizados do aparelho visual.

DINAMARCA — Um resumo bastante compreensivo em inglês, feito pelo Dr. Mogens S. Norn, Secretário da Dansk Oftalmologisk Selskab (Soc. Dinamarquês de Oftal.), permitiu-nos conhecer rapidamente o adotado em seu país.

Todo empregador é obrigado a segurar os assalariados em companhias particulares. Os médicos notificam os acidentes às companhias de seguro; estas proporcionam o tratamento, inclusive de reabilitação, óculos, etc., além de pagarem as diárias enquanto durar o afastamento do serviço e indenizações, segundo as tabelas adiante publicadas.

Olhos

Ambos os olhos perdidos ou sem visão	100
Perda da visão em um olho	20
Perda da visão de um olho e complicações (por ex., glaucoma)	25
Perda da visão de um olho, suscetível de melhora com operação	18
Perda do globo ocular	25
Phthisis bulbi	25
Diplopia	10
Diplopia vertical	8
Ausência de visão binocular (por ex., afacia com visão inferior a 6/60)	15
Afacia com boa visão, com lente de contato	8

Tabela de Indenizações								
	6/6	6/12	6/18	6/24	6/36	6/60	2/60	0
6/6	0	0	5	8	10	12	15	20
6/12	0	5	10	12	12	15	18	20
6/18	5	10	20	25	30	35	40	45
6/24	8	10	25	35	45	50	55	60
6/36	10	12	30	45	55	65	70	75
6/60	12	15	35	50	65	75	80	85
2/60	15	18	40	55	70	80	95	100
0	20	20	45	60	75	85	100	100

Perdas do campo visual também são indenizadas, sem figurarem no texto.

EL SALVADOR — O Dr. Humberto Escapini, solicitado a fornecer-nos a legislação do seu país, informou-nos amavelmente nada haver neste sentido. Muito agradecemos sua colaboração particular.

IRAN — Graças ao prof. Chams, Diretor do Departamento de Oftalmologia do Hospital Farabi, de Teheran, fomos informados de que a legislação sobre os acidentes oculares do trabalho é baseada na francesa e não é completa. Estão previstas as seguintes percentagens para indenização:

Cegueira total de um olho com severa diminuição da visão do outro	100
Cegueira total do único olho	100
Cegueira total de um olho com diminuição da visão do outro	40-80
Diplopia ou exoftalmia	20-30
Cegueira total de um olho	20-30
Diminuição da visão em um olho	5-30

AFRICA DO SUL — Obtivemos um resumo da legislação enviado pelo Dr. E. T. Meyer, Secretário da "The Ophthalmological Society of South Africa".

A Lei de Indenização dos Trabalhadores, de 1941, estabelece as bases da indenização para os operários, sendo o Fundo administrado por um Comissariado. Todo empregador é registrado e paga anualmente uma cota para o Fundo de Acidentes. A Administração e todos os benefícios são pagos com os meios deste Fundo. Recebem indenização os acidentados temporários, definitivos e os herdeiros dos falecidos por acidentes, sendo igualmente pagas indenizações para tratamento médico durante dois anos ou mais, em casos excepcionais. O empregador notifica o Fundo, escolhendo o trabalhador acidentado o seu médico, que recebe os honorários quando termina o tratamento. A ficha do acidentado, no que se refere aos olhos, deve assinalar a perda da agudeza visual, do campo visual e as alterações do equilíbrio muscular. A agudeza visual com e sem lentes é anotada. As anormalidades pré-existentes devem constar do laudo e se foram agravadas. O Comissariado estabelece, então, o grau de incapacidade e estipula a indenização e o período de afastamento do serviço. Igualmente o Comissariado fica permanentemente interessado na segurança do trabalho, prevenindo acidentes, exigindo óculos ou outros meios de proteção, podendo negar indenização se as medidas de segurança recomendadas não forem usadas pelos trabalhadores. Os médicos são pagos de acordo com tabelas adotadas pela Medical Association of South Africa e as despesas de hospitalização, remédios, serviços radiológicos e outros, podem igualmente ser pagos pelo Fundo de Acidentes.

TUNISIA — Informações prestadas pelo Dr. Taoufik Daghfous, Secretário Geral da Société Tunisienne d'Ophtalmologie, dizem-nos que não há legislação própria para os acidentes oculares do trabalho. Foi-nos enviado o resumo da Lei de 11 de dezembro de 1957, onde vemos de interessante ser considerado acidente de trabalho o que ocorre também no percurso de ida ou volta da residência para o local do trabalho. No art. 19 vemos que a taxa de incapacidade permanente é determinada segundo a natureza da doença, do estado geral, da idade, das faculdades físicas e mentais da vítima, bem como suas aptidões e qualificações profissionais, de acordo com tabelas indicativas, por determinação do Ministro dos Negócios Sociais, com as informações do Ministro de Saúde Pública e do médico Inspetor do Trabalho.

TCHECOSLOVÁQUIA — A Dra. Marie Exnerová, Secretária da Československa Oftalmologická Spolecnost (Soc. de Oft. da Tchecoslováquia), enviou o Código de

Trabalho (em inglês) e a publicação n.º 32, com as tabelas de indenização, traduzidas na Embaixada em nosso país.

Edital sobre a prestação de indenizações das lesões.

ARTIGO 7

(1) O montante da indenização das lesões é determinado com a importância de Kcs 10,00 por ponto.

(2) O montante total da indenização das lesões não pode ultrapassar a quantia de 12.000, mesmo com o acréscimo da indenização conforme o artigo 3, parágrafo 2.

B. Taxas de avaliação

I. Indenização das lesões nos acidentes

Pontos

Capítulo:

- | | |
|---|--------|
| 11. Fratura do ângulo da órbita (cavidade ocular) | 40- 60 |
|---|--------|

ÔLHO:

(Nos itens 19-53 já estão incluídas as eventuais operações)

- | | |
|---|--------|
| 19. Ferimento da pálpebra | 15 |
| 20. Queimadura química da pálpebra | 15 |
| 21. Queimadura da pálpebra de 2.º e 3.º graus | 15- 20 |

Ferimento não penetrante da córnea:

- | | |
|--|--------|
| 22. Erosão da córnea | 5 |
| 23. Corpo estranho com subsequente infiltração | 15 |
| 24. Ferida profunda não penetrante da córnea | 15- 20 |
| 25. Úlcera serpigínea pós-acidental | 25- 45 |
| 26. Queimadura e causticação do epitélio da córnea | 15 |

Feridas penetrantes da córnea:

- | | |
|---|--------|
| 27. Queimadura e causticação do estroma da córnea | 25- 45 |
| 28. Não complicadas | 20- 40 |
| 29. Complicadas por catarata traumática | 45- 55 |
| 30. Complicadas por catarata traumática e por corpo estranho intra-ocular | 60- 95 |
| 31. Complicada por hérnia da íris | 55-100 |
| 32. Complicada por corpo estranho intra-ocular | 45- 55 |
| 33. Complicada por hérnia da íris e por catarata | 65-110 |
| 34. Complicada por corpo estranho intra-ocular e por hérnia da íris | 65-110 |
| 35. Complicada por hérnia da íris, por corpo estranho intra-ocular e por catarata | 70-120 |

Feridas penetrantes da esclerótica:

36.	Na zona ciliar	55-100
37.	Na zona ciliar do olho e com corpo estranho intra-ocular	65-110
38.	Demais feridas penetrantes da esclerótica	25- 45
39.	Demais feridas penetrantes da esclerótica e com corpo estranho intra-ocular	45- 90
40.	Rotura do globo ocular e sua destruição	80-110
41.	Contusão do olho com derramamento de sangue para a câmara anterior	15- 30
42.	Contusão do olho com luxação do cristalino	45- 85
43.	Contusão do olho com derramamento de sangue no humor vítreo	40- 45
44.	Glaucoma traumático e secundário	65
45.	Descolamento pós-acidental da retina	65- 95
46.	Ferimento do olho exigindo sua extração logo após o acidente, inclusive operação.	150 -
47.	Ferimento de ambos os olhos exigindo sua extração logo após o acidente, inclusive operação	300
48.	Fratura da órbita	40- 60
49.	Corpo estranho na órbita	15
50.	Enfisema subcutâneo das pálpebras	15
51.	Hematoma retrobulbar	25- 45
52.	Oftalmia fotoelétrica	5
53.	Hemorragia na bainha do nervo óptico	30- 90

II. Indenização das lesões nos acidentes

Globo ocular:

266.	Enucleação do globo ocular com possibilidade de utilizar a prótese corriqueira: *	
	a) no homem	50-100
	b) na mulher	75-150
267.	Perda da visão	0-1880 ¹
268.	Perda do cristalino num ou nos dois olhos	200 ²
269.	Alteração traumática dos nervos motores do olho ou dos músculos motores do olho e alteração da visão binocular	350
270.	Alterações do campo visual segundo a origem acidental	120-1800 ³
271.	Alteração da permeabilidade dos canais lagrimais:	
	a) num olho	50
	b) nos dois olhos	100

* Na enucleação do globo ocular avalia-se ao mesmo tempo também a perda da visão segundo o item 267, porém não as demais consequências incluídas nos itens 268-277.

1) Ver as tabelas auxiliares.

2) Ao mesmo tempo se avalia a perda da visão segundo o item 267; a perda posterior do cristalino no outro olho não é avaliada como ulterior dificuldade do preavalcimento social; só pode ser avaliado mediante indenização da lesão segundo o item 36 ou 37.

3) Ver as tabelas auxiliares para o julgamento do estreitamento concêntrico do campo visual; não se pode avaliar ao mesmo tempo segundo o item 267.

272.	Posição falha dos cílios não corrigível por operação:	
a)	num olho	50
b)	nos dois olhos	100
273.	Midríase ou paralisia da pupila	30- 50
274.	Deformação do segmento externo do globo e suas vizinhanças (inclusive ptose da pálpebra superior, desde que não cobrindo a pupila):	
a)	num olho no homem	50
b)	num olho na mulher	75
c)	nos dois olhos no homem	100
d)	nos dois olhos na mulher	150
275.	Alteração traumática da acomodação (segundo a idade):	
a)	unilateral	50-100
b)	bilateral	30- 50
276.	Lagofthalmia pós-acidental cirurgicamente não tratável:	
a)	unilateral no homem	50-100
b)	unilateral na mulher	75-150
c)	bilateral no homem	100-150
d)	bilateral na mulher	150-225
277.	Ptose da pálpebra superior cobrindo a pupila, cirurgicamente não tratável:	
a)	unilateral no homem	50-250
b)	unilateral na mulher	75-375
c)	bilateral no homem	300-600
d)	bilateral na mulher	450-900

Observações:

— Conforme o parágrafo 12 dos Princípios, o médico só avaliará a diminuição da agudeza visual ocorrida em consequência de um acidente. Se a agudeza visual já estava diminuída antes do acidente, o médico avaliará a nova diminuição da agudeza visual pela diferença de avaliação por pontos entre o estado verificado após o acidente e o estado precedente ao acidente. Se não fôr possível verificar qual era a agudeza antes do acidente, o número de pontos não poderá ultrapassar $3/4$ da taxa constante da tabela.

— Se a diminuição da agudeza visual anterior ao acidente tiver sido avaliada com mais de 1300 pontos e se em consequência do acidente ocorrer cegueira do melhor olho, o médico avaliará a ulterior diminuição da agudeza visual pelo menos com 600 pontos. Procederá de maneira análoga se antes do acidente um olho já estiver cego e a agudeza visual do outro olho pior que $6/30$ e se, em consequência do acidente, ocorrer cegueira do outro olho.

— O escotoma unilateral e bilateral central é avaliado segundo a tabela auxiliar relativa à perda da vista.

— Se antes do acidente um olho estava cego e no outro existia estreitamento concêntrico de 25° ou mais, e neste olho sobreveio cegueira completa ou estreitamento do campo visual a 5° , indenizar-se-á no montante de 850 pontos.

TABELAS AUXILIARES

Tabela relativa ao item 267 - Perda da visão												
Agudeza visual	6/6	6/9	6/12	6/15	6/18	6/24	6/30	6/36	6/60	3/60	1/50	0
6/6	0	35	70	100	160	210	270	320	340	380	390	600
6/9	35	70	100	140	190	250	320	330	350	400	410	650
6/12	70	100	160	190	250	320	370	390	400	420	440	700
6/15	100	140	190	270	320	370	430	450	470	500	530	750
6/18	160	190	250	320	370	450	500	540	570	610	640	900
6/24	210	250	320	370	450	540	630	730	790	810	840	1080
6/30	270	320	370	430	500	630	750	890	890	920	1000	1260
6/36	320	330	390	450	540	730	880	1040	1160	1180	1210	1440
6/60	340	360	400	470	590	790	890	1160	1300	1330	1360	1620
3/60	380	400	420	500	610	810	920	1180	1400	1450	1480	1710
1/50	390	410	440	530	640	1020	1220	1380	1430	1520	1550	1800
0	600	650	700	750	900	1080	1260	1440	1500	1520	1550	1800

Observação: A agudeza visual se entende após a correção.

Tabela relativa ao item 270 — Estreitamento concêntrico do campo visual

Grau de estreitamento	De um olho	Acometimento de ambos os olhos de maneira mais ou menos igual	De um olho à cegueira do outro olho
60°	120	250	700
50°	160	530	830
40°	230	740	940
30°	330	990	1190
20°	450	1350	1450
10°	550	1650	1700
5°	600	1800	1800

Estreitamento não concêntrico do campo visual

	Pontos
Hemianopsia	
Homônima, do lado esquerdo	630
Homônima, do lado direito	810
Binasal	180
Bitemporal	1000-1200
Bilateral superior	180- 270
Bilateral inferior	540- 900

Deficiências unilaterais do campo visual:

Nasal unilateral	100
Temporal unilateral	270- 360
Superior unilateral	90- 180
Inferior unilateral	180- 360
Nasal (quadrante superior)	70
Nasal (quadrante inferior)	100
Temporal (quadrante superior)	100
Temporal (quadrante inferior)	200

✶ CANADÁ — O incansável Secretário da Canadian Ophthalmological Society, Dr. R. G. C. Kelly, mandou-nos copiosas informações sobre o assunto, inclusive folhetos de propaganda para prevenção de acidentes.

✶ A legislação canadense, sobre segurança da construção de edifícios e similares, é baseada no "Construction Safety Act 1961/62", regulamentado pelo ato 170/62, cujo art. 13 estabelece que "ninguém pode trabalhar onde possa estar exposto a acidentes oculares: a) devidos a estilhaços; b) a substâncias prejudiciais; ou c) a luzes perigosas ou outros raios — a menos que protegido por telas, anteparos ou vidros coloridos apropriados, ou outros meios de proteção adequadamente fabricados para evitar tais acidentes". Em 1964, o "Industrial Safety Act", na sua regulamentação 196/64, art. 33, alínea b, estabelece 4 itens para proteção ocular, 3 deles idênticos aos anteriores e um 4.º (3.º da legislação), "contra objetos cortantes", com os mesmos conselhos para proteção. No "Workmen's Compensation Act", define-se o trabalhador cego o que tem visão central inferior a 1/10 em cada olho. Os cegos podem ser empregados com a concordância da "Canadian National Institute for the Blind", que deverá ter acesso livre aos locais de trabalho.

Tabela de indenização

Visão com lentes	Um olho	Dois olhos
20/ 30	0	0
20/ 40	1%	De 1 a 5,25%
20/ 50	2%	2 a 10,5%
20/ 60	4%	4 a 21%
20/ 80	6%	6 a 31%
20/100	8%	8 a 42%
20/200	12%	12 a 63%
20/400	14%	14 a 73,5%
Cego	16%	16 a 84%

Outras cotas de indenização: enucleação — 18%; visão binocular — 16%; catarata — 12%; afacia bilateral — 20%; hemianopsia direita — 25%; idem esquerda — 20%; diplopia — 10%; escotomas, dependendo da localização e extensão — até 16%. As indenizações são baseadas em 75% dos proventos do ano anterior até ao máximo de \$ 6.000 por ano. As pensões por incapacidade permanente são pagas mensalmente por toda a vida, podendo ser suspensas se forem muito pequenas.

NOVA ZEELÂNDIA — Obtivemos resposta do Dr. Colin R. Fenton, Secretário da New Zealand Ophthalmological Society, que nos enviou extratos da Lei de Proteção aos empregados de fábricas e na construção, quase iguais aos do Canadá, deixando, porém, de remeter as tabelas de indenização, que presumimos sejam iguais ao deste país americano da Comunidade Britânica.

MÉXICO — O Dr. Alejandro Dalma Kende respondeu-nos em nome da Sociedad Mexicana de Oftalmologia, enviando alentado volume com 378 páginas, contendo a Ley Federal del Trabajo, com 685 artigos, o que a enquadra entre as mais completas do assunto. O operário é bastante protegido, inclusive pelo seu art. 321, que diz: A existência de um estado anterior (idiosincrasias, taras, discrasias, intoxicações, enfermidades crônicas, etc.), não é causa para diminuir a indenização. No art. 326, que classifica as doenças profissionais, em sua alínea XVIII, considera como tais a oftalmia elétrica, dos trabalhadores com solda autógena e elétrica, aos expostos à luz do arco voltaico e de lâmpadas incandescentes de mercúrio e aos expostos às luzes intensas da indústria cinematográfica; entre outras oftalmias (alínea XIX), catarata dos vidreiros, ceratites, blefarites, pterígios, dos trabalhadores em altas temperaturas, ferreiros, laminadores, etc. e na alínea XLVII, o nistagmo dos mineiros e linotipistas.

As indenizações calculam-se pelos seguintes valores:

180 —	Cegueira de ambos os olhos	100%
181 —	Enucleação de um olho	60%
182 —	Estreitamento concêntrico do campo visual, com conservação de 30° em um olho	10%
183 —	Dos dois olhos	15 a 30%
184 —	Estreitamento concêntrico do campo visual, com visão unicamente em 10° ou menos, de um olho	15 a 25%
185 —	Dos dois olhos	60 a 70%

Diminuição permanente (quando não possa ser melhorada com óculos) da agudeza visual

	Um olho	Outro olho	Profissões visuais	Profissões não visuais
186 —	1	0	45%	35%
187 —	1	0,05	35 a 40%	20 a 35%
188 —	1	0,1	35 a 40%	30%
189 —	1	0,2	30%	25%
190 —	1	0,3	25%	18%
191 —	1	0,5	20%	12%
192 —	1	0,6	20%	12%
193 —	1	0,7	15%	10%

194 — Quando houver diminuição bilateral da visão, somar-se-á a porcentagem da incapacidade que corresponde a cada olho, considerando-se como se o outro olho tivesse visão igual à unidade.

195 — Ao admitir-se em serviço um trabalhador, considerar-se-á para efeito de reclamações posteriores, por perda da agudeza visual, que tenha visão igual à unidade, mesmo que seja esta de sete décimos em cada olho.

196 — Hemianopsia vertical homônima direita ou esquerda	20 a 30%
197 — " " heterônima nasal	8 a 15%
198 — " " heterônima temporal	30 a 50%
199 — Hemianopsia horizontal superior	8 a 15%
200 — " " inferior	30 a 50%
201 — " em quadrante	8 a 15%
202 — Diplopia	15 a 30%
203 — Oftalmoplegia interna unilateral	8 a 15%
204 — Oftalmoplegia bilateral	15 a 30%
205 — Desvio das bordas palpebrais (entrópico, ectrópico, simbléfaro)	5 a 15%
206 — Epífora	5 a 15%
207 — Fístulas lagrimais	15 a 25%

A legislação serviu de base à da Nicarágua, variando as percentagens de indenização.

✕ ESTADOS UNIDOS ✕ — Tendo ficado sem resposta a carta dirigida ao Secretário da National Society for the Prevention of Blindness, dirigi-me ao Presidente da Pan American Association of Ophthalmology, prof. John M. McLean, que prontamente nos respondeu, informando não haver leis nacionais sobre acidentes do trabalho. Cada Estado possui legislação própria e como são 50 Estados, há 50 regulamentos diferentes. Na maior parte deles considera-se cegueira industrial quando a visão é inferior a 20/200 em cada olho ou quando o campo visual é inferior a 10º, independente da agudeza visual. Existem **recomendações**, sem força de lei, da American Medical Association para serem adotadas, que conseguimos diretamente daquela Associação.

Estas tabelas são complexas. Levam em consideração a visão para longe e perto, o campo visual e a motilidade. Do cômputo da perda geral do aparelho ocular, ainda pode ser avaliada a perda total da capacidade do indivíduo noutra tabela, na qual as ordenadas contêm a percentagem da perda visual e as abcissas a perda da capacidade geral. Nos cruzamentos, encontram-se as perdas totais.

Gostaríamos de reproduzir tôdas estas tabelas neste relatório, mas, dado o alto custo da impressão, não patrocinada pela Comissão Executiva do Congresso, suprimimos as últimas (que poderão ser conseguidas pelos interessados diretamente da A.M.A. — 535, North Dearborn St., Chicago, Illinois, 60610 — USA).

A tabela I dá simplesmente a percentagem de perda da visão para longe (em pés e em metros), com escalas para serem vistas a 6 metros (20 pés), e para perto, com escalas para serem lidas a 36 cms. (14 polegadas).

A tabela II (perda da visão central), tem nas ordenadas a agudeza visual para longe e nas abcissas a agudeza visual para perto. Os números encontrados nos cruzamentos correspondem, os superiores, aos fâcicos e os inferiores aos afâcicos. Por ex.: 20/40 para longe e 14/28 para perto corresponde a uma perda de visão para os afâcicos de 57% e para os não operados, de 13%.

Na tabela IV estão figuradas as perdas de campo visual, considerando normal o total de 500 ou mais pontos, obtidos pela soma dos graus: temporal e temporal inferior, 85 cada; inferior, 65; nasal, 60; nasal superior e temporal superior, 55 cada; nasal inferior, 50 e nasal superior, 45. Exemplo: hemianopsia temporal equivale a 280 pontos, ou sejam 56%, obtidos pela soma das parcelas 85, 85, 55 e 55 (esta última é a média do campo superior, 45 e inferior, 65). As outras 3 parcelas do campo nasal não são levadas em conta, porque no caso correspondem a zero.

TABLE 1.—Central Visual Acuity Notations

Distance		Loss of Central Vision, %
Snellen	Metric	
English		
20/16	6/5	0
20/20	6/6	0
20/25	6/7.5	5
20/32	6/10	10
20/40	6/12	15
20/50	6/15	25
20/64	6/20	35
20/80	6/24	40
20/100	6/30	50
20/125	6/38	60
20/160	6/48	70
20/200	6/60	80
20/300	6/90	85
20/400	6/120	90
20/800	6/240	95
Near		
Snellen	Jaeger	Point
14/14	1-	3
14/18	2-	4
14/22	...	5
14/28	3	6
14/35	6	8
14/45	7-	9+
14/56	8	12
14/70	11	14
14/87	...	...
14/112	14	22
14/140	...	...
		Loss of Central Vision, %
		0
		0
		5
		10
		50
		60
		80
		85
		90
		95
		98

Repetimos que estas tabelas são aconselhadas, não tendo força de lei. As percentagens de indenização nelas baseadas não pudemos obter, pela disparidade assinalada por McLean.

No Brasil, J. Azevedo Barros possui tabelas com a mesma finalidade, adotadas pelo antigo DASP.

TABLE 2.—*Loss of Central Vision**

Snellen Rating for Distance	Snellen Rating for Near										
	$\frac{14}{14}$	$\frac{14}{18}$	$\frac{14}{22}$	$\frac{14}{28}$	$\frac{14}{35}$	$\frac{14}{45}$	$\frac{14}{56}$	$\frac{14}{70}$	$\frac{14}{87}$	$\frac{14}{112}$	$\frac{14}{140}$
$\frac{20}{16}$	0 50	0 50	3 52	5 53	25 63	30 65	40 70	43 72	45 73	48 74	49 75
$\frac{20}{20}$	0 50	0 50	3 52	5 53	25 63	30 65	40 70	43 72	45 73	48 74	49 75
$\frac{20}{25}$	3 52	3 52	5 53	8 54	28 64	33 67	43 72	45 73	48 74	50 75	52 76
$\frac{20}{32}$	5 53	5 53	8 54	10 55	30 65	35 68	45 73	48 74	50 75	53 77	54 77
$\frac{20}{40}$	8 54	8 54	10 55	13 57	33 67	38 69	48 74	50 75	53 77	55 78	57 79
$\frac{20}{50}$	13 57	13 57	15 58	18 59	38 69	43 72	53 77	55 78	58 79	60 80	62 81
$\frac{20}{64}$	18 59	18 59	20 60	23 62	43 72	48 74	58 79	60 80	63 82	65 83	67 84
$\frac{20}{80}$	20 60	20 60	23 62	25 63	45 73	50 75	60 80	63 82	65 83	68 84	69 85
$\frac{20}{100}$	25 63	25 63	28 64	30 65	50 75	55 78	65 83	68 84	70 85	73 87	74 87
$\frac{20}{125}$	30 65	30 65	33 67	35 68	55 78	60 80	70 85	73 87	75 88	78 89	79 90
$\frac{20}{160}$	35 68	35 68	38 69	40 70	60 80	65 83	75 89	78 89	80 90	83 91	84 92
$\frac{20}{200}$	40 70	40 70	43 72	45 73	65 83	70 85	80 90	83 91	85 93	88 94	89 95
$\frac{20}{300}$	43 72	43 72	45 73	48 74	68 84	73 87	83 91	85 93	88 94	90 95	92 96
$\frac{20}{400}$	45 73	45 73	48 74	50 75	70 85	75 88	85 93	88 94	90 95	93 97	94 97
$\frac{20}{800}$	48 74	48 74	50 75	53 77	73 87	78 89	88 94	90 95	93 97	95 98	97 99

* Upper figure=% loss of central vision without allowance for monocular aphakia; lower figure=% loss of central vision with allowance for monocular aphakia.

TABLE 4.—*Loss of Visual Field*

Total Degrees			Total Degrees			Total Degrees		
Lost	Retained	% of Loss	Lost	Retained	% of Loss	Lost	Retained	% of Loss
0	500*	0	170	330	34	340	160	68
5	495	1	175	325	35	345	155	69
10	490	2	180	320	36	350	150	70
15	485	3	185	315	37	355	145	71
20	480	4	190	310	38	360	140	72
25	475	5	195	305	39	365	135	73
30	470	6	200	300	40	370	130	74
35	465	7	205	295	41	375	125	75
40	460	8	210	290	42	380	120	76
45	455	9	215	285	43	385	115	77
50	450	10	220	280	44	390	110	78
55	445	11	225	275	45	395	105	79
60	440	12	230	270	46	400	100	80
65	435	13	235	265	47	405	95	81
70	430	14	240	260	48	410	90	82
75	425	15	245	255	49	415	85	83
80	420	16	250	250	50	420	80	84
85	415	17	255	245	51	425	75	85
90	410	18	260	240	52	430	70	86
95	405	19	265	235	53	435	65	87
100	400	20	270	230	54	440	60	88
105	395	21	275	225	55	445	55	89
110	390	22	280	220	56	450	50	90
115	385	23	285	215	57	455	45	91
120	380	24	290	210	58	460	40	92
125	375	25	295	205	59	465	35	93
130	370	26	300	200	60	470	30	94
135	365	27	305	195	61	475	25	95
140	360	28	310	190	62	480	20	96
145	355	29	315	185	63	485	15	97
150	350	30	320	180	64	490	10	98
155	345	31	325	175	65	495	5	99
160	340	32	330	170	66	500	0	100
165	335	33	335	165	67			

*Or more.

✓ JAPÃO — O Prof. Naganori Kirisawa, professor de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Tohoku, Sendai, Diretor dos Negócios Exteriores da Nippon Ganka Gakkai (Soc. Japonêsa de Oftalmologia), enviou-nos, quando lhe escrevemos, a tabela de indenizações dos acidentados.

Classe	Múltiplos das diárias ganhas	Danos causados pelo acidente
1	1340	Cegueira total em A.O.
2	1190	Cegueira em um olho e visão igual ou inferior a 0,02. A.O. Visão igual ou inferior a 0,02.
3	1050	Cegueira em um olho e visão igual ou inferior a 0,06 no outro. A.O. Visão igual ou inferior a 0,06.
4	920	
5	790	Cegueira em um olho e visão igual ou inferior a 0,1.

6	670	A.O. Visão igual ou inferior a 0,1.
7	560	Cegueira de um olho e visão igual ou inferior a 0,6 no outro.
8	450	Visão de um olho igual ou inferior a 0,02.
9	350	A.O. visão igual ou inferior a 0,6. Visão de um olho igual ou inferior a 0,06. Hemianopsia, contração do campo visual ou anormalidade permanente do campo visual. Defeitos permanentes de ambas as pálpebras.
10	270	Visão igual ou inferior a 0,1 em um olho.
11	200	Acentuadas alterações da acomodação ou dos movimentos oculares atingindo A.O. Acentuadas alterações dos movimentos palpebrais. Defeito pronunciado em uma pálpebra.
12	140	Alterações da acomodação ou dos movimentos de um só olho. Idem de uma só pálpebra.
13	90	Visão igual ou inferior a 0,6 em um olho. Hemianopsia, contração do campo visual ou alterações permanentes do campo visual de um olho. Defeitos parciais ou madarose em ambas as pálpebras.
14	50	Defeito ou madarose em parte de uma só pálpebra.

NORUEGA — As informações vieram do Dr. Jan Ytterborg, do Ulleval Hospital, de Oslo, que nos remeteu um resumo dos benefícios recebidos pelos acidentados, a saber:

- 1) Tratamento, incluindo internação, raios X, medicamentos e assistência médica.
- 2) Diária enquanto durar a incapacidade.
- 3) Indenização, se perduram defeitos. Entre 15 e 30% a indenização é paga de uma vez; acima de 30%, é paga uma mensalidade, reajustada periodicamente. Nas incapacidades maiores, são prestadas outras formas de auxílios, como internação, reeducação para outros trabalhos, auxílio financeiro para aquisição de equipamentos técnicos, etc.

Todos os empregados são segurados obrigatórios de companhias públicas de seguro.

As percentagens de indenização dos acidentes são pagas mediante a seguinte tabela:

Agudeza visual	6/6	6/12	6/18	6/24	6/36	6/60	2/60	0
6/6	0	0	5	8	10	12	16	18
6/12	0	0	5	10	12	15	13	20
6/18	5	5	20	25	30	35	40	45
6/24	5	10	25	40	45	50	55	60
6/36	10	12	30	45	55	60	65	70
6/60	12	15	35	50	60	75	80	85
2/60	16	18	40	55	65	80	95	100
0	18	20	45	60	70	85	100	100

Se o globo ocular for perdido, acrescenta-se 1%.

Defeitos do campo visual:

Unilaterais, maiores no c. inferior ou temporal	5-10%
Hemianopsia homônima incompleta	cêrca de 20%
Idem total	40-45%
Hemianopsia bitemporal	25-35%
Paresias dos músculos extrínsecos	
Diplopia obrigando à oclusão de um olho	18%
Afacia bilateral	No mínimo 20%
Afacia no único olho	Adicional de 15%

Haverá reajustamento se acontecer alguma coisa no outro olho, que cause redução da agudeza visual, após o estabelecimento da indenização.

ITÁLIA — Falhando a resposta do Secretário da Soc. Oftalmológica Italiana, escrevemos ao prof. Giuseppe Scuderi, de Bari, que em poucos dias nos remeteu fotocópias das tabelas de indenizações, baseadas na Lei de 30 de junho de 1965,

Tabela de indenizações das perdas da agudeza visual

Visão perdida	Visão residual	Indenização do olho com menor agudeza visual (olho pior)	Indenização do olho com maior agudeza visual (olho melhor)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

Notas: 1) Em caso de perda parcial da visão em ambos os olhos, somam-se as percentagens de cada olho.

2) A indenização é calculada sobre a agudeza visual com correção óptica, sempre que a mesma seja tolerada; em caso contrário, é considerada a agudeza visual natural.

3) No caso da indenização ser calculada sobre a agudeza visual com correção, o grau de incapacidade permanente, calculado segundo a tabela supra, vem aumentado de maneira variável, com um acréscimo de 2 a 10 pontos, segundo o vício de refração.

4) A perda de 5/10 da visão de um olho, sendo normal o outro, é aumentada de 18% se se trata de acidente agrícola.

5) Em caso de afacia monocular:

a) com visão corrigida de 10/10, 9/10 ou 8/10	15%
" " " " 7/10	18%
" " " " 6/10	21%
" " " " 5/10	24%
" " " " 4/10	28%
" " " " 3/10	32%
" " " " inferior a 3/10	36%

A outra tabela que interessa ao oftalmologista, no seu capítulo 1, referindo-se à redução da agudeza visual permitindo apenas a contagem de dedos a 30 cms. ou menos, prevê indenização total, com assistência permanente à vítima.

✓
PORTUGAL — Não obtendo resposta da Secretaria da Soc. Portuguesa de Oftalmologia, dirigi-me ao Professor Jubilado Dr. Lopes de Andrade, que prontamente me respondeu, informando ter passado ao Ministério de Saúde e Assistência o encargo de enviar informações. E estas chegaram, remetidas pelo Chefe do Gabinete, Sr. José António Tavares, sob a forma de um volume, contendo, entre outros, o Decreto n.º 43.189, de 23-IX-1960, que aprova a tabela nacional de incapacidades por acidentes de trabalho e doenças profissionais, e de fotocópias do Diário do Governo, de 3-VIII-1965, com a Lei 2.127, que regula as bases do regime jurídico dos acidentes do trabalho e doenças profissionais. Posteriormente, vieram as informações do Secretário da S.P.O., Dr. João Eurico Lisboa, a quem agradecemos.

Na exposição de motivos que antecede o decreto, é dito que até então e desde 1932, era adotada a tabela Lucien-Mayet, e, empreendendo o Governo "um grande esforço para minorar a gravidade das questões ligadas à segurança do trabalho tanto nos aspectos preventivos como nos da reparação e recuperação, a tabela nacional de desvalorizações impunha-se"...

A tabela possui 93 artigos, sendo transcritos apenas os que interessam ao oftalmologista:

†8 — Para avaliação das incapacidades observar-se-ão as seguintes normas:

- A) As incapacidades temporárias parciais serão inicialmente fixadas pelo menos no dôbro do limite máximo do coeficiente previsto na tabela para a respectiva situação, sem ultrapassar o coeficiente 1, e serão reduzidas gradualmente, até à alta definitiva, com o objetivo de permitir a readaptação ao trabalho.
- B) As incapacidades que derivem de lesões não descritas na tabela serão avaliadas pelo coeficiente relativo a situação análoga.
- E) No caso de lesões múltiplas que respeitem a funções diferentes, o coeficiente global de incapacidade será determinado pela soma dos coeficientes que correspondem a cada situação. O primeiro dos coeficientes considerado referir-se-á à capacidade do sinistrado anterior ao acidente e os demais reportar-se-ão à mesma capacidade, feita, porém, a dedução do coeficiente ou dos coeficientes já tomados em conta no mesmo cálculo.
- F) As incapacidades expressas em coeficientes variáveis serão graduadas em atenção à idade do sinistrado ou doente, com referência à idade de 40 anos, atribuindo-se mais elevado coeficiente, dentro dos respectivos limites, aos

Tabela de mutilações e deformações

Artigo	Alínea	Situações de incapacidades	Coefic. de desvalorização	Razão da variação com a idade	Grupos profissionais mais atingidos
4.º	a)	Perda de um globo ocular	0,05	—	—
	b)	Afacia:			
		1) Unilateral	0,05-0,10	i	C
		2) Bilateral	0,10-0,15	i	C
	c)	Aderências cicatríciais das conjuntivas (cada olho)	0 -0,05	i	A
	d)	Ectrópion:			
		1) Unilateral	0 -0,05	i	ACD
		2) Bilateral	0 -0,15	i	ACD
	e)	Entropíon:			
		1) Unilateral	0 -0,10	i	ACD
		2) Bilateral	0,05-0,30	i	ACD
64.º	f)	Lagoftalmia:			
		1) Unilateral	0,10-0,20	i	ACD
		2) Bilateral	0,30-0,60	i	ACD
	g)	Epífora:			
		1) Unilateral	0,01-0,05	i	ACD
		2) Bilateral	0,05-0,10	i	ACD
	h)	Fístula lagrimal (cada lado)	0,15-0,20	i	AD
	i)	Deformidades por lesões da órbita (enofthalmia, exoftalmia, etc.)			
			0 -0,05	i	A
	a)	De um lado, visão de 1-0,7; do outro:			
		1) 1 a 0,4	0	—	—
		2) 0,3	0,05-0,10	i	CO
		3) 0,2	0,07-0,12	i	CO
		4) 0,15	0,10-0,15	i	CO
		5) 0,10	0,15-0,20	i	CO
		6) 0,05	0,20-0,25	i	CO
		7) 0	0,25-0,30	i	CO
	b)	De um lado, visão de 0,5; do outro:			
		1) 0,5	0 -0,05	i	CO
		2) 0,4	0,06-0,10	i	CO
		3) 0,3	0,07-0,15	i	CO

c)	4) 0,2 5) 0,15 6) 0,10 7) 0,05 8) 0 De um lado, visão de 0,4; do outro: 1) 0,4 2) 0,3 3) 0,2 4) 0,15 5) 0,10 6) 0,05 7) 0	0,15-0,20 0,16-0,21 0,20-0,25 0,25-0,30 0,27-0,35 0,10-0,15 0,15-0,20 0,20-0,25 0,22-0,26 0,25-0,30 0,35-0,40 0,37-0,48	CO CO CO CO CO CO CO CO CO CO CO CO CO
d)	De um lado, visão de 0,3; do outro: 1) 0,3 2) 0,2 3) 0,15 4) 0,10 5) 0,05 6) 0	0,30-0,35 0,32-0,37 0,35-0,40 0,40-0,45 0,45-0,50 0,50-0,60	CO CO CO CO CO CO
e)	De um lado, visão de 0,2; do outro: 1) 0,2 2) 0,15 3) 0,10 4) 0,05 5) 0	0,45-0,50 0,50-0,55 0,55-0,60 0,60-0,65 0,62-0,70	CO CO CO CO CO
f)	De um lado, visão de 0,15; do outro: 1) 0,15 2) 0,10 3) 0,05 4) 0	0,55-0,60 0,60-0,65 0,65-0,70 0,70-0,75	CO CO CO CO
g)	De um lado, visão de 0,1; do outro: 1) 0,1 2) 0,05 3) 0	0,65-0,70 0,70-0,75 0,75-0,80	CO CO CO
h)	De um lado, visão de 0,05; do outro: 1) 0,05 2) 0	0,85-0,90 0,95 1	CO CO CO
i)	Cegueira bilateral		CO
j)	Nos casos de afacia unilateral: 1) Agudeza visual nula		CO

1)	2) Agudeza visual mensurável, segundo o grau da agudeza	0,15-0,25	i	CO
	Nos casos de afacia bilateral:	1	—	—
	1) Agudeza visual nula	0,90	—	—
	2) Agudeza totalizada de 0,1	0,30-0,40	i	CO
	3) Agudeza totalizada entre 0,1 e 1 (segundo o grau de agudeza)	0,25-0,20	i	CO
	4) Idem, idem, superior a 1	0	—	—
	Alterações do campo visual	0,15-0,20	i	CO
a)	Diminuição até 30°, de um lado	0,05-0,15	i	CO
b)	Idem, nos dois lados	0,60-0,80	i	CO
c)	A menos de 30° num lado, a 30° no outro	0,20-0,25	i	CO
d)	A menos de 30° em ambos os lados	0,70-0,95	i	CO
e)	Perda de visão macular:	0	—	—
	1) De um lado	0	—	—
	2) Dos dois lados	0	—	—
f)	Escotomas unilaterais, mais ou menos extensos:	0	—	—
	1) No campo nasal	0	—	—
	2) No campo temporal	0	—	—
g)	Escotomas bilaterais, mais ou menos extensos:	0,10-0,40	i	CO
	1) No campo nasal	0,20-0,30	i	CO
	2) No campo temporal	0,20-0,30	i	CO
h)	Hemianopsias:	0,20-0,30	i	CO
	1) Horizontal superior	0,40-0,50	i	CO
	2) Horizontal inferior	0,25-0,30	i	CO
	3) Vertical homônima direita (lado ativo)	0,20-0,25	i	CO
	4) No outro lado	0,30-0,40	i	CO
	5) Bitemporal	0	—	—
	Perda da visão estereoscópica com conservação da visão simultânea	0	—	—
	Hemeralopia	0,05-0,20	i	CO
	Paralisias:	0,05-0,15	i	ACOJ
a)	Dos nervos motores do globo ocular:	0,20-0,25	i	ACOJ
	1) Unilateral, com neutralização	0,10-0,40	i	ACOJ
	2) Idem, sem neutralização (diplopia)	0,40-0,70	i	ACOJ
	3) Bilateral, com neutralização	0	—	—
	4) Idem, sem neutralização (diplopia)	0	—	—
b)	Intrínsecas (Acomodação):	0	—	—
	1) De um lado	0	—	—
	2) Dos dois lados	0,40-0,70	i	CO
c)	Do simpático cervical (tipo C. C. Bernard-Horner)	0	—	—
a)	Conjuntivites crônicas	0,02-0,15	i	ACD

sinistrados com idades superiores quando a razão de variação seja direta (d) e aos que tiveram idades inferiores quando aquela razão seja inversa (i).

- G) A graduação das incapacidades segundo a profissão far-se-á atribuindo maior desvalorização, na amplitude do coeficiente aplicável, aos sinistrados cujas profissões sejam classificadas em grupo anotado na respectiva alínea ou número."

Os grupos profissionais mais atingidos figurando na última coluna, correspondem respectivamente a: A) Profissões com apresentação; C) Idem que exigem boa visão; D) Idem, em que os trabalhadores estão sujeitos a poeiras; J) Idem que exigem destreza das mãos; O) Idem, que exigem faculdades especiais de equilíbrio.

Não entendemos apenas, porque no art. 4.º, alínea a, a perda de um globo ocular está com o coeficiente de desvalorização muito inferior ao da lagofthalmia, por exemplo, alínea f do mesmo artigo. ✓

CHILE — Também não recebendo resposta do Secretário da Soc. Chilena de Oftalmologia, apelei para a Dra. Elcira Pinticart de W., que estagiou conosco há mais de 25 anos, e nos remeteu um resumo da lei de indenizações, a saber:

Percentagem da perda da visão	Visão	Percentagem do salário de 2 anos
4,3	5/5	3
8,5	5/7,5	5,9
12,5	5/7,5p	8,7
16,4	5/10	11,4
30	5/15	21
36	5/15p	25,2
41	5/20	28,7
60	5/30	35
71	5/40	53,9
100	1/50	70

ESPAÑA — Conseguimos as informações com o Dr. Joaquín Ruttlán, secretário do Instituto Barraquer, após falharem as solicitadas à Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana.

A legislação de acidentes do trabalho data de 22 de junho de 1956, e é muito parca em referências ao aparelho visual.

No seu art. 37, que trata da incapacidade permanente parcial para o trabalho, inclui na alínea b, a perda completa da visão de um olho, se subsiste a do outro. E o art. 38, referente às incapacidades definitivas para a profissão exercida, tem a alínea e que declara como tal o trabalhador com perda da visão em um olho quando o outro está com a agudeza visual reduzida a menos de 50%. No art. 41, a incapacidade é permanente e absoluta para todo o trabalho, quando: alínea c) perda total da visão em ambos os olhos; e, d) perda da visão de um olho com redução de 50% ou mais da visão do outro (comentário do A. — igual, portanto, à alínea e do art. 38).

Na tabela de indenizações, somente encontramos:

Diminuição da agudeza visual de um olho em menos de 50%, sempre que não alcance 7/10 com correção — 4.688 pesetas (aproximadamente NCr\$ 215,00).

Idem em mais de 50% — 7.500 pesetas (NCr\$ 345,00).

Idem de ambos os olhos em menos de 50%, sempre que não alcance 7/10 de visão com correção — 9.375 pesetas (NCr\$ 431,00).

IUGOSLÁVIA — Embora não tivéssemos resposta, quis o acaso que no vol. IV, fascículo 4.º, de 1966, da Acta Ophthalmologica Iugoslavica, trouxesse uma Proposta da Comissão para o Estudo da Invalidez Visual, presidida pelo Prof. Stane Stegar, com as seguintes tabelas:

Tabela I													
Capacidade visual remanescente para longe													
Visão	1,0-0,9	0,8-0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,25	0,2	0,15	0,1	0,05	0,05	Fator
1,0-0,9	50	49,4	48,8	48,1	46,9	45,6	45	43,8	41,9	40	38,1	37,5	1
0,8-0,7	49,4	47,5	46,9	46,3	45	43,8	43,1	41,9	40	38,1	36,3	35,6	0,95
0,6	48,8	46,9	45	44,4	43,1	41,9	41,3	40	38,1	36,3	34,4	33,8	0,9
0,5	48,1	46,3	44,4	42,5	41,3	40	39,4	38,1	36,3	34,4	32,5	31,9	0,85
0,4	46,9	45	43,1	41,3	37,5	36,3	35,6	34,4	32,5	30,6	28,8	28,1	0,75
0,3	45,6	43,8	41,9	40	36,3	32,5	31,9	30,6	28,8	26,9	25	24,4	0,65
0,25	45	43,1	41,3	39,4	35,6	31,9	30	28,8	26,9	25	23,1	22,5	0,6
0,2	43,8	41,9	40	38,1	34,4	30,6	28,8	25	23,1	21,3	19,4	18,8	0,5
0,15	41,9	40	38,1	36,3	32,5	28,8	26,9	23,1	17,5	15,6	13,8	13,1	0,35
0,1	40	38,1	36,3	34,4	30,6	26,9	25	21,3	15,6	10	8,1	7,5	0,2
0,05	38,1	36,3	34,4	32,5	28,8	25	23,1	19,4	13,8	8,1	2,5	1,9	0,05
0,05	37,5	35,6	33,8	31,9	28,1	24,4	22,5	18,8	13,1	7,5	1,9	-	-

Tabela II											
Capacidade visual remanescente para perto											
Visão	1-0,9	0,8-0,7	0,6-0,5	0,4	0,3	0,25	0,2	0,15	0,1	0	Fator
1 - 0,9	50	49,4	48,8	45	42,5	40,6	39,4	38,8	38,1	37,5	1
0,8-0,7	49,4	47,5	46,9	43,1	40,6	38,3	37,5	36,9	36,3	35,5	0,95
0,6-0,5	48,8	46,9	45	41,3	38,8	36,9	35,6	35	34,4	33,8	0,9
0,4	45	43,1	41,30	30	27,5	25,6	24,4	23,8	23,1	22,5	0,6
0,3	42,5	40,6	38,8	27,5	20	18,1	16,9	16,3	15,6	15	0,4
0,25	40,6	38,8	36,9	25,6	18,1	12,5	11,3	10,60	10	9,4	0,25
0,2	39,4	37,5	35,6	24,4	16,9	11,3	7,5	6,9	6,3	5,6	0,15
0,15	38,8	36,9	35	23,8	16,3	10,6	6,9	5	4,4	3,8	0,1
0,1	38,1	36,3	34,4	23,1	15,6	10	6,3	4,4	2,5	1,9	0,05
0	37,5	35,6	33,8	22,5	15	9,4	5,6	3,8	1,9	0	0

Tabela para determinação das indenizações dos defeitos do campo visual

As perdas do campo visual são indenizadas do seguinte modo:

a) Hemianopsia homônima direita:	
O.D. melhor	42%
O.E. melhor	36%
b) Hemianopsia homônima esquerda:	
O.D. melhor	36%
O.E. melhor	42%
c) Hemianopsia bitemporal	45%
d) Hemianopsia binasal	33%
Hemianopsia homônima direita	50%
Hemianopsia homônima esquerda	40%
Hemianopsia bitemporal	30%
Hemianopsia binasal	20%
Perda da metade do campo visual superior	25%
Idem da metade inferior	65%
Quando o O.D. é preservado:	
Perda do campo visual temporal	55%
Idem do campo nasal	40%
Quando o O.E. é preservado:	
Perda do campo visual temporal	45%
Idem do campo nasal	50%
Dacriocistite crônica — unilateral	5%
bilateral	12%
Fístula do saco lagrimal — unilateral	7%
bilateral	15%
Epífora — unilateral	3%
bilateral	6%
Ectrópio, entrópio, triquíase, cicatrizes — unilateral	5 a 10%
bilateral	10 a 20%
Ptose — unilateral — pupila descoberta	5%
pupila coberta	20%
bilateral — pupila descoberta	10%
pupila coberta	20 a 50%
Blefarospasmo essencial — unilateral	5%
bilateral	15%
Lesões orbitárias	40 a 60%
Exoftalmo pulsátil, aneurismas — unilateral	5 a 40%
bilateral	5 a 60%
Amaurose ou perda de um olho com possibilidade de usar prótese	30%

dente do trabalho, segundo as disposições do art. 18, do Decreto-Lei n.º 7.036, de 10 de novembro de 1944 (lei de acidentes do trabalho), e do art. 102 do Regulamento aprovado pelo Decreto n.º 18.809, de 5 de junho de 1945.

2) As indenizações, sejam pagas de uma só vez, ou sob a forma de renda, devem corresponder ao prejuízo causado à capacidade profissional de ganho da vítima. Variarão, assim, com a profissão do trabalhador, conforme determina o § 3.º do art. 18 da Lei. A classificação profissional adotada para esse fim toma em consideração:

- a) a especialização da profissão;
- b) as condições de saúde compatíveis com o seu exercício.

3 — Constitui-se a Tabela ora apresentada de três partes distintas.

A primeira parte, fundamental, pelos critérios que presidiram à sua elaboração, pode servir de base ao cálculo de indenização resultante de qualquer outra causa que não o acidente do trabalho, como o ato ilícito.

A segunda parte trata da classificação profissional, sendo acompanhada de uma relação de profissões classificadas.

Na terceira parte encontra-se a tabela que, combinando os diversos fatores, pode determinar a percentagem de indenização que deverá ser paga em cada caso de acidente do trabalho.

Nota explicativa.

Para se obter a percentagem de indenização por acidente do trabalho de acordo com a Tabela, proceder-se-á do seguinte modo:

a) Procuram-se na 1.ª parte (tabela de lesões-tipo) o número da lesão correspondente à apresentada pelo acidentado e a percentagem correspondente, observadas as determinações constantes do Capítulo II nos casos de lesões múltiplas.

b) Em seguida, na 2.ª parte, determina-se o número em que se enquadra a profissão da vítima, com auxílio do Anexo (Relação de profissões classificadas).

c) Finalmente, com o auxílio dos quadros constantes da 3.ª parte e tomando em consideração a idade e a profissão da vítima, determina-se o acréscimo percentual a ser somado à percentagem que foi encontrada na 1.ª parte, determinando-se, então, a percentagem final.

Tabela Fundamental de Indenizações

Número da lesão	Aparelho visual	Percentagem
5	A) Em um olho	
Redução avaliada pela escala de Wecker, em décimos		
Abaixo de 0,1		1
De 0,1 incl. até 0,2 excl.		3
De 0,2 incl. até 0,3 excl.		5
De 0,3 incl. até 0,4 excl.		8
De 0,4 incl. até 0,5 excl.		11
De 0,5 incl. até 0,6 excl.		16
De 0,6 incl. até 0,7 excl.		21
De 0,7 incl. até 0,8 excl.		26
De 0,8 incl. até 0,9 excl.		33
Acima de 0,9		40

B) Em dois olhos

Maior redução da visão decorrente de acidente

Menor redução da visão decorrente do acidente	Abaixo de 0,1	0,1/0,19	0,2/0,29	0,3/0,39	0,4/0,49	0,5/0,59	0,6/0,69	0,7/0,79	0,8/0,90	0,91 ou acima
Abaixo de 0,1	3	5	7	10	13	18	23	28	35	42
0,1/0,19		10	12	15	18	23	28	33	40	47
0,2/0,29			20	23	26	31	36	41	48	55
0,3/0,39				34	37	42	47	52	59	66
0,4/0,49					51	56	61	66	73	80
0,5/0,59						73	78	T	T	T
0,6/0,69							T	T	T	T
0,7/0,79								T	T	T
0,8/0,90									T	T
0,91 ou acima										T

Redução da visão do olho acidentado com redução da visão do outro olho, independente do acidente.

Redução da visão do olho acidentado

Redução da visão do outro olho (independente do acidente)	Abaixo de 0,1	0,1/0,19	0,2/0,29	0,3/0,39	0,4/0,49	0,5/0,59	0,6/0,69	0,7/0,79	0,8/0,90	0,91 ou acima
Abaixo de 0,1	2	4	6	9	13	17	22	27	34	41
0,10/0,19	3	3	8	11	15	19	24	29	36	44
0,20/0,29	5	7	10	14	18	23	28	34	42	50
0,30/0,39	8	10	13	17	22	28	34	41	50	59
0,40/0,49	11	14	17	21	26	33	40	48	58	69
0,50/0,59	15	18	21	26	32	40	48	58	69	T
0,60/0,69	19	23	27	32	39	48	57	69	T	T
0,70/0,79	24	28	33	39	46	57	68	T	T	T
0,80/0,90	30	35	40	47	55	67	T	T	T	T
0,91 ou acima	36	42	48	56	66	T	T	T	T	T

Nota: T — Incapacidade total.

Número da lesão	Percentagem
5 A perda da visão em um olho e a redução de mais da metade da do outro, é considerada, pelo art. 17 do Decreto-Lei n.º 7.036, de 10-11-44, como incapacidade permanente total.	
6 C) Lesão do conduto lagrimal com lagrimejamento crônico em um dos olhos:	
Em grau mínimo	5
Em grau médio	10
Em grau máximo	30
D) Lesão dos músculos extrínsecos, em um dos olhos	
Paresia do reto medial (interno), reto lateral (externo), reto superior, reto inferior, elevador da pálpebra	20
Paralisia do reto medial (interno), reto lateral (externo), reto superior, reto inferior, elevador da pálpebra	40
Paresia do grande oblíquo, pequeno oblíquo, orbicular das pálpebras	15
Paralisia do grande oblíquo, pequeno oblíquo, orbicular das pálpebras	30
E) Conjuntivite crônica, em um olho:	
Em grau mínimo	5
Em grau médio	10
Em grau máximo	20
F) Blefarite crônica, em um dos olhos	5

- Notas: 1) Na avaliação das reduções de visão não será considerada a possível correção da visão por meio de óculos, tendo em vista o disposto no art. 26 da Lei.
- 2) No caso de cegueira total, receberá o acidentado, além da indenização correspondente, a importância de 20% sobre o total da mesma, paga de uma só vez (art. 17, § 3.º do Dec.-lei 7.036, modificado pela Lei 2.873, de 16-9-56).
- 3) Qualquer prejuízo ao aspecto fisionômico existente em consequência da lesão ocular será indenizado à parte.

* * *

Os acidentes de trabalho ocorrem por 4 causas:

- a) Risco profissional, de natureza tão evidente que dispensa comentários;
- b) Falhas mecânicas — neste item podemos incluir as deficiências dos serviços de manutenção. Os locais de trabalho devem ser, além disto, suficientemente amplos para a circulação dos operários e produtos elaborados; devem ser fartamente ilumi-

nados; as máquinas devidamente protegidas contra a projeção de estilhaços; as peças oportunamente revisadas e substituídas, para evitar os acidentes.

c) Falhas humanas — para preveni-las ou diminuí-las, indispensável o exame de saúde obrigatório na admissão; campanhas freqüentes, mostrando as regras de segurança do trabalho, os perigos do álcool, da estafa, da distração, etc.

d) Circunstâncias fortuitas, imprevisíveis.

Há quem sustente criarem a indústria e o capital (representado pelo patrão), os riscos e as causas que determinam os acidentes, e assim, a responsabilidade é do empregador... (Villa Ortiz), pensamento que reputamos capcioso, justificando a transferência da responsabilidade de qualquer contratempo a outrem — os filhos, para os pais; os cidadãos, para a pátria; os usuários de quaisquer aparelhos para os fabricantes e êstes, para os inventores...

“O empregador não é culpado (algumas vezes pode ser), mas responsável pelos acidentes sofridos”, diz Sená; não sendo possível responsabilisá-lo por todos os ônus da indenização, deve ser obrigatório o seguro, seja por companhias particulares, seja estatal.

Para diminuir os riscos de acidentes, o ideal seria o exame prévio, rigoroso, de saúde, com os achados registrados em fichas que acompanhassem o operário e com cópias arquivadas em repartições oficiais. Isto acarretaria despesas elevadas e um número de incapazes extremamente grande.

Que destino dar a êstes?

Correr o risco de dar-lhes trabalho, arcando com a responsabilidade dos acidentes?

Sustentá-los indefinidamente com pensões, criando psicoses, além da incapacidade física já existente?

Problemas de soluções difíceis, quase sempre contornados com a primeira hipótese, nos países pobres, mas ensejando situações injustas, a nosso ver, para o segurador; e a criação de locais especiais de trabalho para os meio-válidos, nos países mais evoluídos.

Em interessante trabalho, Czapski, Chusid e Machado propõem fichas exaustivamente completas para fazerem parte da vida profissional dos trabalhadores, evitando as injustiças causadas pelos simuladores. Sabendo-se que em nossa legislação, estranhamente, não se leva em conta o uso de lentes corretoras de ametropias na avaliação das reduções da visão, muito importante é o conhecimento prévio daqueles defeitos. E considerando que o aparelho visual aparece nas estatísticas de acidentes de trabalho em 3.º lugar, abaixo apenas das mãos e dos pés, a exigência do exame prévio do aparelho visual é imprescindível.

O estudo da legislação em vigor em todo o mundo, mostra que já se chegou a uma quase unanimidade quanto ao amparo do trabalhador. As diferenças dos valores das indenizações também são pequenas, havendo uma consciência universal visando a proteção do operário. Resta apenas, que êste seja educado no sentido de maior

lealdade para com o empregador, assim como este não deve bitolar a produção média pela conseguida por operários excepcionais (no bom sentido), estimulados por prêmios (comuns nos regimes de trabalhos forçados).

Não vemos necessidade de alterar a nossa legislação sobre acidentes do trabalho, na parte referente aos olhos. Apesar do seu quarto de século, continua atualizada. Se fizéssemos alguma sugestão, seria a da obrigatoriedade de cumprimento dos deveres, de lealdade, sobretudo, para com os compromissos assumidos, e, principalmente, tornar possível a correção óptica das ametropias nas avaliações dos deficits visuais.

Resta-nos, assim, a esperança de que a reunião, neste co-relatório, das legislações de tantos países, possa torná-las mais facilmente acessíveis aos leitores.

RESUMO

O A. dirigiu cartas a 56 países, sendo 43 para Secretários de Sociedades de Oftalmologia e 13 a oftalmologistas das nações que não possuem Sociedades especializadas, registradas no Index Ophthalmologicus, Editio VI.

Infelizmente, recebeu apenas 24 respostas, lamentando particularmente a falta de informações da Argentina, Uruguai, França, Suécia, Austrália e URSS.

São publicadas as tabelas de perda de visão e de indenizações assim como destacados alguns pontos interessantes de cada legislação.

Apesar de quase um quarto de século, a nossa acha-se atualizada, exceto no ponto em que não admite a correção dos vícios de refração ao avaliar as reduções da agudeza visual.

SUMMARY

Legislation Concerning Ocular Accidents of the Work

In preparing this report to the XIV Brazilian Congress of Ophthalmology, wrote the A. to 43 Secretaries of National Societies of Ophthalmology enlisted in the "Index Ophthalmologicus", Editio VI, and 13 ophthalmologists of some countries where there are no societies.

Unfortunately, he receives only 24 replies. He regrets particularly the missing of informations from Argentina, Uruguay, France, Sweden, Australia and USSR.

The tables of loss of vision and compensations used in different countries are printed and some peculiar uses are also emphasised.

In spite of being a quarter of century old, Brazilian legislation is still up to date, except when it states that visual acuity will be taken without glasses after accidents.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Acidentes do trabalho ou doenças profissionais — Imp. Nac. de Lisboa — 1966.
- 2 — Barrera, G. F. — Los riesgos profesionales en la Rep. Mexicana — Rev. Med. (México), 4:239, 1965.
- 3 — Barros, J. Azevedo — Capacidade visual nas carreiras e funções públicas — Imp. Nac., 1946.
- 4 — American Medical Association. Guides to the evaluation of permanent impairment — The visual system — 1958.
- 5 — Buitrago, Roberto (Nicaragua) — Informação pessoal.
- 6 — Chams (Iran) — Informação pessoal.
- 7 — Csapski, Chusid e Machado — Legislação de acidentes do trabalho no Brasil e o exame pré-admissional — Rev. Bras. de Med. do Trab., 1:27, 1966.
- 8 — Daghfous, T. (Tunísia) — Informação pessoal.

- 9 — Dalma, -Alejandro, Kende (México) — Informação pessoal.
- 10 — Della Casa, F. (Suíça) — Informação pessoal.
- 11 — Dobree, J. H. (Inglaterra) — Informação pessoal.
- 12 — Escapini, Humberto (El Salvador) — Informação pessoal.
- 13 — Exnerova, Marie (Tchecoslováquia) — Informação pessoal.
- 14 — Fenton, Colin R. (Nova Zelândia) — Informação pessoal.
- 15 — Fuehrer durch die obligatorische Unfallversicherung (Schweizerische Unfallversicherungsgesellschaft) — 1966.
- 16 — Higiene e segurança do trabalho — Publicação do Dep. Nac. de Seg. e Hig. do Trab. — Ministério do Trabalho e Previdência Social, 1965.
- 17 — Industrial Injuries Insurance Act — Danish Directory of Industrial Injuries Insurance — 1965.
- 18 — Jaeger, W. (Alemanha) — Informação pessoal.
- 19 — Kaestner, Uwe (Alemanha) — Informação pessoal.
- 20 — Kelly, R. G. C. (Canadá) — Informação pessoal.
- 21 — Kirisawa, Naganori (Japão) — Informação pessoal.
- 22 — Ley Federal del Trabajo — Ed. Olimpo, México, 1966.
- 23 — Lisboa, João Eurico (Portugal) — Informação pessoal.
- 24 — Loi du 11 Déc., relative au régime de réparations des accidents du travail et des maladies professionnelles. J. O. n.º 43, du 20 Déc. 1957 — Tunis.
- 25 — Lopes de Andrade (Portugal) — Informação pessoal.
- 26 — McLean, John M. (Estados Unidos) — Informação pessoal.
- 27 — Meyer, E. T. (África do Sul) — Informação pessoal.
- 28 — Norn, Mogens S. (Dinamarca) — Informação pessoal.
- 29 — Ortiz, J. M. Villa — Arch. de la Soc. Oft. Hisp. Amer. 9:1161, 1949 e 9:1304, 1949.
- 30 — Pinticart, Elcira... de W. (Chile) — Informação pessoal.
- 31 — Poulizac, Henri — Doctrina de la Seguridad Social — Rev. Med. (México) 4:232, 1965.
- 32 — Raivio, Ilkka (Finlândia) — Informação pessoal.
- 33 — Ruttlán, Joaquín (Espanha) — Informação pessoal.
- 34 — Sbírka Zákonu — Ceskoslovenske socielistické republiky — 1965, pg. 138 e seguintes.
- 35 — Scuderi, Giuseppe (Itália) — Informação pessoal.
- 36 — Sollares, Aniceto (Bolívia) — Informação pessoal.
- 37 — Sollares, Aniceto — Estudio para complementar la legislación boliviana de accidentes del trabajo en lo referente a los organos de la visión — Arch. de la Soc. Hisp. Amer. de Oftal. 10:1083, 1950.
- 38 — Stergar, S.; Novak, S. — Predlozi Komisije za invaliditet vida — Acta Ophtal. Iugoslávica, 4:489, 1965.
- 39 — Tabela de indenizações por incapacidade permanente, resultante de acidentes do trabalho. Imp. Nac., 1959.
- 40 — Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali — Rome, 1965.
- 41 — Tabela Nacional de Incapacidades por acidentes e trabalho e doenças profissionais — Lisboa — ano não assinalado.
- 42 — The Labour Code Czechoslovak Socialist Republic — Praga — 1966.
- 43 — Tsopelas, B. — Eppagelmatika kai Ergatiku Nomotesia — Arch. de la Soc. d'Opht. de la Grece du Nord — 2:47, 1953.
- 44 — Ytterborg, Jan (Noruega) — Informação pessoal.

ESTRUTURAS DIGITIFORMES SUPERFICIAIS DA CONJUNTIVA HUMANA ESTUDADAS AO MICROSCÓPIO ELETRÔNICO

CELSO DE TOLEDO (*)
ADOLFO BRUNNER JR. (**)

A conjuntiva humana tem sido descrita como um epitélio que, embora variando quanto à disposição e morfologia celulares em seus diferentes setores, apresenta sempre uma superfície perfeitamente regular (1).

Ao examinarmos material de conjuntiva ao microscópio eletrônico, por ocasião de estudos que visavam objetivos diferentes, muita vez constatamos algo irregular na morfologia superficial das células.

Este trabalho visa estudar as formações que constituem estas irregularidades.

MATERIAL E MÉTODOS

O material foi obtido de pequenas biopsias de cerca de 3 mm², feitas na vizinhança do limbo esclero-corneano ou nas proximidades do fornix superior, durante intervenções cirúrgicas oculares executadas com anestesia potencializada. Nestas condições pudemos reduzir muito a anestesia de superfície e conservar melhor o material.

As inclusões foram feitas em metil-butilmetacrilatos na proporção de 3:7, com peróxido de benzoila a 2% e nitrato de uranila a 0,1% ou em epon 812. No primeiro caso fizemos a desidratação na série alcoólica. No segundo, fizemo-la na série acetônica.

Os cortes foram feitos num micrótomo de Porter-Blum e, depois de colhidos em grades metálicas cobertas por um filme de colódio, foram postos a secar em temperatura ambiente.

Os cortes de material incluído em epon 812 foram posteriormente corados em acetato de chumbo durante 10 a 25 minutos (2).

(*) Do Departamento de Oftalmologia do Hospital do IAPC (São Paulo). Do Laboratório de Virulogia do Instituto Butantan.

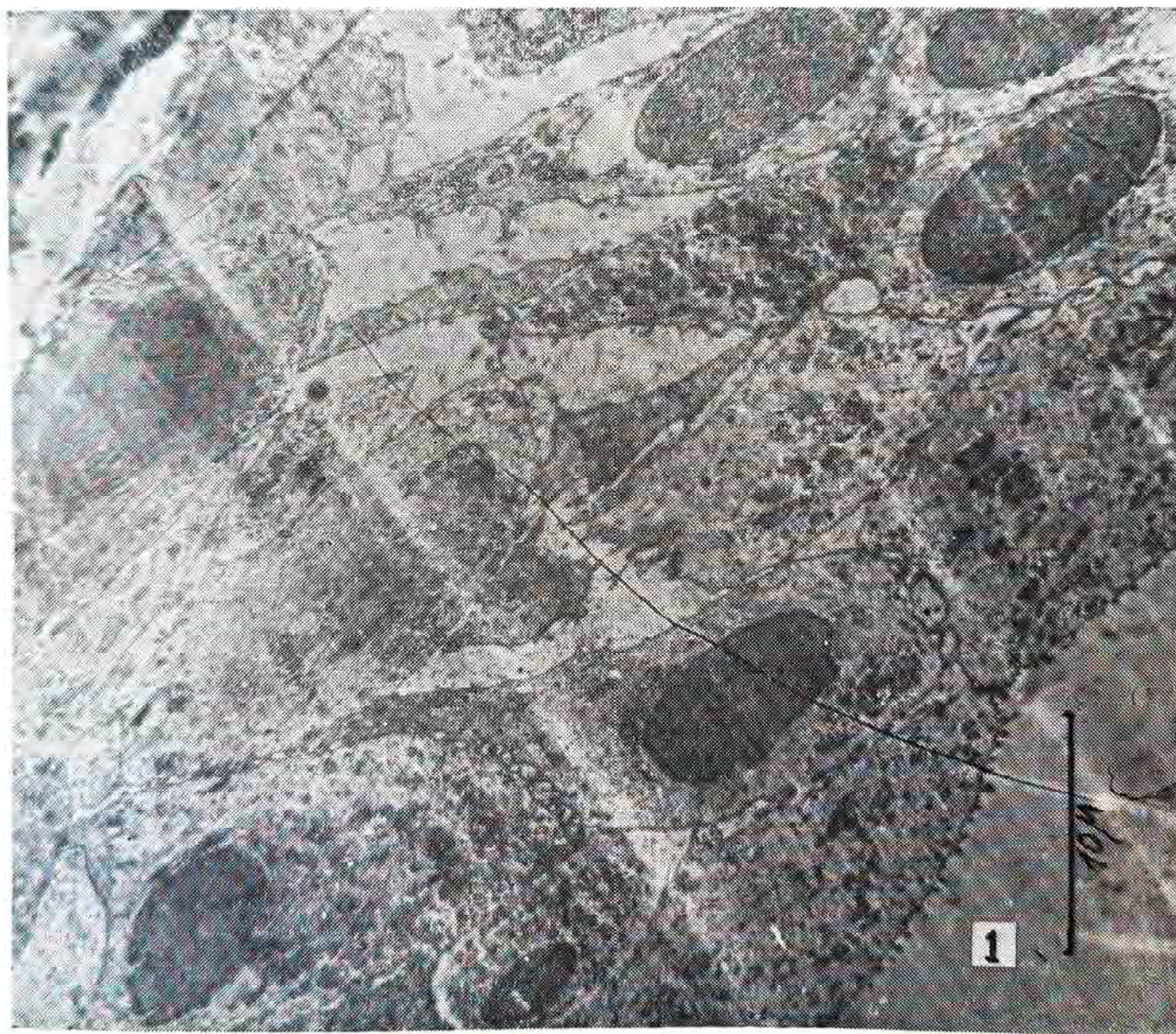
(**) Do Laboratório de Virulogia do Instituto Butantan (Chefe: Dr. A. Vallejo-Freire).

Os exames foram feitos nos microscópios eletrônicos ÛM100b e Elmiskop I da Siemens, com aumentos que variaram entre 7.200 x e 40.000 x. As chapas foram ampliadas fotograficamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

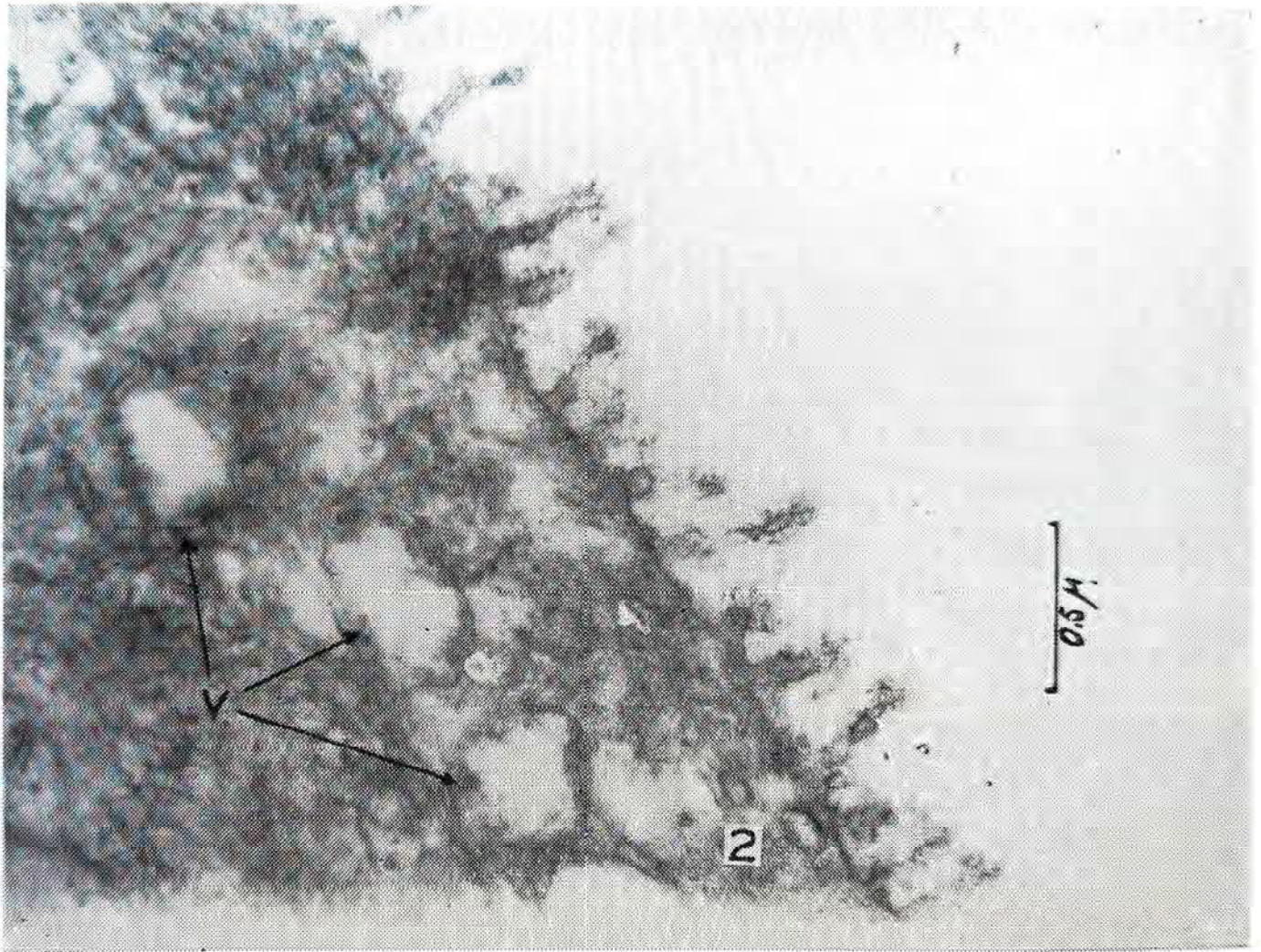
As nossas observações podem ser sucintamente apresentadas por 4 micrografias.

Na figura 1 vemos uma micrografia de porção superficial de conjuntiva em aumento relativamente pequeno. Nela se podem ver as microvilosidades intercelulares descritas por um de nós em trabalho anterior (3). À altura de toda a superfície, na porção direita da figura, se vêem pequenas formações digitiformes.



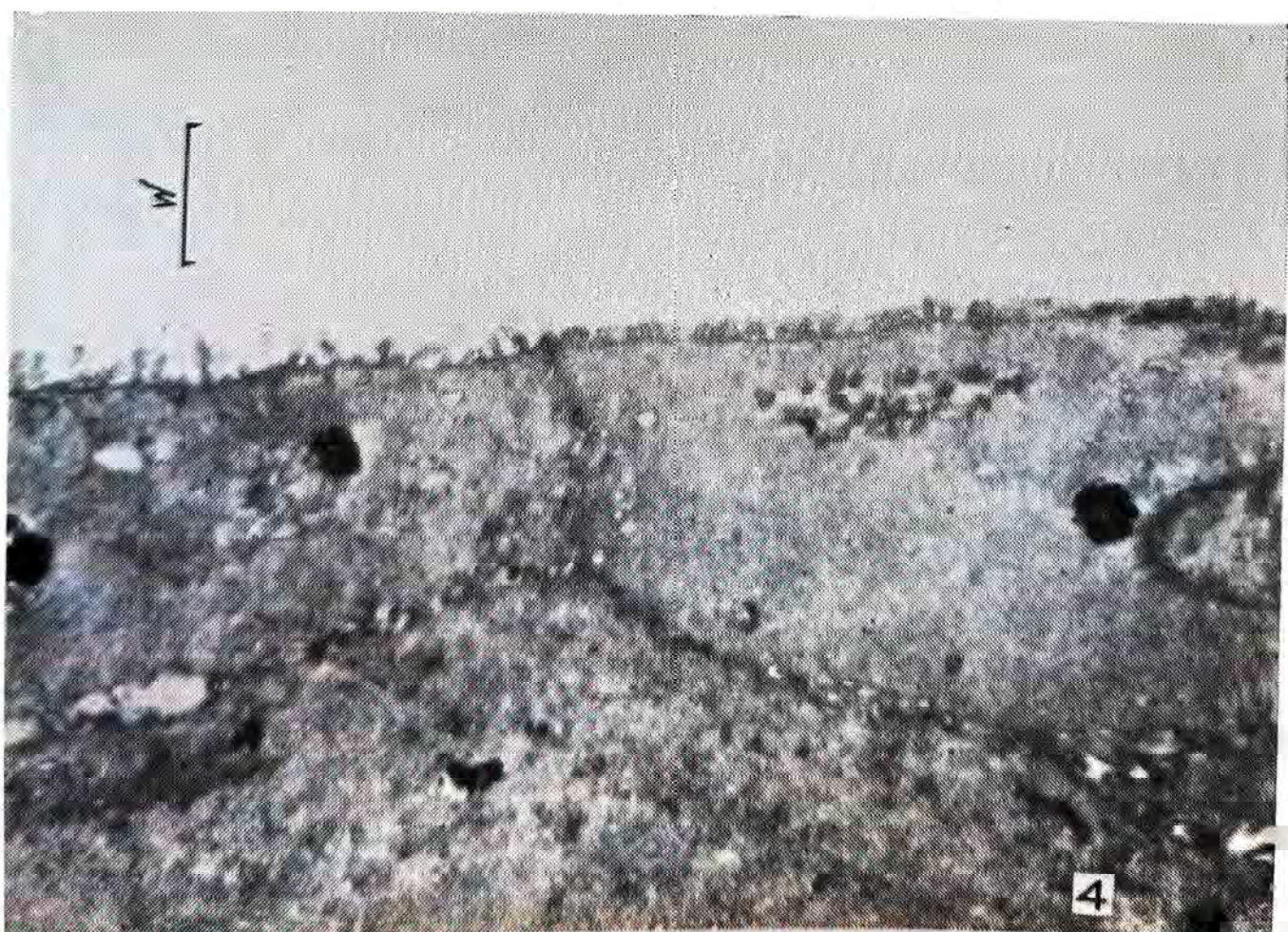
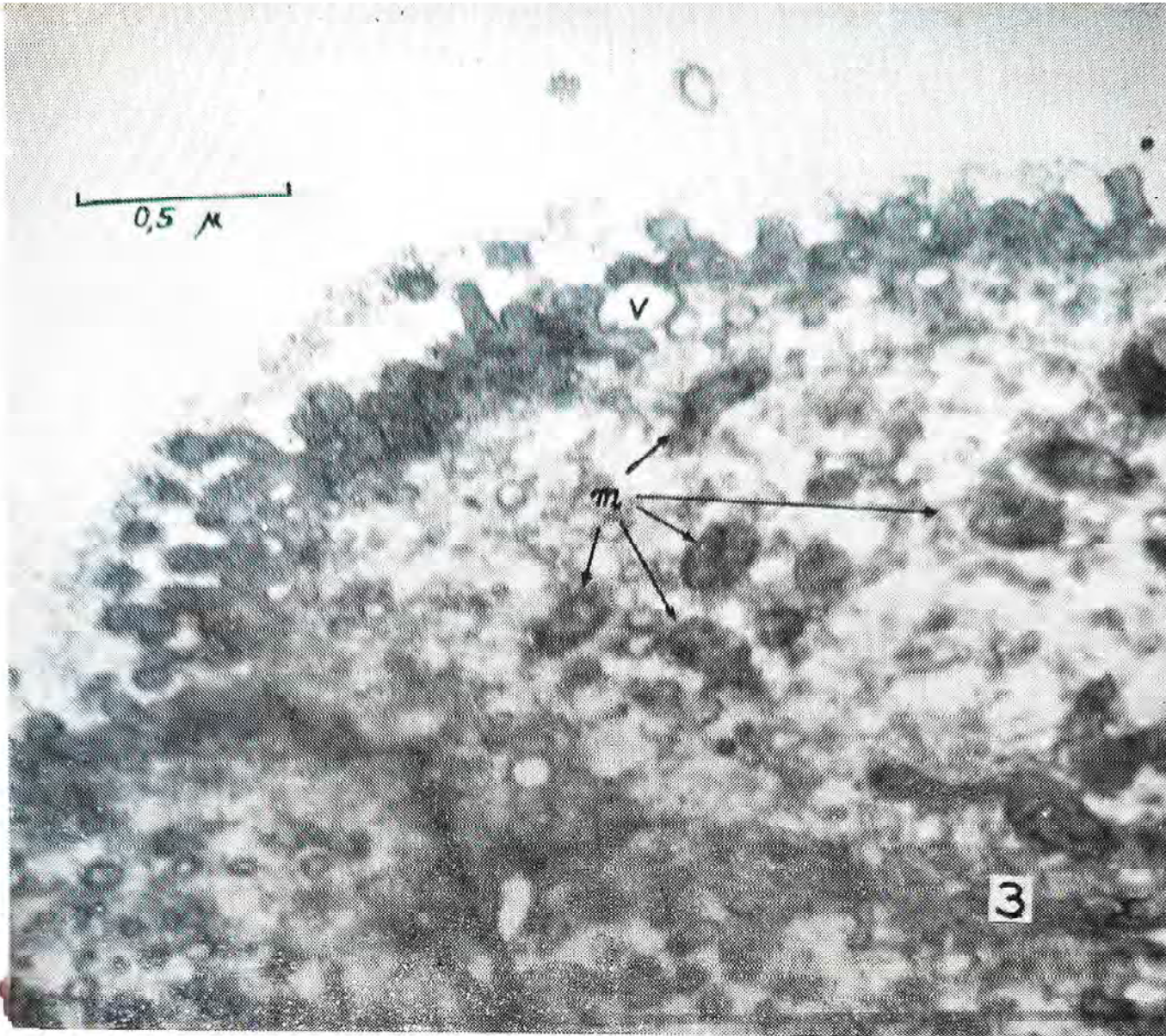
Na figura 2 observamos a porção superficial de uma célula de conjuntiva próxima ao limbo esclero-corneano, em maior aumento. Aqui se podem ver as estruturas digitiformes com bastante nitidez e a grande abundância de vesículas (V) que

se dispõem no citoplasma superficial. Pode-se observar, nos pontos em que o corte atingiu a origem das formações digitiformes, que é a própria membrana celular que se eleva para limitá-las. Pode-se constatar ainda a presença de partículas que parecem aderir ou ser de algum modo acionadas por estas formações. Todo êste quadro sugere atividade pinocitótica.



A figura 3 mostra uma vesícula em formação (V), mantendo ainda discreta continuidade com a superfície, o grande número de mitocôndrias (m), que aqui se podem observar, sugere que elas parecem contribuir, como fonte bioquímica de energia, para esta atividade celular.

A figura 4 mostra a porção superficial de duas células da superfície conjuntiva límbica. O limite entre as duas células é facilmente identificável pelas microvilosidades intercelulares. Aqui, além das vesículas encontradas no citoplasma superficial, pode-se observar que as formações digitiformes mostram aspecto nitidamente diferente entre as duas células. Estas diferenças de ordem morfológica nos sugerem ciclos de atividade que nos inclinam a pensar novamente que estas células desenvolvem atividade pinocitótica.



Estas formações digitiformes superficiais têm sido encontradas por nós em conjuntiva de vários setores, porém são mais evidentes na vizinhança do limbo esclero-corneano.

RESUMO

Os autores descrevem formações digitiformes superficiais nas células da superfície da conjuntiva de diferentes regiões, mais facilmente identificáveis na vizinhança do limbo esclero-corneano.

Pelo aspecto que apresentam estas formações, geralmente com partículas a ela aderidas e com aparentes diferenças de fases de ciclo entre uma célula e outra, bem como pela abundância de vesículas no citoplasma superficial, os autores admitem que esta morfologia esteja ligada à atividade pinocitótica.

SUMMARY

Superficial Digitiform Formations of the Human Conjunctiva

The authors describe superficial digitiform formations in the cell of the conjunctiva's surface of different regions, easily identified in the proximity of the sclerotic-corneal limbus.

By the aspect of these formations, generally with particles adhered to it and with apparent differences of cycle between one cell and another, as well as by the abundance of vesicles on the superficial cytoplasm, the authors believe that this morphology suggests pinocytotic activity.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Duke-Elder — System of Ophthalmology, vol. II, Londres, 1961.
- 2 — Reynolds, E. S. — Jour. Cell Biol., 17(1):208-212, 1963.
- 3 — Toledo, C. de, Vallejo-Freire, A., Oliveira Filho, B. e Souza Santos, P. — Micrografias Eletrônicas da Conjuntiva Ocular Humana. Revista Brasileira de Oftalmologia, 16:219-233, 1957.
- 4 — De Robertis, E., Nowinsky e Saez — Biologia Celular, Buenos Aires, 1965, pág. 455.

GLAUCOMAS QUE NÃO SÃO GLAUCOMAS

PAIVA GONÇALVES (*)

Sempre nos pareceu imprecisa, senão por demais ampla, a conceituação de glaucoma esposada pela grande maioria dos autores. Também pouco satisfatórias se nos vêm afigurando definições adotadas. E à força de pensar e repensar, de analisar argumentos em prol e contrários, de ordenar os fundamentos de nosso arrazoado sobre o que é e o que deveria ser aceito, chegamos, igualmente, à conclusão de que não deveriam ser admitidas ou consideradas como tipos e formas de glaucoma tôdas aquelas assim registradas nos livros de oftalmologia. Pelo que, convictos estamos, constituir erro pluralizar o que no singular deve ficar. Sòmente certa e determinada enfermidade ocular merece ser chamada de glaucoma. Outra, aliás, não é a tese que defendemos neste trabalho.

À primeira vista poderá, aos menos atentos, parecer estarmos apenas a secundar antigo ponto de vista de A. MOREU, para quem glaucoma é enfermidade única. Não existem vários glaucomas, afirma enfaticamente, chegando a declarar no prefácio de "El Glaucoma": **non renunciaremos de ninguna manera a nuestros puntos de vista.** É glaucoma, como o diz, enfermidade que passa por uma série de fases características que se sucedem de modo cronológico (1).

Temos de comum com o Mestre valenciano considerarmos glaucoma doença perfeitamente caracterizada, suscetível, todavia, de se revestir de aparências clínicas diversas em função de acontecimentos anátomo-patológicos assinaladores de etapas evolutivas do mal. Contudo, mais restritivos que MOREU o somos, pois não consideramos como verdadeiro glaucoma quadros clínicos e manifestações que por êle são tidas como formas e variedades de glaucoma. Citamos, como exemplo, o glaucoma agudo que consideramos crise hipertensiva aguda sobrevinda em olho portador de particulares condições anatômicas, e não manifestação glaucomatosa verdadeira. Explicarmos-nos-emos mais adiante.

Não ignoramos estarem perfilhadas como glaucomatosas diversas oftalmopatias batisadas com o nome de glaucoma complementado por qualificativos diferentes, adje-

(*) Autor do livro GLAUCOMA (Fundo Editorial Proclenx, S. Paulo, 1966). Titular da Acad. Nac. Med., Acad. Bras. Med. Mil., Col. Bras. Cir., Soc. Bras. Oft.

(1) Fases descritas por Moreu: (1) Preglaucoma; (2) Glaucoma Prodrômico; (3) Glaucoma Branco; (4) Glaucoma Rubro; (5) Glaucoma Agudo; (6) Glaucoma Absoluto.

tivações que pretendem traduzam acontecimentos etiopatogênicos caracterizadores do ocorrido.

Não cremos ser preciso multiplicar argumentos demonstradores da impropriedade de se chamar de glaucoma — não importa o qualificativo “secundário” — tôda série de hipertensões oculares surgidas em olhos prêsas de enfermidades do segmento anterior e/ou posterior. MAGITOT se cuidava chamando essas hipertensões de “falsos glaucomas” e propunha para as mesmas a denominação “hipertensões secundárias a...”. Não procede associar o nome glaucoma a essas condições somente por estar presente ou vir a surgir no curso da doença ocular o aumento hipertensivo do globo ocular. Como com muita razão, e espírito, escreve MOREU: **sintoma que há envenenado este assunto**. Já em 1912, MORAX, em “Glaucome et Glaucomateux”, profligava o vêzo de fazerem sinônimos hipertensão ocular e glaucoma, o que denominava, dizia então, imperfeição de linguagem. WOLFF, sem mais ambages, registra em sua “Pathology of the Eye”: “glaucoma é a condição encontrada em olho com tensão aumentada; é, pois, sintoma e não uma doença”. Como está, glaucoma, e não a hipertensão, é sintoma...

WECKER é de opinião que o nome está bem ajustado às situações em que se processa “rotura do equilíbrio entre secreção e excreção dos líquidos oculares”. Exatamente como se expressam DELORME e PESME. Tudo estaria certinho se não fôsse a existência de casos incontestes de glaucoma em que, apesar de se restabelecer por meios cirúrgicos, ou por ação da homeostasia, o citado equilíbrio, prosseguem as distrofias das estruturas oculares, tidas como expressões anátomo-patológicas da doença.

Voltando às hipertensões secundárias, não vacilamos em dizer que lhes dar nova denominação a ninguém há de repudiar. De outra parte, já não vem se universalizando o decidido em Montreal durante o XVII Congresso Internacional de Oftalmologia? A divisão do glaucoma primário em “simples” e “por fechamento do ângulo”, muito embora ter havido vozes autorizadas preferindo outros nomes, como HARTMANN que propôs para o “simples” o nome “glaucoma esclerótico” e para o outro, “glaucoma por bloqueio do ângulo” enquanto WEEKERS mostrava preferências por “trabeculopatia hereditária com ou sem angiopatia retiniana” para o “simples” e, para o segundo, “hipertensão obstrutiva”.

Sente-se, lendo as atas do simpósio, que os participantes do conclave dão às duas formas de glaucoma simples características bem diferentes, quase confessando considerarem-nas afecções distintas. **Il faut trouver des mots différents et nouveaux pour désigner d'une part le glaucome vrai et, d'autre part, les autres variétés d'hypertensions oculaires**, escreveu há muito LAPERSONNE. DUKE-ELDER, “chairman” do Simpósio de Montreal, referindo-se às **two entities called primary glaucoma** diz, textualmente: **I, personally, regret that they have not entirely different names.**

Pleitear a adoção de nomes diferentes para as duas entidades clínicas não é confessar que as considera como duas distintas enfermidades? E quando se fala em glaucoma **verdadeiro** e em glaucoma **falso** não se está a reconhecer que o glaucoma é enfermidade perfeitamente individualizada?

Poderíamos indagar aos que usam indiscriminadamente o nome glaucoma em todos os casos em que observam aumento da tensão ocular, se sintomas outros não são necessários e imprescindíveis para dar corpo ao diagnóstico. Todos sabem muito bem que sim.

Essas considerações iniciais representam delineamentos primeiros da tese que desejamos aceita, qual a de se reservar o nome glaucoma, única e exclusivamente, para o que atualmente se denomina glaucoma simples. Está evidente que nem mesmo para o dito "por fechamento de ângulo" empregar-se-á o citado nome. O pretendido, estou certo, é de difícil aceitação e irá dar ensanchas a muitas contestações e a enormes resistências. Mas pagará trazer ao tablado das discussões a questão.

A procura de exato nome para as coisas representa atitude justificável e compreensível. Não iremos repetir argumentação expedida em outro trabalho, mera complementação dêste (2).

A denominação glaucoma — tornamos a dizer — deveria ser reservada para o mal que ora é rotulado de glaucoma simples e em que se dá vida à qualificação eleita pelos simposiastas de Montreal sob o fundamento de que a doença se instala e evolui em olho independentemente dos valores do ângulo iridocorneano. Assim convencionalmente saber-se-ia, para logo ao se ler o diagnóstico glaucoma estar em causa enfermidade ocular insidiosa, de marcha lenta e inexoravelmente progressiva, caracterizada por defeitos campimétricos mui especiais, escavação do disco e pressão intra-ocular aumentada ou instável, e em que a perda da visão se processa gradativamente. O nome seria reservado para doença em que a terapêutica logra apenas retardar fatal engeguecimento. Vem a propósito o enunciado de BAILLIART, mais ou menos nestes termos: se tivéssemos a infelicidade de viver cento e cinquenta anos acabaríamos, todos nós, cegos pelo glaucoma.

A doença parecendo ser, no olho, revelação de um dos quatro fatores do processo de envelhecimento orgânico de que nos fala Mc GAVACK, traduzindo "a somação de lesões no curso da vida". Seria para se apurar, no caso do glaucoma, se o envelhecimento das estruturas oculares, que ao estado patológico conduz, ocorreria por exaurimento de elementos necessários ou acumulação dos que deletérios o são. Indagação, na realidade, simples variante da formulada por F. BOURLIENS em "Papel da Fisiologia Comparada nos Estudos de Envelhecimento". Pergunta o pesquisador do Laboratório de Biologia Médica de Paris: na velhice ocorre subtração ou adição de matéria?

O glaucoma (deveríamos acrescentar simples ou verdadeiro) é enfermidade em que, no início, ocorrem fenômenos clínicos motivados por modificações funcionais de vasiconstricção e que acabam se fazendo orgânicos e permanentes. Ocorrem então fenômenos degenerativos e involutivos intimamente ligados aos processos de envelhecimento do globo ocular. Na microtubulação intra-escleral, nessa trama de canaliculos microscópicos situados em plena esclera, na área do quadrilátero de Kestenbaum, é que os citados fenômenos têm lugar ao mesmo tempo em que entra a se esclerosar a rede vascular nutridora do olho e a comprometer-se, dêste modo, a chegada de material nutritivo e com isso, a irrigação e oxigenação dos tecidos assim como o

(2) "A exata origem da palavra glaucoma e o tipo de oftalmologia a que bem se ajusta" — XIV Cong. Bras. Oft., S. Paulo, 1967.

escoamento dos produtos metabólicos de eliminação, com retenção de venenos orgânicos (3).

Ancora-se cada vez mais a certeza de que olho glaucomatoso é olho doente em organismo doente.

DUKE-ELDER, nas páginas do "Year Book of Ophthalmology, 1958-59 series", dá franco agasalho ao que já dissera F. LAGRANGE, em 1906, no plenário da Soc. Fr. d'Ophthalmologie: "O olho glaucomatoso não é somente hipertônico, é antes de tudo um órgão doente, esclerosado, distrófico, no qual a nutrição se faz regularmente e as desordens que o atingem marcham de par com desordens semelhantes no resto da economia".

MOREU não diz diversamente: "Glaucoma é enfermidade caracterizada por distonia neurovascular, em consequência do que se alteram o mecanismo tensional e a nutrição do olho, dando isso origem a uma distrofia de todas as membranas e evolução até à atrofia óptica com escavação que finda em cegueira". É a clássica e precisa definição em LAGRANGE, mais debulhada: "distrofia do globo ocular caracterizada, anatomicamente, por degenerescências nervosas e vasculares e, clinicamente, pela hipertensão".

Estamos a rememorar definições, a lançar mão de citas que todos conhecem, por imprescindível ao encadeamento de nossa exposição e servir, ademais, de base para cantar (*) o ponto de vista defendido.

Uma primeira verificação pode, desde já, ser enfatizada. O glaucoma, "tout court", sem adjetivações que delas não precisa, é expressão clínica e revelação anátomo-patológica de um processo geral distrófico e degenerativo irreversível e inexoravelmente progressivo. Dependendo da sobrevida do indivíduo, e de condições personalíssimas para se manifestar, é afecção que a todos acomete independentemente do valor angular do rêgo periférico da câmara anterior. Já o segundo tipo da nomenclatura em uso resulta de distúrbio neurovascular que desencadeia crise hipertensiva mercê do tamponamento angular tornado possível pela pré-existência de anormais condições anômicas sediadas no contórno iridocorneano.

(3) O enunciado de se tratar de enfermidade, também, intimamente relacionada às alterações ateromatosas de vasos oculares, não deve causar estranhezas. Se compulsarmos, por exemplo, o livro editado por A. Lansing (The Arterial Wall — Aging, Structure and Chemistry), onde estão reunidos trabalhos de treze participantes de reunião promovida pela "Gerontial Society", encontraremos, entre outras coisas, passagens como estas:

— Os vasos sanguíneos, em particular as artérias, são órgãos executores de árduo trabalho, realizando-o com personalidade;

— a ateromatose induzida em coelhos pelo colesterol dado na alimentação aparece em algumas artérias, e em outras não;

— as artérias são órgãos metabolicamente ativos, sintetizando o colesterol. Apreciável número de sistemas enzimáticos têm sido demonstrados e, pelo menos, uma porção da parede arterial contém circulação que lhe é própria;

— o maior elemento estrutural responsável pela manutenção da homeostase tecidual é a barreira endotelial; aliás, é ela a única estrutura do leito capilar separadora entre dois compartimentos.

(*) Nota do revisor: cantar = plantar de estaca (dic. Lello).

Prosseguindo nas distinções que servem para demonstrar de maneira eloquente e inequívoca estarem em pauta duas enfermidades distintas, ou por outra, dois acontecimentos patológicos bem diversos, vamos dar, em síntese, as diferenças entre elas. Propositadamente será um transunto do exposto por DUKE-ELDER. Estamos a apostolizar convicções, a desenvolver proselitismos por isso, é nos escritos daqueles que padres-mestres são dos oftalmologistas que vamos colher argumentos. Eis como o mestre britânico traça distinções:

“O primeiro tipo (**closed-angle glaucoma**) é caracterizado por aumentos episódicos da tensão ocular revelados pela percepção de halos e diminuição da visão. Entre as crises a tensão apresenta-se normal. O olho recupera-se dos ataques menos severos, porém, crises hipertensivas repetidas tendem a determinar aumento permanente da tensão, podendo mesmo um acesso agudo determinar perda da visão. Defeitos campimétricos e escavação da papila são fenômenos tardios. A doença acomete, habitualmente, pacientes do sexo feminino, entre os 50 e 60 anos de idade. São criaturas de temperamento excitável e com instabilidade do sistema vasomotor. De ordinário, se bem não de maneira invariável, a doença se desenvolve em olhos hipermetropes e com câmara anterior estreita e, quase exclusivamente, em olhos que têm ângulo cameral estreito”.

“O segundo tipo (**simple glaucoma**) não é caracterizado por sintomas premunitórios e por curso turbulento; ao contrário, é de aparecimento insidioso e evolução lentamente progressiva. Nêle se encontra a tríade sintomática: defeitos campimétricos, escavação do disco óptico se processando em estágio evolutivo relativamente cedo, e aumento da tensão a qual, ainda que apresentando fases, eventualmente tende a se tornar permanente. Não obstante, poderá o aumento da pressão ocular ser insignificante e, até mesmo, não evidenciável. A doença atinge pessoas sem peculiaridades comportamentos psicológicos, não havendo preferência por sexos. Grupos etários mais velhos que os anteriores sóem ser os preferencialmente acometidos. O tipo de olho, a amplitude angular e um particular vício de refração não entram em linha de conta”.

A antítese entre as duas formas ainda mais se avança com o fato de uma ser de tratamento eminentemente cirúrgico com o qual se logra de regra, resultados definitivos, e a outra — a simples — de terapêutica predominantemente médica por meio da qual se visa a retardar ao máximo possível a marcha evolutiva da doença. Nessa última, a tomada de iniciativa cirúrgica é decidida pela renitência do aumento tensional e pela observância de acelerada evolução. Mas seus resultados não são, a rigor, afiançáveis, no sentido da cura certa e definitiva, o que contrasta, sobremaneira, com os procurados nas hipertensões por bloqueio do ângulo.

A cirurgia contra o embaraço mecânico é tão efetiva que se pode, inclusive, quando há evidências gonioscópicas de que o fechamento do ângulo poderá vir a ocorrer, evitá-lo, praticando uma iridectomia periférica basal, ou seja, a iridectomia profilática.

Na forma “por fechamento do ângulo” as alterações passam a se assemelhar às encontradas no “simples” somente quando a doença deixa de ser adequadamente cuidada. (É certo que há também, nesta modalidade clínica, o relato de casos que se curam por si mesmos — o que jamais tem sido reportado em relação ao verdadeiro glaucoma).

Nos olhos em que o ângulo cameral pode a vir se estreitar ou fechar episódicamente, o acolamento da periferia da íris à superfície interna da trama trabecular representa acontecimento anátomo-patológico verificado por ocasião dos acréscimos tensionais. A soldadura definitiva encontrada em fases avançadas, constitui-se à custa da repetição das crises, no curso das quais surgem alterações outras, como a degeneração progressiva da trama trabecular, tamponamento firme do canal de Schlemm, etc.

Argumento que acreditamos de peso em prol da individualização do "simples" como única manifestação de glaucoma, é o de que as alterações estruturais dos vasos e das vias de escoamento intra-esclerais são as que iniciam a doença, agravando-se sempre, em ritmo maior ou menor consoante a terapêutica aplicada e, mais do que isso, em consonância com as condições inerentes ao olho afetado, e que, não são muito bem conhecidas. Aqui, portanto, as alterações estruturais são as que primeiramente entram em cena e, na "por fechamento do ângulo", as que aparecem secundariamente. A hipertensão ocular é sintoma contemporâneo de distúrbios neurovasculares que, com o tempo ou repetição de crises, numa, faz-se permanente e sintoma tardio e fásico, na outra.

L. ROUQUÉS, ao comentar o perigo dos colírios cortisonicos escreve: "**Tous les glaucomateux chroniques réagissent aux instillations cortisonés par une élévation souvent considérable de la pression oculaire... Par contre, les yeux porteurs de variétés de glaucome autres que le glaucome simple (gl. par fermeture le l'angle irido-cornéen, gla. secondaire de l'aphake, glaucome post-traumatique, etc.) ne présentent pas d'élévation tensionnelle après instillation de corticoides.**"

Entrando a comentar o observado entre descendentes de glaucomatosos, **chez les membres des fratries des glaucomateux chroniques**, cita passagem de B. BECKER em que esse autor avança ser o **glaucome chronique une affection transmise de façon récessive**.

Já que fizemos referência a BECKER transcrevamos algo de "Diagnosis and Therapy of The Glaucoma", por ele escrito juntamente com SHAFFER: "As pessoas suscetíveis ao glaucoma de ângulo fechado com bloqueio pupilar apresentam olhos essencialmente normais com exceção da câmara anterior que é pouco profunda e possui ângulo cameral angustiado. A configuração do ângulo é condição determinada geneticamente.

Quando tratam do "crônico simples" adiantam que "tudo parece indicar que a parte da trama trabecular que margeia o canal de Schlemm seja o sítio que oferece maior resistência ao escoamento do aquoso... isto tem sido comprovado por microdissecção em diversos olhos... Recentes estudos feitos em material de biopsia no ângulo de filtração obtido de rodela de trepanação ou esclerectomia e em olhos procedentes de autópsias, mostram a patologia incipiente do glaucoma primário de ângulo aberto. A correlação do grau de alteração da facilidade de drenagem (obtido por perfusão ou tonografia) com as modificações degenerativas observadas na trama trabecular oferece magníficas possibilidades para se compreender melhor as alterações patológicas".

Uma afecção, pois, é determinada geneticamente: a outra, revelação de processos involutivos e degenerativos. Na primeira, a hipertensão ocular é possível mas pode não ocorrer. Na segunda, é inevitável; seu aparecimento, mais cedo ou mais tarde, depende, apenas, de particularidades locais e de condições orgânicas gerais.

VAIL, comentando trabalho de POSNER e KELLERMAN apresentado ao XVI Cong. Ophth., em 1954, consagrado à importância da hereditariedade no estudo do glaucoma, assim se expressa: "Não é para se ter dúvidas de que o glaucoma simples e o de ângulo fechado sejam **duas doenças distintas** (o grifo é nosso). Quanto mais cedo fôr reconhecido, menor confusão haverá no que tange ao problema do glaucoma primário".

Havendo convicção neste sentido, o reconhecimento desta verdade se fazendo generalizado, por que, então, não decidirmos riscar do capítulo do glaucoma as formas bastardas?

URRETS-ZAVALIA JUNIOR pondera que, a se julgar pela comprovada esclerose dos capilares manifesta no próprio olho e em territórios vasculares distantes, o glaucoma é para ser considerado parte do síndrome de adaptação de SELYE cuja manifestação essencial é a hialinose.

Recentemente BEN FINE faz públicas observações sobre o ângulo de drenagem do aquoso, no homem e em macacos Rhesus, utilizando para tanto substâncias traçadoras (ferritin) e microscópio eletrônico. Eis alguns de seus comentários merecedores de atenção: "As mudanças no glaucoma crônico resultam de processos de envelhecimento no seio dos tecidos de drenagem. A correlação glaucoma crônico simples e idade avançada continua a ser válida, podendo-se concluir que gradual processo de envelhecimento ocorre, primeiramente, dentro do tecido conectivo adjacente ao canal de SCHLEMM, do músculo ciliar e dentro do estroma da íris. As mudanças que aí se processam, dentro dos materiais extracelulares consistiriam, em parte, no aumento da fibrilas colágenas de entrecruzamento inter e intramolecular e, concomitantemente, por outra parte, na perda de mucoproteínas envolvidas no teor da água retida (**water-binding**)."

Com tantas abonações por que — mais uma vez perguntamos — não chamar de glaucoma somente o que, de fato, glaucoma é?

Os casos de glaucoma verdadeiro são distribuídos por DUKE-ELDER (Year Book of Ophth., 1958-59) em três grupos: a) quando o processo esclerosante fica confinado ao segmento posterior e ao nervo óptico, a escavação e os defeitos campimétricos surgem sem qualquer aumento tensional; b) quando acomete o segmento anterior e nele fica confinado, a afetar particularmente os canais de drenagem, o aumento tensional determina reduzidos distúrbios funcionais, assim permanecendo longo tempo; c) quando é universal, atingindo todo o olho, combinam-se os efeitos acima e a tensão aumentada a atuar sobre o nervo óptico comprometido, conduz à rápida perda da visão.

Como diz o Mestre britânico, são quadros clínicos tributários de doença vascular esclerótica iniciada por modificações funcionais periódicas de vasoconstrição que, vindo a se repetirem, acabam determinando alterações estruturais com obliteração

permanente dos vasos. Em decorrência processa-se a esclerose dos tecidos de todo globo ocular, em particular, a angioesclerose de todo trato uveal. A própria atrofia óptica e bem assim a escavação da papila são expressões de modificações histológicas de atrofia lacunar, as quais, por sua vez, são causadas por obliteração dos pequenos vasos que alimentam o nervo e sua bainha pial.

Não são precisamente essas, sem citar outras mais, as alterações encontradas desde o início nas outras formas de glaucoma. À força de se repetirem as crises hipertensivas e com o tempo acabam semelhantes alterações por surgirem, também, na modalidade segunda do glaucoma dito primário. Mas isso depois de muito e muito — insistimos — ao se fazerem definitivas as alterações dos elementos nobres por falta de irrigação sangüínea.

Os elementos que se ajuntam para fazer do glaucoma simples o verdadeiro glaucoma poderiam, ainda, ser multiplicados. Poderíamos, por exemplo, dizer que o glaucoma por fechamento do ângulo diagnostica-se, nas primeiras fases da doença, pela história clínica e pelo gonioscópio enquanto o simples, com o tonômetro e pelo exame do campo visual. Naquele a oftalmoscopia só tardiamente é valiosa; no último, o é desde o começo, mercê do exame atento da papila e do comportamento dos vasos retinianos na altura do disco e em suas vizinhanças. Fique bem entendido estarmos a esquematizar e que somente aos casos muito em começo estamos a nos referir, pôsto que para os bem configurados outra gama dos sintomas há de estar presente a tornar inequívoco o diagnóstico.

Queremos deixar devidamente explicitada nossa proposição, não importando estejamos a dizer a mesma coisa. O nome glaucoma dever-se-á dar única e exclusivamente ao chamado glaucoma simples. Dispensando-se, pois, a adjetivação. As demais formas admitidas no capítulo glaucoma em razão da comprovação da existência de uma hipertonia ocular, diferentemente serão chamadas. **Hipertensões secundárias a...**, como **prefere MAGITOT**, para os glaucomas secundários; **hipertensão ocular por fechamento do ângulo** para o glaucoma identificado "por bloqueio do ângulo" e as que resultam de anomalias anatômicas e estruturais trazidas do nascimento e constituídas durante a gestação essa mesma denominação acrescida da especificação **congénita**.

Temos, destarte, trazido à apreciação desta assembléia uma questão de nomenclatura que acreditamos de real importância. Como sempre e como obstinada e repetidamente viemos fazendo, conservamos ouvidos moucos às advertências, como a de **DÉMERS** (L'Union Méd. Canada, T. 95, n.º 11, nov. 1966): "**Si les ophtalmologistes veulent se targuer vis-à-vis des médecins et des autres spécialités de posséder, eux, la branche des sciences médicales la plus développée, la plus approfondie, la plus claire dans ses appréciations cliniques, nous leur conseillons vivement de ne pas citer pour exemple le glaucome.**"

SUMMARY

Glaucomas Which Are Not Glaucomas

Clinical, etiopathogenical and anatomopathological reasons are abundantly expended by the A. in order to demonstrate that the word glaucoma must only and exclusively be employed to mean so-called simple glaucoma (adjectivation being unnecessary). Other diseases that show ocular hypertension must be called: angle closure ocular hypertension; ocular hypertension secondary to...; congenital ocular hypertension.

CAPACIDADE VISUAL E SEUS PADRÕES

PAULO VELOSO

Incontestavelmente é a medida da Capacidade Visual o ponto crítico, o ponto alto de todo o variado manejo da semiologia ocular. Sem sua avaliação nada se pode saber de concreto, de positivo, de prático, quando se examina oftalmologicamente, mesmo que lesões anátomo-fisiológicas ostensivas estejam presentes. Isso porque, aspectos anátomo-patológicos e fisiopatológicos, ou, mesmo, simplesmente estéticos, do maravilhoso aparelho da visão, ficam sem expressão gnóstica e, portanto, inteligível, se faltar um valor numérico, um termo comparativo, um padrão estatuído, em suma, A QUANTIDADE sintetizando A QUALIDADE.

Por isso, não tenho dúvidas quanto ao interesse que perante os colegas que me lêem, mesmo os não especialistas, reveste o tema deste artigo.

De modo geral tem-se a impressão de que a agudeza visual é algo que qualquer pessoa mais ou menos esclarecida facilmente pode medir; cujo valor da “perda” (percentual) se enquadra nos moldes de mero cálculo contábil, enfim, a falsa impressão de que se dispensam **padrões** previamente dosados sob a infalível influência dos fatores psicossomáticos que presidem o “gestaltismo” que acompanha todo ato inteligente, como o da Visão.

O que aqui se vai expor tem, portanto, como finalidade procurar corrigir esse falso conceito, mostrando — baseados, aliás, no que de mais moderno neste aspecto existe atualmente — especialmente sob a influência do estabelecimento pela American Medical Association, o que está padronizado dentro do assunto:

O método mais moderno para medida da agudeza visual é, sem dúvida, o chamado “Objectivo”, devido a GOLDMANN — este oculista “doublé” de engenheiro e de matemático, a quem devemos tantas atualizações e tão requintadas aparelhagens a ocasionar verdadeira revolução nas técnicas semióticas do atual mundo oftalmológico. O princípio em que se baseia esse método é o seguinte: o examinando é progressivamente afastado ou aproximado de uma imagem-teste que se acha animada de um movimento pendular, regular. O desenho dessa imagem-teste (um tabuleiro de xadrez enquadrado entre duas faixas também xadrez, porém de tamanho mais reduzido, conforme se pode ver na fig. 1) só será discriminado a uma distância dada e em função da agudeza visual do examinando — essa percepção se traduzindo então até **objetivamente**, por um movimento involuntário dos globos oculares, que é análogo ao

de um nistagmus opto-cinético. Grande vantagem, portanto, especialmente pelo exame dispensar a colaboração do paciente!

A imagem-teste (construção da firma suíça Haag-Streit) tem 1,15 mm de lado, e seu deslocamento se efetua por um movimento de ida-e-volta no ritmo de um segundo e meio.

Mas, este processo, legitimamente consentâneo com o que de mais atual se conhece sobre o fenômeno psicofisiológico do ato de ver, ainda deixa a desejar na prática rotineira, porquanto não escapa aos engodos de simuladores que poderão, intencionalmente, manter-se fixando o enquadramento marginal da figura ao invés de atentarem para o próprio teste, etc. Por isso, continua sendo o antigo processo dos optotipos com anéis de Landolt, ou com ganchos e letras, de Snellen, em medida "subjectiva" — o mais praticado e é com ele que trabalhamos nos cálculos aqui expostos.

Exemplificar as dificuldades de uma justeza matemática num processo tão delicado e "intellectualizado" como o ato de ver, onde o "coeficiente humano", o psicossomático têm decidida importância, é da maior utilidade. Vejamos três casos típicos concernentes justamente aos três fatores **de igual importância**, que são considerados no cálculo da "Eficiência visual total":

I) A CHAMADA AGUDEZA VISUAL NORMAL (10/10, mas obtida com muito esforço acomodativo):

Em 1952, Miguel F., com 13 anos de idade, passou facilmente num teste de agudeza visual para longe em exame para a Marinha Mercante inglesa, tendo sido designado para servir em navio de treinamento, aos 14 anos (com intenções de se tornar artífice na Royal Navy).

Em 1956, com 17 anos, o paciente se queixa de que, após meia hora de leitura, as letras do texto ficam borradas, chegando a precisar se deter... Verifica-se que o paciente tem uma hipermetropia maior do que duas e meia dioptrias — o que lhe altera, então, definitivamente, os planos de passar a oficial de Marinha Mercante, não podendo ser promovido.

Por isso, a Marinha Inglesa não aceita cadetes para treinamento na classe de Comando que exibam mais de duas e meia dioptrias em exame "objectivo" (retinoscopia sob cicloplegia) — **embora, no exame subjetivo, sumário, aparentemente mostre ter 10/10 de visão sem correção.**

II) IMPORTÂNCIA DA INTEGRIDADE DO CAMPO VISUAL:

Um candidato a motorista, tendo passado no teste de acuidade visual (que lhe exigia ler uma placa de carro do tamanho regulamentar à distância de 25 jardas), compareceu, entretanto, ao consultório do oculista acompanhado de um amigo, **pois não podia, com segurança, se conduzir sozinho (I).** Acontecia que ele tinha, na realidade, um campo visual reduzido, em visão de tipo quase tubular, por ser portador de retinose pigmentar, **doença grave, incurável, congênita e incapacitante.** (São casos referidos pelo Dr. T. H. WHITTINGTON, do Royal Eye Hospital, de Londres, in "Art of Clinical Refraction", pgs. 7 e 8, Ed. de 1958).

III) A MOTILIDADE OCULAR GROSSEIRAMENTE CONSIDERADA "NORMAL", permitiu que se admitisse como operário em uma das nossas fábricas um paciente que efetivamente exibia uma diplopia de convergência **pouco acentuada** mas particularmente incômoda quando se tratava da fixação no trabalho de perto; o que tornava, obviamente, penosíssimo o trabalho de torneiro mecânico, a que se propunha. A motilidade ocular extrínseca na fixação para baixo e para dentro (trabalho de perto) era o único fator lesado, mas era, aqui, de primordial importância... (caso nosso, em exame na P.C.Ex., ficha n.º 332/55).

Utilizando-nos de dados padronizados atualmente pela American Medical Association e que, apesar de serem pertinentes especialmente aos Estados Unidos da América têm hoje características universais, diremos que se empregam os seguintes cálculos numéricos para os casos de perda de eficiência visual, na infelizmente industrial e médico-legal, especialmente para compensação por danos.

O cálculo da eficiência visual total é baseado em três fatores da mesma importância funcional: a) perda percentual da acuidade visual central; b) perda percentual do campo visual; c) perda percentual dos movimentos coordenados dos olhos. A perda percentual da acuidade visual de um dos olhos não representa uma incapacidade visual total do indivíduo; mesmo uma perda total de um olho, não representa uma incapacidade de 50%, se o outro olho fôr normal. Muitas pessoas levam uma vida normal com o uso de um só olho.

Para avaliação da eficiência visual industrial, por isso, as três funções visuais referidas são medidas e matematicamente coordenadas: 1) agudeza visual; 2) campo visual; 3) motilidade ocular (campo de diplopia, campo binocular).

Acuidade visual:

Acuidade visual para longe e acuidade visual para perto, são igualmente consideradas.

American Medical Association (método de calcular a percentagem de perda de Agudeza Visual).

— Usando as melhores lentes corretoras! —

Para Longe (Snellen) *				Para Perto (Jaeger) ***			
Ag. visual	%	Perda		Tipo J	%	Perda	
10/10	—	0 (ltuvb)	Clason **	1	—	0	
5/10	—	15 (LTUVB)	"	2	—	0	
3/10	—	50 (fst)	"	3	—	10	
2/10	—	50 (FST)	"	6	—	50	
1/10	—	80 (ee)	"	14	—	95	
1/20	—	90 (E)	"				

Para calcular a perda de agudeza visual, no total, a agudeza visual para perto é tão importante quanto a agudeza visual para longe.

Exemplo: se a agudeza visual para longe é igual a $\frac{3}{10}$ e o indivíduo pode ler
 $40 + 50$

Jaeger 6, então: $\frac{40}{2} = 45\%$ de perda de agudeza visual no total, ou 55%
 (100-45) de eficiência de acuidade.

Campo visual:

Um teste-objeto é usado deslocando-se em oito meridianos, conforme o diagrama:

	55°	45°	55°	
85°				60°
	85°	65°	50°	

isto é, três meridianos marcam-se acima da reta-base, três marcam-se abaixo, e dois nos extremos. O teste-objeto (um estímulo, cuja presença ou ausência será assinalado pelo examinando), é branco, com $0,5^\circ$ ($= 3m/m$), a $\frac{1}{3}$ de metro de distância. Usa-se o perímetro (Ferree-Rand, Goldmann). Abaixo apresentamos, em dados numéricos, o diagrama de um campo completo, representando 100% de função (ver também fig. 2). A iluminação deverá ser também padronizada, uniforme, de 7 foot-candles.

Campo visual "legal", mínimo exigido:

1) Temporal = 85°	85
2) Abaixo, temporalmente = 85	85
3) Abaixo = 65°	65
4) Abaixo, nasalmente = 50°	50
5) Nasal = 60°	60
6) Acima, nasalmente = 55°	55
7) Acima = 45°	45
8) Acima, temporalmente = 55°	55
Campo completo	500

Campo visual com perda "moderada" (28%):

1) Temporal = 60°	60
2) Abaixo, temporalmente = 50°	50
3) Abaixo = 40°	40
4) Abaixo, nasalmente = 40°	40
5) Nasal = 40°	40
6) Acima, nasalmente = 40°	40
7) Acima = 40°	40
8) Acima, temporalmente = 50°	50
Campo incompleto	360

Cálculo: $\frac{360 \times 100 \text{ (percentual)}}{500 \text{ (campo completo)}} = 72\%$, campo restante, ou seja, 28% de perda.

Campo visual com perda "grave" (52%) — "visão tubular, visão dos 30°":

1) Temporal = 30°	30
2) Abaixo, temporalmente = 30°	30
3) Abaixo = 30°	30
4) Abaixo, nasalmente = 30°	30
5) Nasal = 30°	30
6) Acima, nasalmente = 30°	30
7) Acima = 30°	30
8) Acima, temporalmente = 30°	30

Campo incompleto 240

Cálculo: $\frac{240 \times 100 \text{ (percentual)}}{500 \text{ (campo completo)}} = 48\%$, campo restante, ou seja, 52% de perda.

Motilidade ocular:

A extensão da diplopia, nas várias direções do olhar é mais bem determinada usando-se uma tela tangencial (tipo da que acompanha o Pericampímetro de Ferree-Rand; ver a Fig. 3) à distância de 1 metro. Utiliza-se um pequeno estímulo luminoso (pode-se usar a lanterna de bolso, tipo "pingo d'água", junto com os vidros vermelho-verde, duocromáticos) e a diplopia é demarcada (plotada, aportuguesando-se o anglicismo, de "plotted") nos três meridianos acima da horizontal até 10°, 20° e 30° do ponto de fixação. Depois serão plotados campos de diplopia, também, nos meridianos horizontais e nos três meridianos abaixo da horizontal, 10°, 20°, 30° e 40° de distância da posição do "olhar diretamente em frente". Havendo diplopia dentro da área central de 20°, isso representa 100% de perda da eficiência motora de um dos olhos, pois que, semelhante situação geralmente requer que se exclua um dos olhos, ocluindo-o. Caso a diplopia não se apresente dentro do campo dos 20° centrais o cálculo da perda de motilidade ocular extrínseca derivará de um diagrama que mostra a percentagem da perda. Esse valor é, então, subtraído de 100 (percentual) e expresso como "80% de eficiência motora", etc.

O campo inferior é onerado pesadamente, devido ao fato de que este campo é o utilizado na posição dos olhos durante a leitura. Havendo diplopia na fixação em outros quadrantes, ela é considerada muito menos importante.

CÁLCULOS GLOBAIS:

a) Cálculo da eficiência (do que se não perdeu!) de um dos olhos:

Multiplicam-se as três percentagens achadas nas operações anteriores, para ter a "eficiência visual".

Exemplo:

$$\text{Acuidade visual} = 73\% \left(\% \text{ de } \frac{\text{Longe} \times \text{Perto}}{2} \right)$$

$$\text{Campo visual} = 57\% \left(\frac{\text{soma dos meridianos plotados} \times 100}{\text{plot. do campo vis. normal}} \right)$$

Motilidade ocular = 90% (subtração dos 100% da eficiência de um olho, dentro da área dos 20º).

Então: $0,73 \times 0,57 \times 0,90 = 37\%$ de eficiência, ou ~~63%~~ de perda.

b) Cálculo da eficiência visual dos dois olhos:

Os dois olhos são calculados separadamente, em sua eficiência e o olho melhor é "pesado" três vezes, enquanto o pior é considerado somente uma vez.

Exemplo:

$$\frac{3 \times (\% \text{ da eficiência visual do olho melhor}) + \text{eficiência do olho pior}}{4} = \text{Eficiência visual binocular}$$

Concretizando:

Eficiência de O.D. = 90%

Eficiência de O.E. = 30%

$$3 \times 90 + 30$$

$$\text{Então: } \frac{\quad}{4} = 75\% \text{ (eficiência visual binocular).}$$

Note-se: a) o n.º 3, na equação, é um número arbitrário; b) a divisão por 4 significa uma média aritmética (3 + 1 parcelas).

PADRÕES VISUAIS PARA AS FORÇAS ARMADAS:

Estes padrões obviamente estão sujeitos a alterações. As zonas de recrutamento locais disporão dos dados mais recentes. Os requisitos para Acuidade Visual mencionados abaixo, aplicam-se a quaisquer ramos de atividade militar.

Mas, para pilotos aéreos e candidatos a West-Point ou Annapolis os requisitos são muito mais rígidos. É o mesmo que se verifica entre nós, quanto à diferenças exigidas entre aptidões para nossas Escolas militares e a simples convocação.

Note-se ainda que, aqui, o juízo é feito não sobre uma porcentagem negativa (perda), mas, sobre uma positiva (rendimento) do olho — o que nos parece mais razoável. É o que preconiza também o nosso Regulamento que, possivelmente, foi baseado nos padrões norte-americanos.

1) Padrões para Incapacidade:

Qualquer estrabismo com um desvio maior do que 20º incapacita, como nos casos de diplopia. O mesmo se verifica com qualquer doença em evolução, mesmo que sejam atingidos os padrões visuais mínimos. As incapacidades temporárias não são mais permitidas: apenas, concede-se uma "temporária" no caso de indivíduos já em serviço

que venham a sofrer de doenças ou acidentes que lhes reduzam a eficiência visual abaixo dos padrões mínimos, desde que o processo não seja mais evolutivo ou ativo.

II) Padrões mínimos para Oficiais (Combatentes):

Os candidatos devem ter acuidade visual sem correção, de 1/10 em cada olho, e que seja corrigível para 10/10 no olho melhor e para 5/10 (perda de 15%) no olho pior. A maior hiperopia permissível é a de +5.0 dioptrias esféricas, e o máximo de miopia permissível é o de — 3.0 dioptrias esféricas.

Nos ramos especiais de serviço, tais como: secções burocráticas de Assistente de General, Enfermeiro, Médico, Serviço Dentário e Serviço de Transporte (!), esses padrões são mais liberais (1/20 para cada olho, sem correção, corrigível para 10/10 no olho melhor e para 5/10 no olho pior).

III) Padrões visuais mínimos para Convocados:

Os convocados devem ter, pelo menos, 1/20 de agudeza visual em cada olho e, com correção, 5/10 no olho melhor e 3/10 no olho pior; ou 8/10 no olho melhor e 2/10 no olho pior; ou, ainda, um dos olhos sendo CEGO (!) (amaurose), ter, pelo menos 2/10 no olho vidente, sem lentes, corrigível para 10/10 com lentes(!). Este final de item não consta de nossos Regulamentos.

PADRÕES PARA LICENÇA DE MOTORISTA:

Nos Estados Unidos há diferentes padrões visuais para motoristas, variando com os Estados da Federação, ou conforme o uso que se vá fazer da licença (profissional, amador) e, ainda, alguns Estados não têm nenhum padrão...

Geralmente não se fixam limites para os candidatos, embora a falta de preenchimento de certos padrões mínimos possa resultar na suspensão do privilégio de dirigir, até que o interessado obtenha atestado de um oculista ou, mesmo, de um optometrista... Faço aqui consignar a extrema flexibilidade e tolerância que envolve uma conceituação dêste jaez.

PADRÕES VISUAIS NO SISTEMA EDUCATIVO NOS ESTADOS UNIDOS

I) 12% dos alunos das escolas de ensino primário nos Estados Unidos têm significativas dificuldades de visão. Um aluno em cada cem, ou um em cada mil (as estatísticas variam), requer condições educativas especiais por causa de graves deficiências na visão. Embora o exame médico seja compulsório para escolares em 21 Estados, os exames oftalmológicos raramente estão incluídos (!). Por isso foi necessário imaginar processos que possibilitassem realizar testes de acuidade sumários, dispensando uma equipe especializada.

O teste Snellen para agudeza visual é o mais importante. Ele é procedido por médicos escolares, enfermeiros ou professoras. A vantagem do exame preliminar feito por professoras em suas classes é que o seu contato diário com as crianças permite valiosas oportunidades de observar as várias maneiras de reagir aos diferentes tipos de trabalho visual. Mesmo que uma criança apresente importante déficit visual será melhor para ela tentar uma escala do tipo usual e não de "excepcionais".

Sòmente não podendo, a criança, acompanhar os trabalhos da classe normal é que será deslocada para classes especiais, intituladas de "economia visual", ou de "amblíopes".

II) Educação de deficientes visuais:

A instrução é dada para os amblíopes em todos os níveis escolares. A experiência ensina que é melhor organizar a classe primária desde o nível escolar elementar, pôsto que, quanto mais cedo é fornecida a ajuda ao deficitário visual maior será o sucesso alcançado. Nas comunidades em que a população escolar é muito pequena para garantir o estabelecimento de mais de uma classe, pode ser preferível só fornecer as vantagens duma classe especial às crianças acima da segunda série, porquanto se requer muito menos intenso trabalho escolar nas 1.^a e 2.^a séries, nas quais grande parte do material utilizado para crianças mais pequenas está impresso em caracteres maiores e mais destacados.

III) Educação de crianças cegas:

Crianças com acuidade visual corrigível para 1/20 ou menos, não suportam os métodos educativos que utilizam a visão ordinária, e deverão fazer parte ou de escolas peculiares para cegos, onde se especializarão na leitura pelo contato digital (Braille), ou, de preferência, integrarão escolas onde se provêem facilidades para treinos especiais, mas onde não ficam impedidas do contato com as pessoas normais do seu grupo etário.

NOTA:

Não há bibliografia para o presente trabalho. Ele é uma síntese, pretendendo tornar o mais inteligível possível o sistema sobre o qual estão estruturados cálculos de indenização, aptidão, etc., nas várias organizações encarregadas de julgamento sob o ponto de vista oftalmológico. Evidentemente o autor não tentou fazer nenhum trabalho original nem de compilação (o que, no caso, não seria possível) mas, apenas, mostrar como se procede para elaboração dos itens referentes a avaliações de higidez dentro da especialidade. Baseamo-nos, principalmente, em publicações referendadas pela A.M.A. dos E.U.A., que nos parece ter projeção e aceitação mundial.

SUMMARY

Visual Capacity

The author studies analitically the up-to-date methods for visual capacity, in adults, school-boys and in several groups of socio-economic activities.

The author emphasizes the major themes close to the marks and sinthetizes, comparatively, the standards as used by A.M.A. of U.S.A.

ESTUDO DA SÍNDROME V COM O SINOPTÓFORO

MAURÍCIO BRIK

CARLOS CESAR FERREIRA CANTADOR
Curitiba — PR

A variação do ângulo das tropias no curso da elevação ou da depressão deu origem às expressões síndrome A e síndrome V. Conforme o tipo de tropia horizontal encontrado na posição primária e conforme o seu ângulo aumente ou diminua na elevação ou na depressão podemos classificar:

Esotropia A
Esotropia V
Exotropia A
Exotropia V.

Existem, além destes protótipos, síndromes intermediárias e os tipos Y e Y invertido (1, 2, 6.).

Os desvios A e V ocorrem numa proporção de 23,8% das tropias horizontais (1, 6), sendo a proporção de incidência A/V de 1/3. Entre os desvios tipo V a esotropia V aparece com maior frequência e é a que tem maior interesse clínico por comprometer o campo de visão binocular inferior.

Sendo de tal interesse e importância, e comprometendo praticamente um quarto dos estrabismos horizontais, inúmeros trabalhos têm surgido descrevendo as variantes clínicas e estabelecendo relações etiopatogênicas.

Pouco, no entretanto, tem sido publicado sobre a semiologia dos desvios A e V, e em quase todos os trabalhos o método de exame de tais pacientes explora apenas a variação do ângulo horizontal de uma maneira qualitativa empregando o "cover test" e usando um ponto de fixação a 6 metros elevando e deprimindo o queixo para avaliar a variação do ângulo horizontal na elevação e na depressão dos olhos.

O presente trabalho fornece sugestões para o exame de tais pacientes com o auxílio do sinoptóforo e obter quantitativos da variação do ângulo horizontal na síndrome V.

MÉTODO

Oito pacientes portadores de esotropia com fator V foram estudados. As idades variaram de 3 a 11 anos. O exame compreendeu cuidadosa anamnese e refração sob

cicloplegia atropínica. A refração esférica foi receitada totalmente mesmo nos casos que apresentavam fator acomodativo desprezível. Foram excluídos do grupo pacientes com fixação excêntrica ou instável e portadores de ambliopia muito profunda. Eliminados os fatores acomodativos o ângulo foi examinado na posição primária usando um ponto de fixação a 6 metros. A variação do desvio na depressão e na ele-

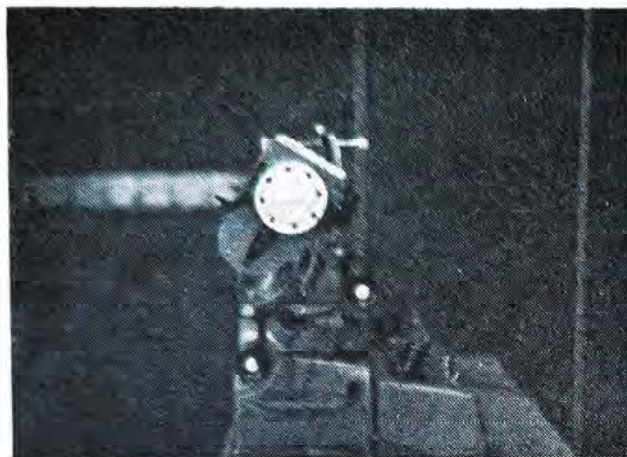


FIG. 1

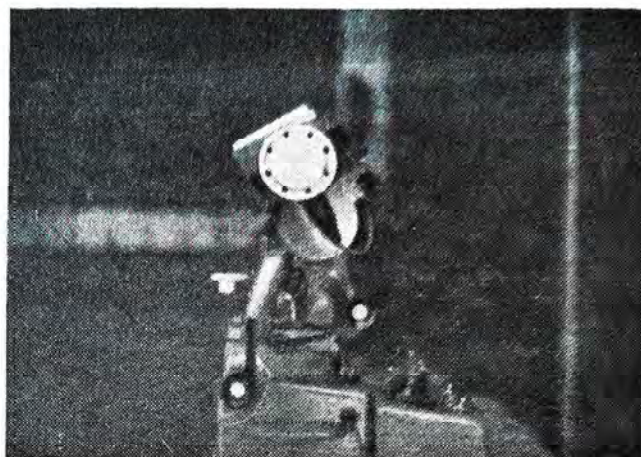


FIG. 2

N.	NOME	IDADE	REFRAÇÃO	DESV. HOR.	DESV. VERT.	POS. PRIM.	ADUÇÃO MAX.
1	VF	9	m. 1,50	eso OD	D/E 2 D		P.Obl. D ++
2	SF	8	m. 3,00	eso OE	E/D 6 D	P.Obl. AO	P.Obl. AO ++++
3	IR	3	m. 5,00	eso OE	D/E 8 D D/E 7 D	P.Obl. E ++	P.Obl. E ++++
4	RHE	11	m. 1,50	eso OE	E/D 3 D		P. Obl. E +++
5	AB	5	emetr.	eso OE			F.Obl. E ++
6	KE	8	m. 5,00	Eso OE	E/D 6 D	P.Obl. E +	P.Obl. E ++++
7	SF	3	m. 2,00	Eso OD			
8	JM	10	emetr.	Eso OE	E/D 4D		P.Obl. E ++++

Figura 3

N.	NOME	GRÁFICO	1ª OPERAÇÃO	2ª OPERAÇÃO	RESULTADO
1	V.F.	fig. 4 e 5	Retroinserção RM. AO. 5mms. c/desliz. da inserção 6 mms.		Resíduo horizontal de 2º. Ausência de fator V.
2	SF.	6, 7 e 8	Retrocesso RM OD 5 mms. Miotomia marginal peq. obl. OD.	Retrocesso Rm. OE 5 mms. Miotomia Peq. Obl. OE	Resíduo horizontal 5º. Discreto fator V.
3	S.F.	12 e 13	Retroinserção do R.M. OD 5 mms. c/desliz. 7 mms. p/baixo.		Resíduo horizontal 9º. Apareceu fator A.
4	J.M.	14, 15 e 16	Retroinserção do R.M. AO 5 mms.	Miotomia do peq. Obl. E	Resíduo horizontal de 5º. Discreto Fator V.

Figura / 3 A

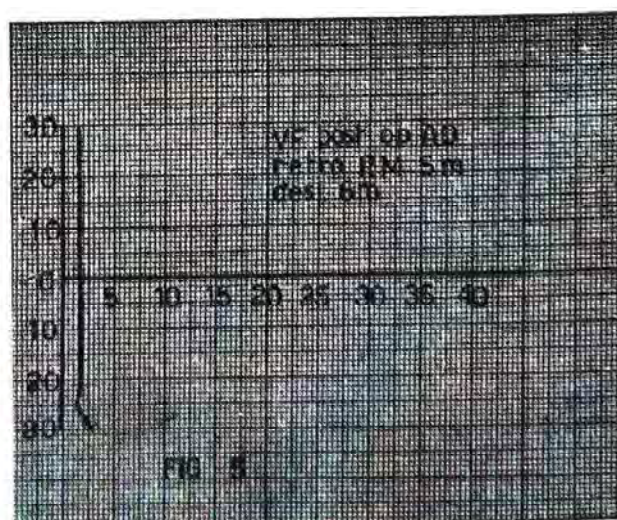
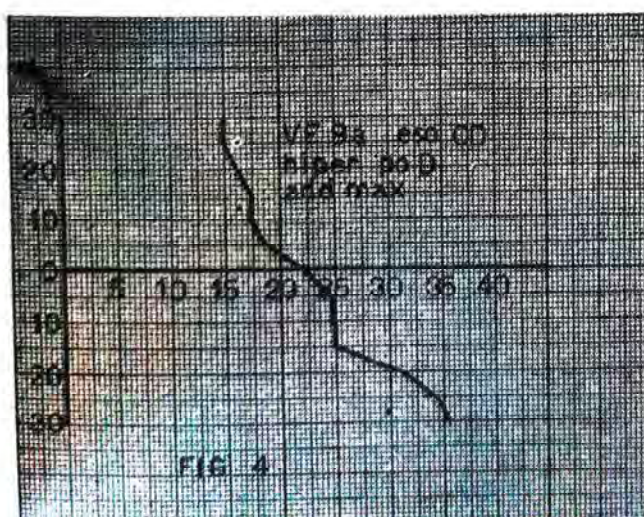
vação foi observada mediante elevação e depressão do queixo. Em seguida os pacientes foram examinados no Sinoptóforo Clement Clarke 2051 após ajustada a devida correção esférica. Esse aparelho permite a elevação simultânea e depressão dos braços sobre uma escala que atinge 30° para cima e 30° para baixo mantendo constantes os demais fatores como desvio vertical e torsional. O olho fixador foi mantido no ângulo horizontal de zero e o ângulo objetivo foi examinado toda a extensão vertical que o aparelho permite. Tal ângulo foi anotado em etapas de 5° em 5° para cima e para baixo e os resultados foram inscritos num gráfico correspondente a cada exame (Figs. 1 e 2). Nas ordenadas estão as diferentes posições de leitura e nas abscissas o desvio apresentado pelo olho estrábico correspondente a cada uma destas posições. Alguns pacientes foram submetidos a uma ou mais intervenções e o mesmo exame foi realizado após o tratamento cirúrgico.

RESULTADOS

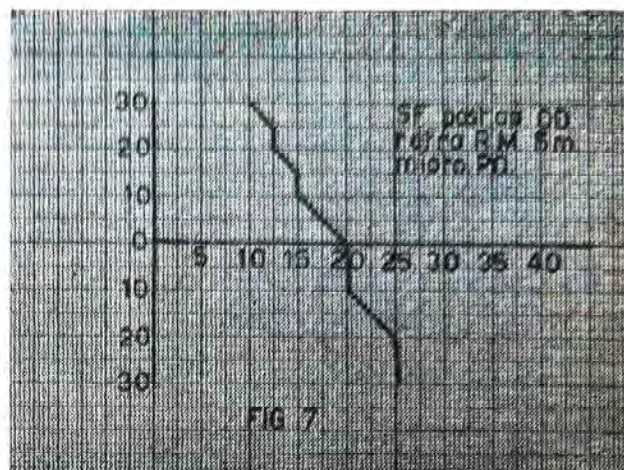
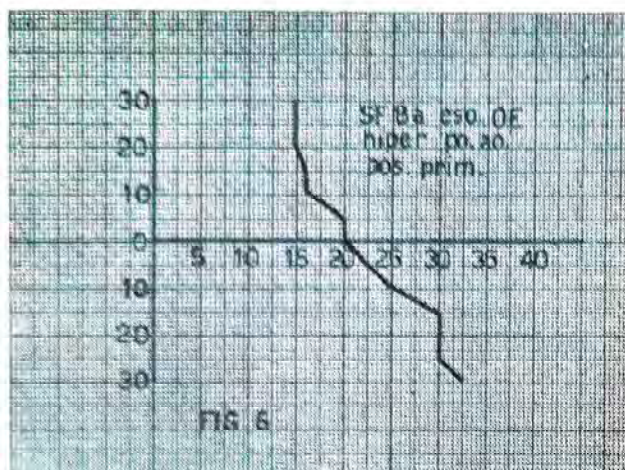
Na tabela (Fig. 3) vêm os dados encontrados no primeiro exame. Em 5 pacientes os movimentos oculares eram normais e na posição primária não havia senão o desvio horizontal. Em 3 pacientes havia ao exame uma nítida incomitância vertical. Na posição de adução forçada todos os pacientes menos um mostraram um desvio vertical associado a uma hiperfunção de pequeno oblíquo no olho estrábico. Os resultados pós-operatórios puderam ser apreciados em 4 pacientes (tabela fig. 3-A). Os resultados finais foram satisfatórios, sendo praticamente iguais nas duas técnicas empregadas havendo um caso apenas (Figs. 12 e 13) em que não havia no primeiro exame nenhum fator vertical aparente nem hiperfunção de pequeno oblíquo e no qual o fator V converteu-se em fator A, de certo modo melhorando as condições sensoriais do paciente ao diminuir o ângulo horizontal no campo de visão binocular inferior.

CASOS

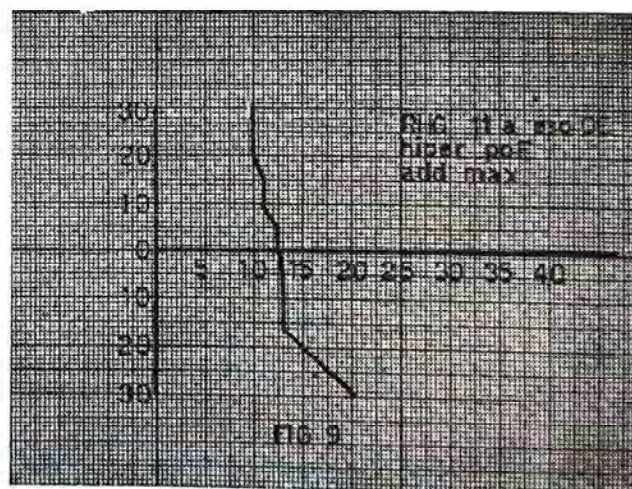
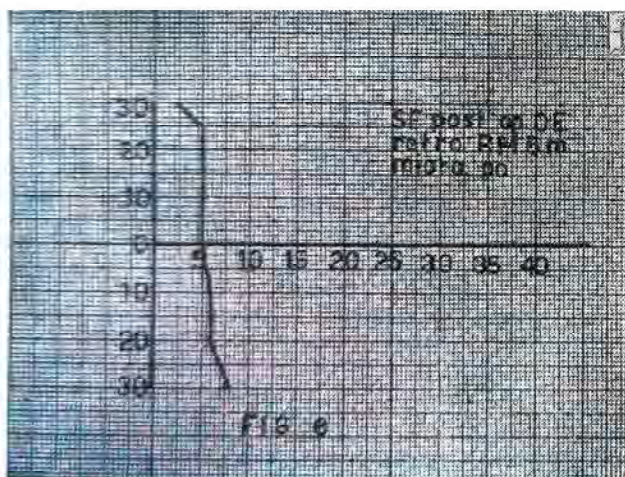
1) V. F., 9 anos. Esf. mais 1,50 em AO. Esotropia OD 22° na posição primária. Hipertropia D/E 2 D. na posição primária. Hiperfunção do pequeno oblíquo direito apenas na addução máxima (Fig. 4). Retroinserção de ambos os Retos medianos em 5 mm com deslizamento das inserções 6 mm para baixo, segundo a técnica de DUNLAP (5) (Fig. 5).



2) S. F., 8 anos. Esf. mais 4,00 em AO. Esotropia OE 20°. Hiperfunção de ambos os pequenos oblíquos na posição primária exagerando-se na addução forçada (Fig. 6). Retroinserção do Reto mediano OD 5 mm e tenotomia, ou melhor, miotomia marginal múltipla do pequeno oblíquo D (Fig. 7). Reoperado sofrendo retroinserção do Reto Mediano OE e miotomia marginal múltipla do pequeno oblíquo E (Fig. 8).



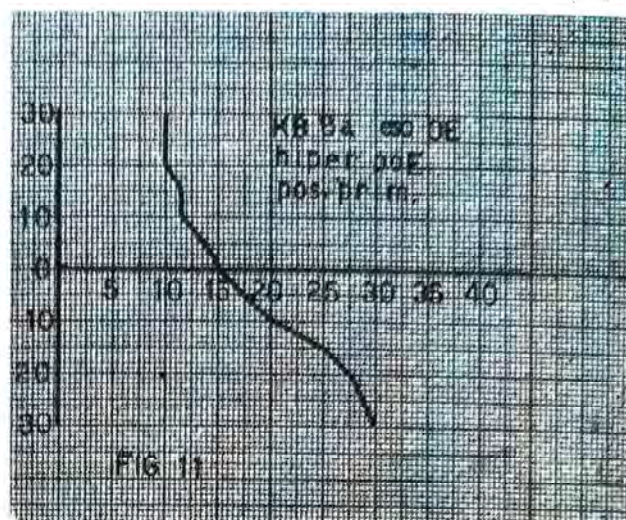
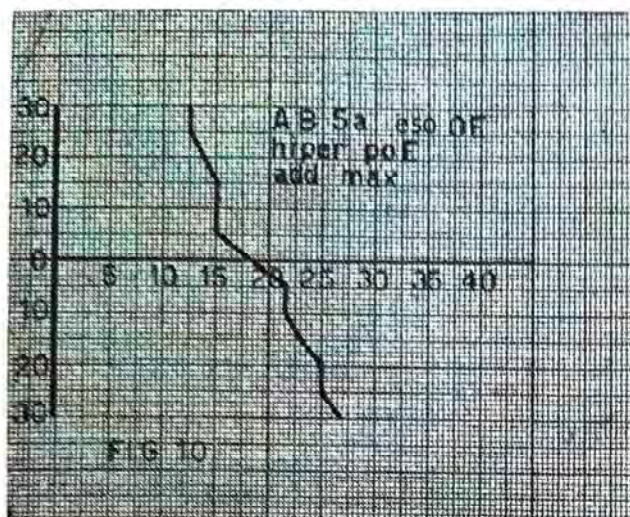
3) R. H. G., 11 anos. Esf. mais 1,75 AO. Esotropia OE. Hiperfunção do pequeno oblíquo esquerdo na addução forçada. Ao sinoptóforo o ângulo horizontal 12°, hipertropia E/D 3 D. Cirurgia recusada (Fig. 9).



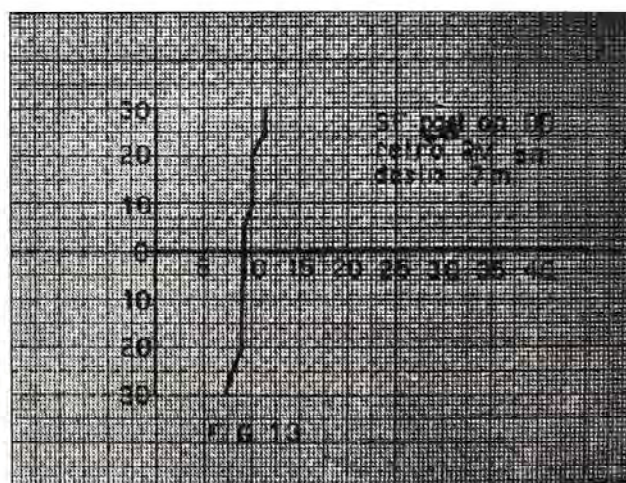
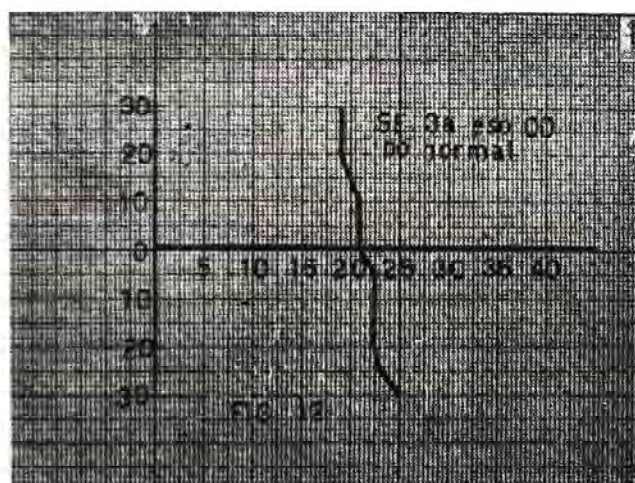
4) A. B., 5 anos. Esotropia OE 16°. Emélope AO. Ausência de fator vertical associado, na posição primária. Hiperfunção do pequeno oblíquo esquerdo na addução máxima. Cirurgia programada (Fig. 10).

5) K. B., 8 anos. Esotropia OE 15°. AO esf. mais 5,00. Hiperfunção do pequeno oblíquo esquerdo na posição primária exagerando-se na addução forçada. Aguardando cirurgia (Fig. 11).

6) S. F., 3 anos. AO esf. mais 2,00. Esotropia OD 21°. Ausência de fator vertical e de hiperfunção de pequeno oblíquo mesmo em addução forçada. Este caso, embora duvidoso ao exame desarmado, comprovou ser do tipo V ao Sinoptóforo (Fig. 12).



Retroinserção do Reto Mediano OD 5 mms. com deslizamento da inserção 7 mms. para baixo. Houve nítida hipercorreção do fator V, transformando o caso em síndrome A (Fig. 13).



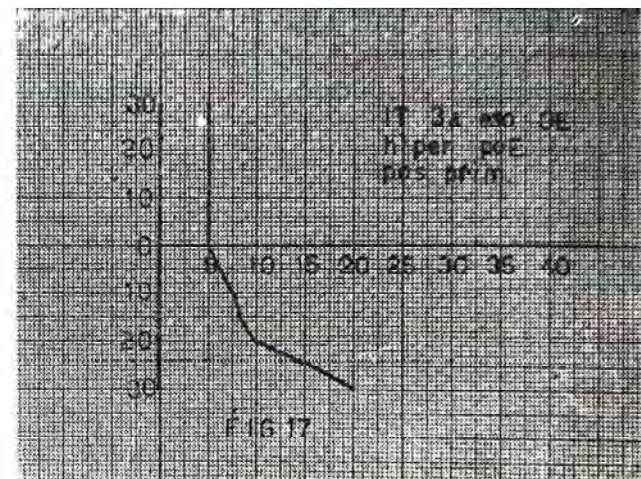
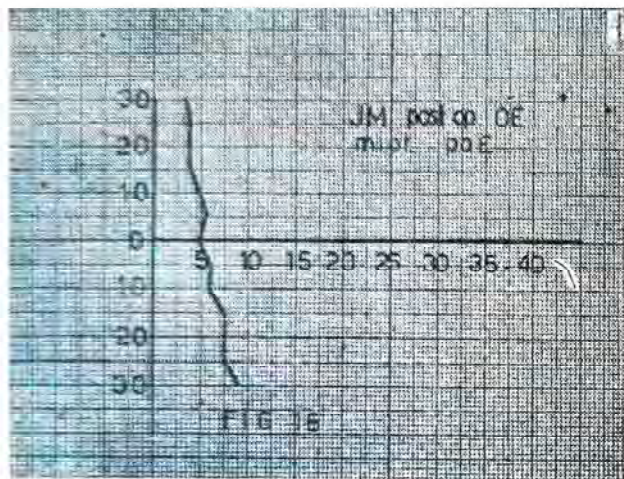
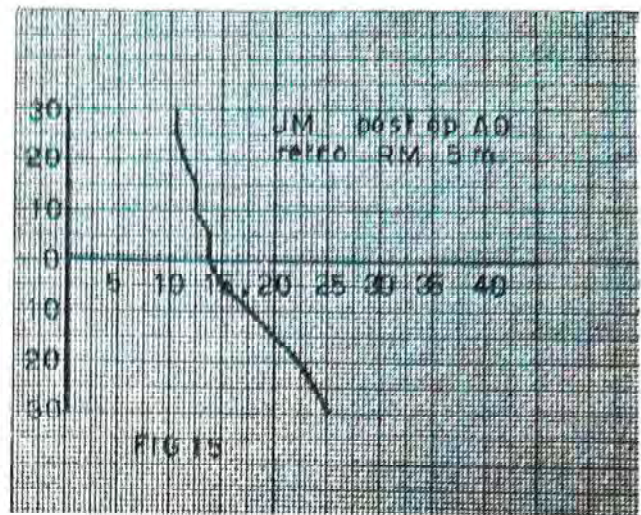
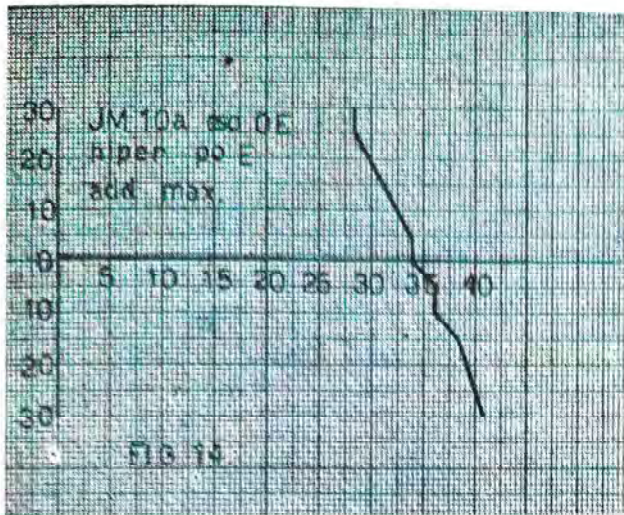
7) J. M., 10 anos. AO emétrepe. Esotropia OE 35° com hipertropia E/D 4D. Hiperfunção do pequeno oblíquo, na adução forçada (Fig. 14). Retroinserção de ambos os retos medianos em 5 mms (Fig. 15). Reoperado, sofreu tenotomia marginal múltipla do pequeno oblíquo esquerdo (Fig. 16).

8) I. T., 3 anos. AO esf. mais 5,00. Esoforia OE 5° na posição primária. O exame ao sinoptóforo revelou uma síndrome Y invertido com grande hiperfunção do pequeno oblíquo esquerdo na posição primária e na adução forçada (Fig. 17).

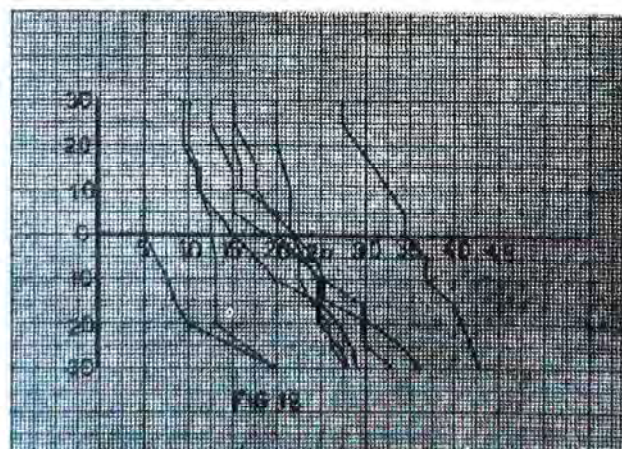
CONCLUSÕES

A observação dos gráficos em conjunto permite tirar as seguintes conclusões:

1) A excursão do olho estrábico quando se afasta da posição primária tanto para cima como para baixo não é um movimento suave e uniforme, mas sim, sofre verdadeiras "trepidações". Isto se deve à presença dos ligamentos laterais e talvez ao tipo de contração muscular presente.



2) Na depressão é que se encontram os maiores afastamentos do valor encontrado na posição primária, fazendo com que a maioria das síndromes V se aproximem do tipo Y (Fig. 18).



3) Um músculo pequeno oblíquo hiperativo pareceu ser o fator responsável por quase todos os casos de esotropia V examinados.

4) Os resultados cirúrgicos obtidos com miotomia marginal (nos casos de hiperfunção importante do pequeno oblíquo) e com deslizamento da inserção do RM para baixo (seg. técnica de DUNLAP) foram praticamente iguais.

5) O exame ao sinoptóforo e a confecção de gráficos permitiu uma análise quantitativa e qualitativa das variações tipo V em tôdas as esotropias examinadas.

RESUMO

Oito pacientes com esotropia tipo V foram examinados ao Grande Amblioscópio de Clement Clarke 2051 após cuidadosa refração sob cicloplegia e minuciosa anamnese. Os pacientes com fixação excêntrica e os pacientes ambliopes foram excluídos. O ângulo objetivo foi determinado em diferentes posições do espaço, visto como os braços do amblioscópio giram desde 30° para cima até 30° para baixo, e os resultados foram grafados num sistema de coordenadas. Os AA. acreditam que tal método dá uma medida quantitativa das variações do ângulo horizontal, sendo superior ao simples "cover test" e inspeção. Os resultados cirúrgicos podem também ser melhor computados, como se mostra na presente série.

SUMMARY

Study of V Syndrome in Synoptophore

Eight patient presenting type V esotropia were examined with the Clement Clarke 2051 Major Amblioscope after careful refraction under cycloplegia and thorough anamnesis. Excentric fixation and amblyopic patients were excluded. The objective angle was determined in different positions of space as the arms of the Amplioscope turn from 30° up to 30° down, and the results were plotted against a coordinate system. The authors believe that such an approach to AV syndromes gives a rather quantitative measure of the variations of the horizontal angle being superior to simple cover test and inspection. Surgical results too, the authors believe, can be better evaluated as shown in the present series.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Hugonnier, R. — Journal of Pediatric Ophthalmology — Vol. 2, n.º 4, pg. 11.
- 2 — Hugonnier, R. — Strabismes Heterophories, Paralysies Oculo-Motrices — Masson et Cie. — 1959 — Paris.
- 3 — Ciancia, A. O. — Journal of Pediatric Ophthalmology — Vol. 2, n.º 4, pg. 15.
- 4 — Urrets Zavaglia Jr., A. — Journal of Pediatric Ophthalmology — Vol. 2, n.º 4, pg. 9.
- 5 — Dunlap, E. A. — Journal of Pediatric Ophthalmology — Vol. 2, n.º 4, pg. 37.
- 6 — Zertuche, A. — Journal of Pediatric Ophthalmology — Vol. 3, n.º 3, pg. 37.
- 7 — Arruga, A. — Journal of Pediatric Ophthalmology — Vol. 2, n.º 3, pg. 49.

ANEMIAS FERROPRIVAS E PARASITOSES INTESTINAIS COMO POSSÍVEIS FATORES ETIOLÓGICOS DA INSUFICIÊNCIA DA CONVERGÊNCIA (*)

LÚCIA CARVALHO VENTURA (**)

Agradecemos ao Prof. Clóvis Paiva pela sugestão do tema deste nosso trabalho, realmente oportuno, uma vez que nos autores consultados não há nenhuma publicação.

INTRODUÇÃO

Na nossa experiência de 6 anos de prática ortóptica observamos em vários pacientes, após 2 ou 3 anos de interrupção dos exercícios binoculares, recidiva dos sintomas.

Supuzemos então, que uma causa mais geral pudesse estar desencadeando estas sucessivas crises.

Podemos dizer que a insuficiência da convergência é o tipo mais simples de perturbação funcional dos retos internos. Em tais pacientes não existem paresias, nem outros problemas oftalmológicos. Eles não têm apenas suficiente controle binocular para sustentarem uma fusão satisfatória, principalmente para perto.

Etiologia — Sem ter uma base clínica muito segura é corrente atribuir-se à insuficiência da convergência as seguintes causas:

1 — Condições anatômicas — hipertelorismo — são mais importantes os casos não simétricos em relação ao nariz.

2 — Distúrbios visuais — o mais comum é decorrente das relações anormais entre acomodação e convergência. A falta do uso da convergência é um fator dominante nas ametropias mesmo de pequeno grau, principalmente nas miopias corrigidas e também nas anisometropias.

(*) Trabalho realizado na Clínica Oftalmológica, F.M.U.S.P. Serviço do Prof. Clóvis Paiva. Apresentado ao XXV Congresso Médico-Acadêmico Estadual do Recife em setembro de 1966.

(**) Acadêmica de Medicina e bolsista do Conselho Central de Pesquisas da Universidade Federal de Pernambuco.

3 — Debilidades gerais — devido a enfermidades crônicas, condições tóxicas, desordens metabólicas e endócrinas. Alguns autores valorizam as doenças da mucosa nasal. Outros destacam a hipertrofia tiroideana de natureza tóxica, bem como um metabolismo basal elevado de etiologia variada, podendo ocorrer mesmo nas adeno-patias tóxicas.

4 — Instabilidade psicopática — A ansiedade nervosa, os estados de angústia, são graves complicações em muitos casos.

5 — Estados anêmicos — Segundo MALBRAN e MANSON. Este último autor, no período 61-62, examinou 74 casos de insuficiência da convergência, assinalando que o começo dos sintomas entre muitas pacientes relacionava-se com estados anêmicos, atribuídos em cada caso a uma origem ginecológica ou obstétrica ou então ao início da menstruação fisiológica.

A anemia parasitária ou não, provavelmente leva à debilidade nervosa por hipóxia; a síndrome tóxica da parasitose conduz ao mesmo fim.

MÉTODO DE TRABALHO

Grupo etário escolhido de 10 a 30 anos.

Consideramos insuficiência da convergência aquela:

a) Inferior a 30º no sinoptóforo.

b) Cujo ponto próximo de convergência estivesse precário — diagnosticado pelo método do sinal pupilar de Kestenbaum.

Constatada a insuficiência, solicitávamos um hemograma e um exame parasitológico de fezes.

Na correção dos resultados patológicos, a fim de evitar uma possível influência dos medicamentos prescritos, usamos o mesmo produto para cada tipo de parasitose e anemia encontrada.

Após obter resultados normais do tratamento clínico (e isso às vezes fazíamos em várias sessões), medíamos novamente a convergência e indagávamos do paciente sobre a sua sintomatologia.

COMENTÁRIOS

1 — Dos 16 casos observados, os 8 primeiros apresentaram melhoras na sintomatologia só com a correção dos estados carenciais, produzidos pelas anemias e parasitoses. Os restantes não se beneficiaram com o tratamento clínico.

2 — Somente 2 pacientes apresentaram agravamento dos sintomas, valendo ressaltar que um deles estava com distúrbios emocionais acentuados na época do tratamento.

3 — Na paciente 26950, após 6 meses, houve recidiva dos sintomas e novamente a correção dos estados carenciais foi suficiente para aboli-los.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Nº	NOME	IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO BINO- CULAR	DIAGNÓSTICO GE- RAL	CONVERGÊNCIA SINOPTOFÓRA	
						antes	depois
27055	N. D. S.	26	fem.	Exoforia 6 + insuficiência da convergência	Ascaridíase	8%	20%
27376	S. E. D.	20	fem.	Exoforia 12 + insuficiência da convergência	Ascaridíase Amebíase	5%	12%
27215	T. R. S.	28	fem.	Exoforia 4 + insuficiência da convergência	Anemia Normocrônica Normocítica	15%	25%
27640	E. P.	23	fem.	Exoforia - Tropia 12 + insuficiência da convergência	Anemia Normocrônica Normocítica + Ancilostomíase + Estrongiloidíase	25%	30%
26950	N. A. C.	23	fem.	Exoforia 10 + insuficiência da convergência	Tricocefalíase Amebíase + Estrongiloidíase + Ascaridíase	20%	20%
28014	B. M.	27	fem.	Exoforia - Tropia 20 + insuficiência da convergência	Amebíase + Giardíase + Tricocefalíase	10%	10%
28060	E. V. N.	24	fem.	Exoforia 12 + insuficiência da convergência	Amebíase + Ascaridíase	7%	10%
28077	Z. F. S.	21	fem.	Exoforia - Tropia 15 + insuficiência da convergência	Anemia Normocrônica Normocítica + Ascaridíase	20% 15%	20%
12542	M. M. S.	10	fem.	Exoforia 6 + insuficiência da convergência	Ascaridíase + Tricocefalíase	8%	8%
27032	S. S. N.	10	masc.	Exoforia 8 + insuficiência da convergência	Anemia Normocrônica Normocítica + Tricocefalíase	10%	12%
27177	M. E. F. C.	20	fem.	Exoforia 15 + insuficiência da convergência	Anemia Hipocrônica Normocítica Ancilostomíase +	5%	10%
28494	M. S. M.	24	fem.	Exoforia 6 + insuficiência da convergência	Tricocefalíase	10%	10%
28015	B. M. S.	13	fem.	Endoforia 6 + Espasmo + insufi- ciência da conver- gência	Anemia Normocrônica Normocítica + Ascaridíase	12%	10%
28052	M. D. S.	23	fem.	Exoforia 10 + insuficiência da convergência	Amebíase	10% 8%	8%
27927	D. A. S.	22	fem.	Exoforia 6 + insuficiência da convergência	Ancilostomíase	10%	12%
25547	M. J. N.	26	fem.	Insuficiência da convergência	Anemia Normocrônica Normocítica +	10%	15%

4 — A convergência permaneceu estacionária, durante o tratamento clínico, chegando, às vezes, a aumentar um pouco sem os exercícios ortópticos.

5 — Em todos os pacientes por nós pesquisados, portadores de insuficiência da convergência, foram encontrados estados carenciais.

Convém esclarecer que todos eles apresentavam nível nutricional baixo, matriculados no Ambulatório do Hospital Pedro II.

Conclui-se dos resultados parciais observados que a anemia e as parasitoses podem ser causas determinantes da insuficiência da convergência.

RESUMO

A autora partiu do ponto de vista de que a anemia parasitária ou não, bem como a síndrome tóxica da parasitose, pudessem levar à debilidade nervosa por hipóxia.

Ela estudou em 16 casos as possibilidades de que estes fatores pudessem determinar uma insuficiência da convergência.

SUMMARY

Parasitic Anemia Cause of Insufficiency of Convergence

The author started from the point of view that parasitic anemia or not, and by the same way toxic syndrome of parasitic origin, could develop a nervous weakness due to hypoxia.

She has studied in 16 cases, the possibilities these process could determine a insufficiency of convergence.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Kestenbaum, A. — Clinical Methods of Neuro-Ophthalmologic Examination - New York, 1946.
- 2 — Malbran, J. — Estrabismos y Paralisias. Ed. Oftalmologica Argentina - Buenos Aires, 1949.
- 3 — Manson, N. — Anaemia as an Aetiological Factor in Convergence Insufficiency - Brit. J. Ophthal. (Nov. 1962).