

# REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Diretores

EVALDO CAMPOS — LINCOLN CAIRE

JONAS DE ARRUDA — LUIZ NOUGUÉ



BIBLIOTECA DA  
REVISTA BRASILEIRA DE  
OFTALMOLOGIA

SETEMBRO DE 1950

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

Ao comemorarmos o oitavo aniversário de fundação da REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA e no início do vol. IX, depois de árdua luta, enfrentando todas as dificuldades que em nosso País ocorrem às publicações do gênero, temos a satisfação de comunicar aos nossos prezados colegas e anunciantes que passou a fazer parte da direção o Dr. Luiz Nougé.

Nome bastante conhecido nos meios oftalmológicos, atual Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, o Dr. Luiz Nougé virá trazer-nos todo o seu entusiasmo ao nosso empreendimento, sem outra finalidade que a de colaborar conosco, visando simplesmente a satisfação que confere trabalhar em prol do engrandecimento da Oftalmologia Nacional. Ficará a seu cargo a Tesouraria da Revista, a êle devendo ser encaminhados os pedidos de assinaturas e de publicidade.

Esperando continuar a receber dos nossos colegas e amigos a mesma aceitação, estaremos com as colunas da R. B. O. abertas à colaboração de todos como vimos fazendo até aqui.

# REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

ANO IX

SETEMBRO DE 1950

NÚMERO 1

## TUBERCULINOTERAPIA EM OFTALMOLOGIA

LOUZADA VIANNA

No estudo de doentes portadores de afecções oculares ou outras, acontece, frequentemente, não nos ser possível a determinação etiológica da doença ou da síndrome apresentada. Exames de laboratório, exames de especialistas: oto-rino-laringologistas, clínicos, radiológicos, etc. não chegam a dar-nos a chave da etiologia para guiar-nos no caminho da terapêutica. Daí o grande número de pacientes que andam de um para outro consultório procurando alívio para seus males. Ora, é precisamente nestes doentes em que todos os exames clínicos e laboratoriais nada revelam que devemos recordar as palavras de CHARLIN, o grande Mestre chileno: "en presencia de una afeccion idiopatica, rebelde a toda terapêutica, antes de declararla incurable, el medico debe hacer tuberculinoterapia de prueba, con el mismo critrio que hace tratamiento anti-sifilitico de ensayo".

Realmente, já em 1909 escrevia PONCET "ha uma forma de tuberculose em que o veneno bacilar produz, nos tecidos, somente reações banais de inflamação. Ela ataca com os mais variados aspetos clínicos, todos os tecidos, todos os aparelhos, todos os órgãos." E, trinta anos depois o fisiólogo francês DUMAREST dizia: "a tuberculose é capaz de realizar como o disse PONCET, lesões inflamatórias banais em todos os tecidos; o que parecia uma hipótese das mais discutíveis quando PONCET a enunciou é, atualmente, uma realidade demonstrada".

Numerosas observações e estudos confirmam estas idéias donde surge a orientação terapêutica do uso da tuberculina sempre que o oftalmologista se encontrar em presença de uma afecção cuja etiologia não lhe seja possível precisar. Pensar na etiologia tuberculosa e, conseqüentemente fazer a tuberculinoterapia de prova pois, só esta, poderá confirmar ou invalidar aquela possível etiologia.

Convem salientar ainda a necessidade de uma anamnese detalhada das condições gerais do doente. Raramente o oculista é informado espontaneamente, pelo enfermo, de suas condições gerais de saúde. Geralmente, e na quasi totalidade dos casos, o paciente limita-se a dar informes locais, isto é, limitados ao aparelho da visão, pois parece-lhe que transtornos de apetite, perda de pêso, suores noturnos, etc., nada tenham a ver com sua doença ocular.

E isto, com maior frequência, quanto a seus antecedentes mór-bidos pessoais, não oculares, os quais têm de ser procurados cuidadosamente pelo oculista. E é frequente o oculista esquecer-se de procurar êstes sinais, de indagar do sono, apetite, alterações de pêso, etc. de seus pacientes. E desta omissão do doente e do esquecimento do oculista resulta, muitas vezes, escapar-se ao conhecimento dêste uma síndrome de alto valor elucidativo. Referimo-nos à síndrome tóxica descrita pela primeira vez por CHARLIN e na qual encontramos, quando completa:

- a) Alterações da facies do paciente;
- b) Diminuição mais ou menos acentuada do apetite;
- c) Transtornos digestivos: constipação, dificuldades de digestão etc.;
- d) Alterações do sono: insônia. Suores noturnos;
- e) Alterações do ânimo: abatimento, cansaço não proporcionado à atividade física ou mesmo dela independente; indisposição geral;
- f) Alterações de pêso;
- g) Alterações na menstruação.

Esta síndrome tóxica é como que a assinatura da etiologia tuberculosa da afecção e é própria da toxemia tuberculosa ganglionar.

“La presencia de este síndrome toxico en una afección ocular endogena tiene grande valor, hace sospechar la tuberculosis, tiene el significado de una R. de WASSERMANN positiva para el caso de la sífilis”. (CHARLIN).

Si, reunidos à síndrome tóxica, ainda encontramos antecedentes familiares e pessoais bacilares, com muito maior razão estaremos autorizados a considerar a afecção ocular em estudo como tuberculosa. E a única prova convincente é o tratamento tuberculínico de prova, pela mesma razão que, numa afecção ocular com WASSERMANN positivo, fazemos o tratamento anti-sifilítico, para confirmar ou descartar a etiologia luética do caso.

A tuberculinoterapia, além dos sucessos terapêuticos que tem proporcionado é um método de fácil aplicação. Contra-indicada nas formas ativas de tuberculose pulmonar e em tôdas as formas típicas, foliculares, de tuberculose pulmonar, é um dos melhores recursos terapêuticos nas formas atípicas, decorrentes da toxemia ganglionar. E' aí que ela assume particular importância constituindo a "terapêutica específico anti-tuberculosa", no dizer do fisiólogo francês JACQUELIN.

Há cinco anos vimos empregando habitualmente a tuberculinoterapia; adotamos a técnica preconizada por CHARLIN e só a usamos, fazemos questão de frisá-lo, uma vez afastada a possibilidade de uma tuberculose evolutiva. Os resultados que obtivemos no tratamento de uveites, iridociclites, irites e coroidites já foi objeto de publicação anterior onde detalhamos a técnica de diluição e de emprego das diversas soluções de tuberculina. (Revista Brasileira de Oftalmologia). Naquele trabalho, onde demonstramos resultados apreciáveis com a tuberculinoterapia, relatamos as observações que nos pareceram mais concludentes sobre a eficácia do método. Estas observações e outras que fizemos após levaram-nos a incluir a tuberculinoterapia entre os métodos de rotina no tratamento das uveites.

No presente trabalho resumimos algumas observações escolhidas como mais características entre numerosos doentes em que empregamos esta terapêutica excluídos os casos de afecções do segmento uveal já estudados em trabalho anterior. Note-se, entretanto, que, em todos êles, a anamnese mostrou a presença, mais ou menos completa, da síndrome tóxica de CHARLIN.

*Obs. n. 1* — L. M., sexo feminino, branca, brasileira, solteira, residente em Caxias. Ficha ocular 493.

Esta doente fizera uma primeira consulta em princípios de 1945 dizendo sofrer de "dôr de cabeça" há dois anos mais ou menos. Havia consultado diversos clínicos e feito numerosos exames e tratamentos sem resultado nenhum. O último clínico consultado aconselhara um exame oftalmológico.

O exame feito então mostrou uma ametropia que foi corrigida por uma combinação esfero-cilíndrica.

Não fizemos a anamnese geral.

Em 1946 a doente volta à consulta. Continuavam as dores de cabeça apesar do uso permanente das lentes, repouso visual etc.

Fizemos novos exame de refração e exame ocular geral nada de novo encontrando. Recambiamo-la ao clínico,

De vez em quando, em encontros de rua, víamos esta paciente que, com alternâncias de melhora e piora vinha sempre sofrendo com sua dor de cabeça.

Em novembro de 1948 volta à consulta. O último clínico que atendera lhe havia dito que nada mais podia fazer além dos exames de laboratório, raios X, clínico etc. e consequentes tratamentos já tentados. Este colega em telefonema comunica-nos sua impressão de “cefaléia histérica”.

A paciente vem ao nosso consultório, bastante desanimada, pedir-nos que fizéssemos “alguma coisa por ela” pois os outros doutores (sic) já nada mais podiam fazer.

Foi só então, notando a palidez da doente e tendo a impressão de que ela estava mais magra, só então, repetimos, fizemos a anamnese geral da doente. E eis o que nos relatou: “vem perdendo peso há tempos, na época das férias vai para uma fazenda no interior do município e no repouso que tem lá, consegue alguns quilos de peso que volta a perder quando retorna à cidade; tem pouco apetite, “come à força” pois os alimentos parecem-lhe sem sabor; dorme mal apesar de sentir-se exausta ao terminar o dia, enfim, tem abundantes suores noturnos e distúrbios menstruais além das dores de cabeça que “há uns seis anos a atormentam” (sic). Em vista disto criamos novo ânimo pois aparecia uma possibilidade terapêutica. Imediatamente solicitamos novo exame clínico tendo em vista o tratamento pela tuberculina. Não havendo contra-indicação fizemos uma injeção da solução de tuberculina 6/0, 1/10 cc. que deu, durante duas horas mais ou menos certa agravação da cefaléia e “sensação maior de cansaço” seguida, posteriormente, de sensível melhora. Apesar desta, resolvemos utilizar diluições mais fracas e seguimos o tratamento com solução 1/7/0. Com apenas 7 injeções cessaram completamente as cefaléas que nas próprias palavras da paciente “a vinham atormentando há mais de 6 anos”. Seu estado geral, já então, melhorara consideravelmente: voltara o apetite, seu peso havia aumentado, dormia melhor e até suas perturbações menstruais haviam desaparecido.

Esta paciente em junho deste ano retornou ao nosso consultório. Não sentia dores de cabeça mas “andava abatida” e o apetite tinha diminuído, motivo porque vinha pedir para reiniciar seu tratamento.

Este caso é bastante instrutivo não só pelo resultado terapêutico obtido mas, e talvez principalmente, por mostrar a necessidade de uma anamnese geral. Si a tivéssemos feito quando de sua primeira consulta em 1945 teríamos encontrado a síndrome tóxica de CHARLIN, não teríamos desconhecido a etiologia da síndrome e, com o trata-

mento adequado, teríamos poupado à nossa paciente 4 anos de constante cefaléa.

Nossa experiência dêste e de numerosos outros casos é concludente: é preciso procurar, indagar do paciente sobre seu estado geral pois êle, espontaneamente, só em casos excepcionais relatará ao oculista perturbações de ordem geral como são perda de apetite, distúrbios digestivos, menstruais etc. que, integrando a síndrome tóxica que encontramos na toxemia ganglionar tuberculosa, darão a indicação terapêutica adequada.

Outro caso que também nos veio de um clínico com a presunção de "cefaléa histérica":

*Obs. n. 2* — C.B., sexo feminino, branca, brasileira, solteira, residente em Caxias. Ficha ocular 3.323.

Doente já atendida anteriormente por ametropia. Volta à consulta por continuadas dores de cabeça há mais de dois meses.

A anamnese revelou diversos elementos da síndrome tóxica. O curioso de observar no caso é a instalação da síndrome após uma "disenteria" (sic) que durou 15 dias tendo emagrecido e abatido muito a doente.

Instituímos a tuberculinoterapia: Sol. 6/0, 1/10 cc. que levamos até a Sol. 5/0, 8/10 cc. Como desde a sexta injeção já não tinha mais cefaléa, suspendemos o tratamento. Esta doente, vista dois meses depois, continuava bem.

Resumimos abaixo mais cinco casos:

*Obs. n. 3* — A. R., sexo feminino, branca, brasileira, casada, residente em Caxias. Ficha ocular 2.814.

Doente já atendida anteriormente, portadora de astigmatismo hipermetrópico composto e exoforia.

Consulta novamente por cefaléa tenaz, datando de 4 meses.

A anamnese tendo demonstrado a síndrome tóxica, instituímos a tuberculinoterapia. Foram feitas 6 injeções da sol. 6/0 dando-se alta curada à paciente.

*Obs. n. 4* — F.P.R., sexo masculino, brasileiro, casado, 42 anos, residente em Caxias. Ficha ocular 6.147.

Cefaléas há mais de oito anos. Síndrome tóxica.

Tuberculinoterapia: sol. 6/0, 1/10 cc. Reação de agravação da cefaléa com mal-estar geral. Baixamos a dose para sol. 7/0, 1/10 cc. Na terceira injeção libertou-se da cefaléa tendo, entretanto, continuado o tratamento até sol. 5/0, 8/10 cc.

*Obs. n. 5* — M. P., sexo feminino, branca, brasileira, solteira, com 17 anos, residente em Caxias. Ficha ocular 5.853.

Cefaléas há 4-5 meses. Síndrome tóxica.

Tuberculinoterapia: Sol. 6/0, 1/10 cc. Cessaram as dores de cabeça na quarta injeção.

*Obs. n. 6* — E. L., sexo feminino, branca, brasileira, casada, 32 anos, residente em Caxias. Ficha ocular 5.883.

Cefaléia há mais ou menos um ano.

Síndrome tóxica. Tuberculinoterapia: sol. 6/0, 1/10 cc. Cessaram as dores na 10.<sup>a</sup> injeção.

Poderíamos alongar o relato dêstes casos, mas é desnecessário, pois apenas repetiríamos o que já foi escrito. Parecem-nos bastante concludentes quanto à eficácia da tuberculinoterapia nas “cefaléas essenciais” onde, concomitantemente, observamos a síndrome tóxica de CHARLIN.

Antes de terminar desejamos relatar ainda, mais dois casos de êxitos surpreendentes obtidos com a tuberculinoterapia:

R. C., sexo feminino, branca, brasileira, casada, 47 anos, residente em Caxias.

Ficha ocular 4.564.

Diagnóstico oftalmológico: O.E. Esclerite.

Tratamos esta doente durante três semanas com a terapêutica habitual do caso e sem melhoras.

Resolvemos, então, fazer a tuberculinoterapia e, já na 2.<sup>a</sup> injeção (sol. 6/0, 3/10 cc.) desapareceram as dores oculares. Com 10 injeções estava a doente curada unicamente com a tuberculina pois, quando fizemos a 2.<sup>a</sup> injeção de tuberculina suspendemos tôda a outra medicação que até então vinha sendo usada.

O caso abaixo, de úlceras recidivantes da córnea, reveste aspetos curiosos que justificam seu relato:

V. D., sexo feminino, branca, brasileira, casada, 20 anos, residente em Caxias. Ficha ocular 5.724. Esta paciente veio à consulta em 20-4-49 apresentando, em O.D. uma conjuntivite catarral aguda típica. Fizemos a medicação habitual no caso e recomendamos voltar, si não melhorasse, em 4 a 5 dias. Em 22-4, isto é, dois dias após, torna a paciente: diminuiu a secreção de O.D. mas havia lacrimejamento e dor, a luz incomodava muito. O exame à lâmpada de fenda mostrou três pequenas úlceras corneanas, juxta límbicas entre 11 e 1 hora.

24-4 Continuam as úlceras. Cessou a secreção. Penso oclusivo.

26-4 Mesmo estado.

- 30-4 Duas das úlceras cicatrizaram.  
6-5 Cicatrizadas as úlceras. Há, ainda, hiperemia conjuntival e discreta hiperemia peri-querática.  
10-5 Apesar de não ter sido interrompido o tratamento apareceram novas ulcerações peri-límbicas (4) uma às 10 horas e 3 entre 12 e 2 horas.

Já então havíamos recorrido tôda a escala terapêutica possível com colírios líquidos e graxos, sulfamido e penicilinoterapia, proteínas etc. Temendo que a doente, bastante cuidadosa aliás, não estivesse fazendo devidamente as aplicações medicamentosas, fizemo-la comparecer ao nosso serviço para tal fim.

Apesar disto tudo, em 23-5 seu estado ocular continuava o mesmo. Cicatrizava uma úlcera e aparecia outra.

Neste dia, a paciente leva-nos ao consultório seu primeiro filho, então com 3 meses de idade, o qual amanhecera com um dos olhos vermelhos e a jovem mãe, temendo o contágio, desejava que o examinássemos. Nada de anormal apresentava o pequeno mas, na palestra que se seguiu ao exame queixou-se a cliente de que há três meses “não mais dormia”; o pequeno tivera transtornos digestivos e sarampo, tendo ficado “muito manhoso”. Acordava constantemente durante a noite e “trocava a noite pelo dia”. E, com isto, ela já havia perdido 4 1/2 Kgs. de pêso e, apesar de sentir-se exausta não podia dormir, pois já se deitava preocupada e não tinha sono. Logo nos veio à idéia a síndrome tóxica de CHARLIN e, continuando na palestra, quasi a completamos: inapetência, lassidão, mal estar, perda de pêso, insônia apesar da fadiga, transtornos digestivos e suores noturnos. Faltavam apenas as perturbações menstruais.

No mesmo dia solicitamos um exame clínico que, não sendo conclusivo, foi seguido de radioscopia e radiografia dos campos pleuropulmonares. Eis o laudo do radiologista: Radioscopia: campos pulmonares claros. Hilo esquerdo com calcificações. Não se nota processo pulmonar ativo.

Radiografia — Broto hematógeno residual infra-clavicular E. Sequelas pleurais em ambos os ápices. Não há contra-indicação para a tuberculinoterapia”.

No mesmo dia fizemos uma injeção de sol. 6/0, 1/10 cc. que foi seguida de reação geral (abatimento, mal-estar e ligeira hipertermia). Baixamos a dose para sol. 7/0, 1/10 cc. que foi bem tolerada. Já na terceira injeção as úlceras haviam cicatrizado e não se verificou mais recidiva até 15-6 quando a paciente teve alta curada recomendando-

se-lhe continuar tratamento com um clínico afim de melhorar seu estado geral.

Em 3-9 esta doente esteve novamente em nosso consultório queixando-se de perturbações astenópicas. (Trata-se de uma astigmata que há anos havia abandonado a correção óptica que lhe fôra prescrita). Seu estado ocular continuava bom, o estado geral em franca melhoria.

Dadadas as características especiais dêste caso é que nos resolvemos a relatá-lo. A ação da tuberculina foi verdadeiramente espetacular e não conseguimos, por outro lado, encontrar na literatura oftalmológica ao nosso alcance, nenhum caso semelhante.

E' bem conhecida a ação benéfica da tuberculina nas queratites flictenulares mas nosso caso se reveste de características bastante diversas das encontradas nas queratites flictenulares.

De qualquer maneira êste caso serve ao nosso objetivo que é mostrar que em muitas oportunidades poderemos, com a tuberculina, trazer alívio e cura aos nossos enfermos. E terminamos repetindo o Prof. CHARLIN: "La tuberculinoterapia es una carta que debe hoy estar en el juego de todo oftalmólogo, carta que debe jugarse antes de dar por perdida la partida".

# O CONCEITO DE CEGUEIRA (\*)

NATALICIO DE FARIAS

Sob o ponto de vista etimológico, cegueira é a perda da visão. Visão é o ato de ver. Entretanto êste conceito sofre hoje modificação quando o encaramos sob o tríplice ponto de vista:

- 1.º — Para efeito de estatística das moléstias produtoras da cegueira;
- 2.º — Para efeito do exercício profissional;
- 3.º — Para efeito de indenização dos acidentados no trabalho.

## I

Os oftalmologistas ainda não chegaram a um acôrdo sôbre o conceito de cegueira para apurar as causas mórbidas que a determinam. Acompanhando uma Classificação das causas de cegueira adotada nos Estados Unidos da América do Norte e no Canadá que me foi enviada pelo Dr. Conrado Berens, atual Presidente da Sociedade Nacional de Prevenção da Cegueira de Norte-América, verifiquei que a estatística do gráfico era baseada em diferentes graus de visão, a partir de um décimo para baixo ou para cima com redução acentuada no campo visual. Êste método foi adotado por uma das Instituições daquele País e serviu de base ao meu pedido àquele ilustre colega para que fizesse incluir na referida Classificação a ser submetida ao Congresso de Londres, em julho próximo, a seguinte padronização dos diferentes graus de cegueira:

| Grau de cegueira     | Redução de visão.                                             |
|----------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1.º grau de cegueira | 20/200 (0,1) ou acima, com acentuada redução do campo visual. |
| 2.º grau de cegueira | Entre 20/200 (0,1) e 10/200 (0,05).                           |
| 3.º grau de cegueira | Entre 10/200 (0,05) e 5/200 (0,025).                          |

(\*) Trabalho apresentado à Sociedade Brasileira de Oftalmologia na sessão de 21-4-50.

|                      |                                                   |
|----------------------|---------------------------------------------------|
| 4.º grau de cegueira | Entre 5/200 (0,025) e visão dos movimentos.       |
| 5.º grau de cegueira | Entre visão dos movimentos e percepção luminosa.  |
| 6.º grau de cegueira | Ausência de percepção luminosa ou cegueira total. |

## II

Pela variedade das profissões, avaliamos a complexidade do assunto no apuro da capacidade visual para o seu exercício, e a extensão que torna o conceito de cegueira.

Em trabalho do Dr. AZEVEDO BARROS sobre “A capacidade visual nas carreiras e funções públicas” publicado em 1942, no Serviço de Biometria Médica, êsse nosso colega procura determinar a capacidade visual total para o serviço público baseando-se na visão central, visão periférica, visão binocular e senso cromático. Estabelece tabelas adequadas às diversas funções públicas, chegando mesmo a propor a denominação de visão profissional e cegueira profissional. Por êste método, um aviador com visão central normal e visão binocular anormal e de causa irremovível, seria considerado cego profissional.

O mesmo aconteceria com o maquinista de visões central, periférica e binocular normais que não tivesse normal a visão das côres.

Êsse mesmo critério seria adotado para o afastamento transitório ou definitivo do funcionário dos seus afazeres, nos casos de licença ou aposentadoria.

## III

O conceito de cegueira em infortunística é tomado tendo em vista a parte funcional e a integridade anatômica do órgão da visão.

Consultando a tabela do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio para a indenização dos acidentados no aparelho visual, observamos que o legislador tomou como base, não só a capacidade visual, como ainda a mutilação do órgão da visão. Assim é que a maior indenização é calculada, em índice, para o operário que teve mutilado os dois olhos com conseqüente cegueira total.

Em seguida estabelece porcentagens menores, encarando ora a mutilação de um dos olhos com a boa ou má visão do outro; ora a conservação do órgão da visão com baixa acentuada da acuidade visual e com boa visão do outro; ora a baixa acentuada da visão de ambos os olhos, com a conservação dos órgãos visuais.

Como índice da redução da capacidade êle toma a impossibilidade de ler e escrever, isto é, de trabalhar, mas permitindo orientar-se, isto é, achar o caminho.

O Dr. LECH JUNIOR, de Campinas, Estado de São Paulo, estudando a tabela do Ministério, acima referida, procura padronizá-la numericamente apresentando em 1942 esta outra onde se somam as visões de ambos os olhos:

| <i>Redução da visão para<br/>(soma de A.O.)</i> | <i>Indenização</i> |
|-------------------------------------------------|--------------------|
| 1/10 ou menos .....                             | 100 %              |
| 2/10 ou 3/10 .....                              | 90 %               |
| 4/10 ou 5/10 .....                              | 51,3 %             |
| 6/10 ou 7/10 .....                              | 41,3 %             |
| 8/10 ou 9/10 .....                              | 30 %               |
| 10/10 .....                                     | 25 %               |
| 11/10 ou 12/10 .....                            | 21 %               |
| 13/10 ou 14/10 .....                            | 13,2 %             |
| 15/10 ou 16/10 .....                            | 7 %                |

# HIDROFTALMIA ASSOCIADA AO NEVUS FACIAL (\*)

DANILO GONÇALVES

BAGÉ

O assunto que trazemos, pertence ao grupo das síndromes que VAN DER HOEVE propôs chamar PHACOMATOSES (do grego Phako: marca de nascimento); síndromes que apresentam como característica, polimorfismo de sinais e sintomas como a isolar e aparência de uniformidade forçando grupá-las. Senão vejamos: lesões congênitas e heredo-familiar, lesões nevoides cutâneo-mucosas, formações tumorais ou quísticas com predileção para os elementos neuro-cutâneos e que podem sofrer degeneração maligna.

VAN DER HOEVE classifica estas síndromes como:

Phakoi — manchas em diferentes partes do corpo que, portadoras de células naevus, são Naevi.

Phakoma — malformações semelhantes a blastomas.

Phakoblastoma — malformações que podem se tornar malignas.

Atualmente, apesar de haver outras síndromes que se poderiam enquadrar nessa secção, consideram-se 4 grupos:

- 1) Esclerose tuberosa de BOURNEVILLE.
- 2) Neurofibromatose de VON RECKLINGHAUSEN.
- 3) Angiogliomatose da retina de VON HIPPEL-LINDAU.
- 4) Doença de STURGE-WEBER.

Destas, somente a última vai nos interessar, a propósito de um caso que tivemos ocasião de observar em 1947.

Antes de descrevê-lo queremos, se nos permitem a pretensão, lembrar o título de nosso trabalho "Hidroftalmia associada ao naevus facial" e assim consideramos por não concordarmos com a denomi-

---

(\*) Recebido para publicação em 22-VI-50.

nação de “doença de STURGE-WEBER”. E se tal achamos, os fatos apoiam. O primeiro a descrever a síndrome foi SCHIRMER em 1860, apresentando um doente com Hidroftalmia E mais Naevus do mesmo lado. Somente em 1879 foi que STURGE descreveu um caso de Hidroftalmia mais naevus e ataques epileptiformes, suspeitando de um angioma cerebral do lado do naevus cutâneo. Bem mais tarde, em 1922, WEBER, estudando um caso de hidroftalmia com naevus e hemiplegia, indicou um sinal radiológico de angioma cerebral calcificado: sombras de duplo contorno.

### DESCRIÇÃO DA SÍNDROME:

O início da hidroftalmia pode ser prenatal, ao nascer, ou durante a vida adulta. Quasi sempre de caráter crônico, só tardiamente vem chamar a atenção dos pais pelo volume do globo, ou porque a criança não enxerga, ou pela dôr que sofre o paciente.

Ao exame clínico, depara-se com o globo, geralmente, de maior volume chegando ao bftalmo. Conjuntivas com vasos dilatados, denunciando a estase; córnea grande, quasi sempre turva, de curvatura diminuída, rasgões na descemet, alargamento e achatamento do ângulo esclerocorneano; câmara anterior profunda; tensão ocular nem sempre elevada, por vezes diminuída. A iris, turva, congesta, às vezes com naevus, pupila preguiçosa ou imóvel e dilatada; iridodonesis por deslocamento do cristalino. Ângulo ou seio irido-corneano aberto ou fechado, persistência de trabeculas fetais, canal de SCHLEMM pouco desenvolvido ou ausente, ou de aspecto fetal; sinequias periféricas anteriores, esporão escleral de desenvolvimento rudimentar.

Ao exame do fundus, quando a transparência corneana o permite, nota-se escavação glaucomatosa e em 50 % dos casos angioma coroidoretineano, com tendência para o polo posterior; vasos retineanos tortuosos, veias muito dilatadas, anastomoses, placas atróficas, desprendimento da retina, etc.

A refração é quasi sempre miópica e astigmática.

O Naevus, sempre do lado do hidroftalmos, atingindo sempre a pálpebra superior, estende às vezes, à tôda hemiface inclusive mucosas nasal e bucofaríngea, outras, atingindo ambos lados, ombro, braço, perna. Na cabeça, segue os ramos do trigêmio, ora um ora os três ramos.

Para o lado geral, observam-se ataques epileptiformes jacksonianos, hemiplegia, hemianopia, deficiência mental, consequências do an-

gioma cerebral, constatado pela ato cirúrgico, autópsia e às vezes pelos raios X.

A radiografia do crânio mostra, às vezes, calcificações, com sombras de duplos contornos, o que levou WEBER a indicar como um sinal radiológico de calcificação vascular, mas que hoje considera-se como contornos das circunvoluções ressaltadas pela calcificação dos vasos da pia mater.

Distúrbios da hipófise: obesidade, desenvolvimento sexual defeituoso, sela turca pequena, distrofia adiposo genital.

Hemipertrofia da face, perna, braço, do lado do naevus.

Atualmente há uns 250 casos publicados, assim distribuídos:

16 % — glaucoma bilateral; 30 % — naevus bilateral; 54 % — lesões craneanas.

TRATAMENTO: E' francamente ineficiente. Tentam-se inúmeros e dá-se crédito a alguns, mas são casos que por si só sofrem uma parada na evolução. Operações fistulizantes, ciclodiálises repetidas, goniotomia e, todavia, o resultado é sempre pobre. E nem poderia deixar de ser assim porque, não só o escoamento é prejudicado pelas anomalias, mas, e penso ser o fator predominante, o afluxo de líquido é excessivo, dominando o quadro, como provado pelo teste da fluoresceína. Por isso creio, deva-se procurar impedir êsse excesso, por meio cirúrgico, radioterápico ou outro, antes de tentar aumentar a saída, tão exigua, que nos oferecem as operações do momento e principalmente em olhos tão frágeis como os hidroftálmicos.

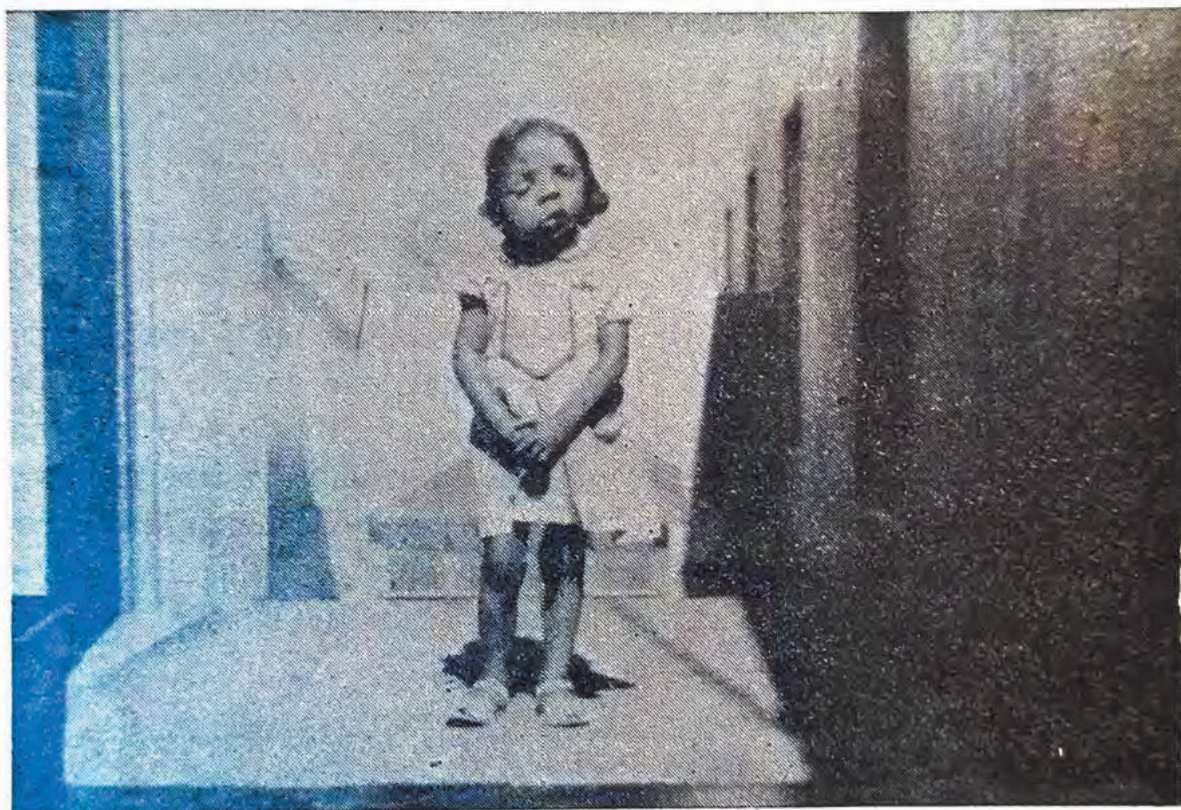
Passamos agora a descrever nosso caso.

J. F., ficha 1.709, 3,5 anos, fem., parda, nascida a termo e parto normal.

Conta sua mãe que a criança desde o nascimento tem o lado direito do rosto de côr diferente; mais tarde notou que êste mesmo lado inclusive o olho, crescia mais que o outro. Tendo surgido purgação em OD, levou a criança ao médico, sem que êste lhe informasse da situação.

Em maio de 1947 nos procurou porque a criança vinha sentindo dores fortes no olho e na cabeça e completamente desinteressada pelos brinquedos. Ao examinarmos, chamou-nos a atenção, a diferença acentuada de volume da hemiface D, bem maior que a E; junto a isso, notamos a pele da hemiface D de côr castanho-violácea indo até a

linha média, do couro cabeludo até o mento. No olho D observamos, pálpebra superior volumosa, violácea de consistência elástica; ao levantá-la, a conjuntiva em hiperemia intensa, sangrava ao toque. O globo, volumoso, bupfálmico, mostrava estase na conjuntiva bulbar, córnea achatada, com 16 mm de diâmetro e tão turva que nos impediu o exame da câmara e fundus. Palpando a hemiface D, notamos na região frontal e em frente ao tragus como que cordões vasculares grossos sob a pele; bochecha mole, pelo peso caía, desviando a commissura labial. Examinando a boca, constatamos hemiarcada D superior hipertrofiada, com pigmentação violácea da mucosa que estendia até a mucosa labial D. À rinoscopia, mucosa da mesma coloração violácea na parte anterior da fossa nasal D. (ver fotografias).



A radiografia do crânio mostrou, órbita D de maior volume, ausência de parte de calcificação do occipital e do parietal e hemipertrofia craneana D; sela turca normal.

Ante o quadro que se nos apresentava, nada mais restando da função visual de OD e, atendendo a queixa capital, fomos obrigados a enucleá-lo. A operação correu sem incidentes e hoje, quasi dois anos de operada, nada mais apresentando de anormal, como tivemos ocasião de ver há duas semanas, aguardamos mais elementos que sobrevenham na evolução do caso.

No mesmo dia de nossa reunião (1.º Jornadas Oftalmológicas Sulriograndenses) tivemos por gentileza do Prof. Paulo Tibiriçá, o resultado do exame anatomopatológico do olho enucleado (5-5-49): Cicatriz de córnea, conjuntivite crônica, soldadura de KNIES, atrofia da retina. Escavação da papila (glaucoma).

---

Nossa palestra na reunião das 1.º Jornadas Oft. Sulriograndense mereceu a consideração dos Prof. CORRÊA MEYER e LUIZ OSORIO. Lembraram então, não haveria um neuroma plexiforme na pálpebra superior de nossa doente. Com a segurança que tinham aqueles mestres baseados em estudos anteriores de Phacomatoses, fizemos tudo para levar avante nossa observação do caso. Naquele certame respondemos que também tínhamos sido despertados para o RECKLINGHAUSEN pelo volume e consistência da pálpebra superior D de nossa enferma. Mas, sem biopsia e sobretudo o exame anatomopatológico difícil em nosso meio, nada adiantaríamos.

De volta à nossa cidade, procuramos nossa paciente e em julho tivemos sua visita. Ficamos impressionados pelo seu estado de magreza, verdadeira fusão dos músculos. Convencemos sua mãe de uma biopsia e assim conseguimos. O exame anatomopatológico feito por colaboração do Dr. GORKI MECKING DE LIMA, da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, resultou: Neuroma plexiforme e inflamação crônica.

Constatamos nessa ocasião, típicas manchas “café au lait” do RECKLINGHAUSEN.

Um mês mais tarde, agosto, tivemos notícia que a paciente havia feito um pleuriz D, morrendo um dia após. Não conseguimos autópsia, ficando assim sem saber se havia angioma cerebral.

Começamos assim nosso relato com uma síndrome e terminamos com outra, o que acreditamos, próprio das Phakomatoses, não havendo síndromes puras e sim mescladas,

Agradecemos àqueles que nos facilitaram os exames e sobretudo ao Prof. CORRÊA MEYER que nos incitou na continuação da observação.

Bagé, outubro de 1949.

# LEGISLAÇÃO REFERENTE À PREVENÇÃO DA CEGUEIRA (\*)

DR. HERMINIO CONDE

*Aspecto de interesse maior dêste trabalho reside na circunstância de ainda ser tolerado em vários países, inclusive nos E. Unidos, o fazer o exame da vista a pessoas não portadoras do título de médico. As consequências, inevitáveis, poderiam surpreender os leitores da edição norte americana do "Reader's Digest", artigo "Bôa Visão... com comissões", Janeiro, 1948, se já não pudessem ser antevistas no panorama dos tristes fatos denunciados no exaustivo inquérito promovido pela Associação Médica Americana e no decurso do qual pacientes, previamente diagnosticados regressaram, após o exame feito por leigos, atendidos erronea e empiricamente, com graves riscos para a saúde geral e ocular.*

O ponto fundamental do problema da higiene ocular, em qualquer parte baseia-se na formação racional de técnicos. É indispensável por outro lado, que cada técnico atuando no setor da prevenção da cegueira, se limite à esfera da sua peculiar atividade. O oftalmologista, o óptico e o enfermeiro devem se manter, estritamente, no âmbito da sua profissão. A respeito desses assuntos recorde-se a comunicação apresentada por TOULANT ao XV Congresso Internacional de Oftalmologia, Cairo, 1937 (1).

A legislação de óptica do Brasil, obedecendo às recomendações do XIV Congresso Internacional de Oftalmologia, Madrid, 1933, resolveu o complexo e delicado problema da posição do óptico em face do exame de vista.

Atendendo ao convite da *Sociedade Nacional de Prevenção da Cegueira* dos E. Unidos, para apresenatr em sua reunião anual um tema sobre *Legislação*, desejamos agradecer tão honrosa distinção.

Dispondo de escasso tempo, fomos obrigados a restringir o nosso trabalho às observações resultantes da experiência dos últimos 16 anos, no Brasil e em outros países da América do Sul, na campanha para prevenção da cegueira, apoiada na legislação de óptica do Go-

(\*) Relatório apresentado à Conferência da Sociedade Nacional de Prevenção da Cegueira dos E. Unidos e Associação Pan Americana de Oftalmologia, 26 — 31 de Março de 1950, Miami Beach, E. Unidos.

vêrno Brasileiro ou seja o Decreto n.º 24.492, de 28 de Junho de 1934, resultante das conclusões aprovadas pelo Congresso Internacional de Oftalmologia, realizado na Espanha no ano anterior (Madrid, 20 de Abril de 1933).

Parece que o Brasil foi, realmente, o primeiro país a converter em lei as recomendações feitas a respeito pelo "Concilium Ophthalmologicum", realizado em Madrid (2).

Todavia, deve ser ressaltado que a lei uruguaia pertinente ao assunto data de 20 de Setembro de 1916 (3).

Dois anos depois que o Governo Brasileiro fez baixar o Decreto de óptica a República Argentina tomou a mesma medida (4). A lei Argentina reflete a evidente influência dos benefícios que o povo brasileiro passou a auferir depois da legislação aludida. Esses textos legais devem ser examinados por todos os interessados, particularmente os integrantes desta Reunião.

A legislação brasileira, consolidada na opinião pública em virtude das suas consequências salutaras, foi precedida de amplo debate na imprensa, a despeito de haverem constituído, já, os seus principais dispositivos, a inspiração de resoluções procedentes das maiores autoridades no domínio da Oftalmologia.

Também em apoio dessa legislação, seja-nos permitido citar o Prof. E. Fuchs, quando expressou a sua opinião, elogiando o livro brasileiro intitulado "Consultas Oftamológicas para o Médico Policlínico", do Dr. Edilberto Campos, do Rio de Janeiro. Esta é a opinião do Prof. Fuchs:

"Existem muitos livros sobre Oftalmologia em várias línguas, mas, para o estudante de medicina ou mesmo para o médico prático são demasiadamente particularizados. O autor atendeu a uma necessidade quando escreveu para o uso dos mesmos um livro que abrange um bom sumário dos fatos mais importantes da Oftalmologia.

"Esse livro distingue-se pela sua brilhante descrição, tornada ainda mais fácil de se compreender pelas suas excelentes gravuras. Os assuntos são dispostos nesse livro de modo tão adequado que o leitor pode facilmente encontrar o que ele quer".

*"Com grande precisão o Autor tratou das questões muito difíceis referentes às anomalias da refração e da acomodação, fazendo-o de modo resumido, porque êsses casos devem ser sempre entregues a especialistas."* (5)

A legislação brasileira antes e logo depois de publicada, foi considerada de difícil aceitação devido à alteração que importaria a hábitos já incorporados na rotina da vida cotidiana.

A proibição do exame da vista por leigos (optometristas) isto é, por quem não fôsse médico, que foi expressamente recomendada pelo Congresso de Madrid, afigurava-se a muitos atentatória de direitos adquiridos, tolerados na prática comum.

Como era previsível, a fase de transição foi difícil e, algumas vezes, marcada por incidentes, certamente de boa fé, provocados pelos que se consideravam prejudicados no exercício das atividades habituais.

Atualmente, vencida a fase inicial ocorrida há três lustros, tudo vai bem nesse particular, no Brasil e na América do Sul, cabendo-nos transcrever os textos das disposições legais brasileiras para o exame imparcial dos interessados.

Inspiram-se, como ficou dito, os textos da legislação do Brasil relativa à matéria, nas conclusões do Congresso de Madrid, entre as quais as que determinam que as prescrições de óculos devem ser feitas exclusivamente por médicos, dado que as anomalias da refração, constituindo verdadeiras doenças, o óptico não é, por assim dizer, mais do que um “farmacêutico das lentes”.

Estas foram as recomendações do 14.º Congresso Internacional de Oftalmologia, realizado em Abril de 1933, em Madrid, (sessão do dia 20):

*“Considerando que as anomalias da refração constituem verdadeira doença e podem causar sérios erros de diagnóstico, e*

*Considerando que os exames de refração das crianças são de importância vital e uma correção imprecisa ou incompleta pode causar sérias consequências no futuro, e*

*“Considerando que as anomalias da refração nos adultos, e, com maior razão nas pessoas idosas, podem indicar ou serem consequência de sérios distúrbios de natureza local ou geral (diabete, glaucoma, catarata, etc.).*

O 14.º Congresso Internacional de Oftalmologia declara, portanto, que

- 1) — *O exame de refração é um ato essencialmente médico.*
- 2) — *Esse exame e, conseqüentemente, a prescrição de óculos, devem ser feitos somente por médicos.*
- 3) — *Há, por isso, as maiores razões para chamar a atenção das autoridades governamentais para a campanha atual-*

*mente em voga em alguns países, tendo em vista fazer-se a separação da Oftalmologia dos exames da refração, afim de torná-los um privilégio legal dos chamados optometristas ou óptico-optometristas ou refracionistas”.*

Como consequência dessas recomendações, surgiu a legislação brasileira respectiva, consubstanciada no Decreto-lei n.º 24.492, de 28 de Junho de 1934, adiante transcrito, em anexo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — TOULANT: Dificuldades da prevenção da cegueira, “*Hora Médica*”, Julho, 1939. Rio de Janeiro.
- 2 — ABREU FIALHO: Relatório do XIV Concilium Ophthalmologicum, “*Anais de Oculística do Rio de Janeiro*” — 1933.
- 3 — A. VAZQUEZ BARRIÈRE: Codificación Sanitaria Pan Americana de Prevención de la Ceguera. Montevideo — 1937.
- 4 — Archivos de Salud, Buenos Aires — 1937.
- 5 — EDILBERTO CAMPOS: Consultas para o Médico Policlínico, 2.ª edição, Rio de Janeiro — 1935.
- 6 — “*Diário Oficial*”, de 9 de Julho, 1934. Rio de Janeiro.

## ANEXO

### DECRETO-LEI N. 24.492, DE 28 DE JUNHO DE 1934

*Baixa instruções sobre o Decreto n.º 20.931, de 11 de Janeiro de 1932, na parte relativa à venda de lentes de grão.*

O Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 1.º do Decreto 19.398, de 11 de Novembro de 1930,

Decreta:

Art. 1.º — A fiscalização dos estabelecimentos que vendem lentes de grão em todo o território da República é regulada na forma dos artigos 3, 39, 41 e 42 do Decreto número 20.931, de 11 de Janeiro de 1932 e exercida no Distrito Federal, pela Inspeção de Fiscalização do Exercício da Medicina, da Diretoria Nacional de Saúde e Assistên-

cia Médico-Social por intermédio do Serviço de Profilaxia das Moléstias Contagiosas dos Olhos, e nos Estados ficará a cargo das repartições sanitárias estaduais competentes.

Art. 2.º — Os especialistas do Serviço de Profilaxia das Moléstias Contagiosas dos Olhos, da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, no Distrito Federal, e as autoridades sanitárias competentes nos Estados, são os agentes dessa fiscalização e órgãos consultivos sobre os assuntos concernentes à venda de lentes de gráo.

Art. 3.º — Dos atos e decisões das autoridades sanitárias, cabe recurso para o Inspetor de Fiscalização do Exercício da Medicina quanto aos autos de infração, e nos demais atos, ao diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, e ao Ministro da Educação e Saúde Pública, na fórmula da lei .

Art. 4.º — Será permitido, a quem requerer, juntando prova de competência e de idoneidade, habilitar-se a ser registrado como óptico-prático na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, ou nas repartições de higiene estaduais, depois de prestar exames perante peritos designados para esse fim pelo diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, no Distrito Federal, ou pela autoridade sanitária competente, nos Estados.

§ 1.º — O registro feito na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social dá direito ao exercício da profissão de óptico-prático em todo o território da República, e o feito nas repartições estaduais competentes é válido somente dentro do Estado em que o profissional se habilitou.

§ 2.º — Todo aquele que, na data da publicação do presente decreto, fizer prova de que tem mais de dez anos de exercício como óptico-prático, no país e comprovar sua idoneidade profissional, poderá requerer, independente de exame, ser registrado no Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social ou nos serviços sanitários estaduais, a juízo da autoridade competente.

Art. 5.º — A autorização para o comércio de lentes de gráo será solicitada à autoridade sanitária competente em requerimento assinado pelo proprietário ou sócio ficando o requerente responsável pelo fiel cumprimento dêste decreto.

Art. 6.º — Para obtenção da autorização ou licença respectiva, o estabelecimento comercial é obrigado a possuir;

I — no mínimo, um óptico-prático, de acôrdo com o artigo 4.º dêste decreto.



II — as seguintes lentes, no mínimo duas de cada espécie:

a) Esféricas positivas, em grão crescente, de 0,25 D em 0,25 D, desde 0,25 D até 10 D, e daí por diante de 1 D em 1 D até 20 D;

b) Esféricas negativas, em grão crescente de 0,25 D em 0,25 D, desde 0,25 D até 10 D, e, daí, por diante de 1 D em 1 D até 20 D;

c) Cilíndricas simples, positivas, em grão crescente, desde 0,25 D até 4 D;

d) Cilíndricas simples negativas, em grão crescente, desde 0,25 D até 4 D;

e) Esféro-cilíndricas positivas desde 0,25 D, cilíndricas combinadas com 0,25 D esféricas e progressivamente até 2 D cil. com 6 D esféricas;

f) Esféro-cilíndricas negativas desde 0,25 D cil. com 0,25 D esf. e progressivamente até 0,25 D cil. com 10 esf.;

g) Vidros em bruto incolores e conservas que habilitem ao aviaamento das receitas de óptica.

§ Único — A exigência dos ns. I e II se tornará efetiva para os estabelecimentos já instalados, decorridos seis meses de publicação do presente decreto;

III — Os aparelhos seguintes: Pedra para rebaixar cristais; aparelhos para verificação do grão das lentes e respectiva montagem de lentes;

IV — Um livro para o registro de todas as receitas de óptica, legalizado com um termo de abertura e encerramento, com todas as folhas numeradas e devidamente rubricadas pela autoridade sanitária competente;

V — Na localidade em que não houver estabelecimento comercial que venda lentes de grão na forma do artigo 6.º, será permitido, a título precário, às farmácias, ou a outro estabelecimento devidamente licenciado pelas autoridades sanitárias, a venda de lentes de grão cessando, porém, esta licença, seis meses depois da instalação de estabelecimento licenciado na forma do presente decreto.

Art. 7.º — No livro de registro serão transcritas textualmente as receitas de óptica aviadas, originais ou cópias, com o nome e residência do paciente bem como no caso do médico oculista.

Art. 8.º — O livro de registro das prescrições ópticas ficará sujeito ao exame da autoridade sanitária, sempre que esta entender conveniente.

Art. 9.º — Ao óptico-prático do estabelecimento compete: *a)* a manipulação ou fabrico das lentes de grão; *b)* o aviamento perfeito das fórmulas ópticas fornecidas por médico oculista; *c)* substituir por lentes de grão idêntico aquelas que forem apresentadas danificadas; *d)* datar e assinar, diariamente, o livro de registro do receituário de óptica.

Art. 10 — O óptico-prático assinará na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, no Distrito Federal, ou na repartição competente, nos Estados, juntamente com o requerente, de acordo com o art. 5.º um termo de responsabilidade como técnico do estabelecimento e, com o proprietário ficará solidariamente responsável por qualquer infração dêste Decreto, na parte que lhe fôr afeta.

Art. 11 — O óptico registrado não poderá ser responsável por mais de um estabelecimento de venda de lentes de grão.

Art. 12 — Nenhum médico oculista, na localidade em que exercer a clínica, nem a respectiva esposa, poderá possuir ou ter sociedade para explorar o comércio de lentes de grão.

Art. 13 — É expressamente proibido ao proprietário, sócio, gerente, óptico-prático e demais empregados do estabelecimento, escolher ou permitir escolher, indicar ou aconselhar o uso de lentes de grão, sob pena de processo por exercício ilegal da medicina, além das outras penalidades previstas em lei.

Art. 14 — O estabelecimento de venda de lentes de grão só poderá fornecer lentes de grão mediante a apresentação da fórmula óptica de médico cujo diploma se ache devidamente registrado no repartição competente.

Art. 15 — Ao estabelecimento de venda de lentes de grão só é permitido, independente de receita médica substituir por lentes de grão idêntico àquelas que forem apresentadas danificadas, vender vidros protetores sem grão, executar conserto nas armações das lentes e substituir as armações quando necessários.

Art. 16 — O estabelecimento comercial de venda de lentes de grão não pode ter consultório médico em qualquer de seus compartimentos ou dependências, não sendo permitida ao médico sua instalação em lugar de acesso obrigatório pelo estabelecimento.

§ 1.º — É vedado ao estabelecimento comercial manter consultório médico fóra das suas dependências; indicar médico oculista que dê aos seus recomendados vantagens não concedidas aos demais clientes

e distribuir cartões ou vales que dêem direito a consultas gratis, remuneradas ou com redução do preço.

§ 2.º — É proibido aos médicos oftalmologistas, seja por que processo fôr, indicar determinado estabelecimento de venda de lentes de grão para o aviamento das suas prescrições.

Art. 17 — É proibida a existência de câmara escura no estabelecimento de venda de lentes de grão, bem assim ter em pleno funcionamento, aparelhos próprios para o exame dos olhos, cartazes e anúncios com oferecimento de exames da vista.

Art. 18 — Os estabelecimentos comerciais que venderem por atacado lentes de grão, só poderão fornecer as mesmas aos estabelecimentos licenciados na forma do presente Decreto e mediante pedido por escrito, datado e assinado, que será arquivado na casa atacadista.

Art. 19 — A Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social fará publicar mensalmente no "Diário Oficial" a relação dos estabelecimentos devidamente licenciados.

Art. 20 — A infração de qualquer dos dispositivos do presente Decreto será punida com a multa de RS. 50\$000 a 5:000\$000, conforme a sua natureza, cobrada executivamente no caso de falta do pagamento da mesma no prazo da lei, sem prejuízo das demais penas criminais.

Art. 21 — As multas previstas neste Decreto serão impostas no Distrito Federal, pelo chefe do Serviço de Profilaxia das Moléstias Contagiosas dos Olhos, ou por quem suas vêzes fizer, obedecendo todo o disposto na parte Sexta, Capítulo I do Regulamento 16.300 de 31 de Dezembro de 1933, e nos Estados pelo diretor dos respectivos serviços sanitários ou pela autoridade por êste designada.

Art. 22 — A verificação das infrações deste Decreto poderá ser requerida à autoridade competente por quem se considerar por elas prejudicada, sendo os autos, de infração nestes casos, como nos demais, lavrados de acôrdo com o artigo anterior.

Art. 23 — Os casos omissos no presente Decreto serão resolvidos por instruções do diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, aprovadas pelo Ministro da Educação e Saúde Pública.

Art. 24 — O presente Decreto entrará em vigor no prazo da lei.

Art. 25 — Revogam-se as disposições em contrário — Rio de Janeiro, em 28 de Junho de 1934 — 113.º da Independência e 46.º da República. (as.) GETULIO VARGAS — *Washington F. Pires.*

*Instruções para o exame de óptico-prático*

aprovadas em 27 de Dezembro de 1935 e a que se refere o art. 4.º do Decreto n.º 24.492, de 28 de Junho de 1934.

I — O exame para habilitação e consequente registro de óptico-prático na Secção de Fiscalização do Exercício Profissional, a que se refere ao art. 4.º do Decreto n.º 24.492, de 28 de Junho de 1934, constará de duas provas, uma escrita e outra práctico-oral.

II — A prova escrita, terá a duração máxima de 60 minutos, abrangerá três quesitos sobre a matéria de um dos seguintes pontos escolhidos por sorteio:

1.º — noções gerais sobre vidros usados em oculística; diferentes classes de vidros;

2.º — caracteres das diversas variedades de lentes; modo de reconhecer-las (lentes bi-planas, bi-esféricas, periscópicas, plano cilíndricas, esféro-cilíndricas, prismáticas, esferotóricas, hiperbólicas, cônicas e em concha);

3.º — defeitos ópticos das lentes; meios de corrigi-los;

4.º — lentes neutras, transparentes e opacas, coradas, suas variedades e numeração;

5.º — escalas de graduação das lentes (escala antiga e moderna).

III — A prova escrita será eliminatória e realizada, simultaneamente, por todos os candidatos inscritos, exceto quando o número destes aconselhe a organização de turmas, a juízo da comissão examinadora.

IV — A prova práctico-oral, cuja duração será fixada pela banca examinadora, não devendo exceder de 40 minutos, para cada candidato, versará sobre os seguintes pontos:

1.º — cortar e polir um cristal; verificar a preparação da lente;

2.º — reconhecer e medir uma lente esférica; reconhecer e medir uma lente cilíndrica; localizar um eixo; reconhecer e medir uma lente prismática; localizar o eixo de um prisma;

3.º — lentes bi-focais (modo de prepará-las); colocação de lentes nas armações;

4.º — armações; suas variedades (óculos, pince-nez, lorgnons) e suas partes componentes;

5.º — monóculo; modo de prepará-lo;

6.º — posição das lentes nas armações; sua inclinação e distância inter-pupilar, para longe e para perto; inconveniente da má posição e da inclinação das lentes;

7.º — medidas da ponte, base, altura, plano, ângulo do ápice do nariz; tamanho conveniente das lentes.

V — Terminada a prova prático-oral a comissão examinadora procederá ao julgamento, que será secreto, lançada na prova escrita de cada candidato a declaração de "habilitado" ou "inabilitado", subscrita pelos seus membros.

VI — Será lavrada uma ata, datada e assinada por todos os membros da banca examinadora, dela constando o nome, a idade, naturalidade e estado civil dos candidatos habilitados, e registrando-se somente o nome dos inabilitados.

VII — O candidato inabilitado só poderá requerer novo exame, decorrido um ano, após a inabilitação.

VIII — O candidato habilitado requererá a expedição da carteira de identidade profissional como óptico-prático.

IX — Os requerimentos de inscrição devem ser dirigidas à Secção de Fiscalização do Exercício Profissional, em papel devidamente estampilhado, com firma reconhecida, e acompanhado de fôlha corrida da Polícia e de duas fotografias de 3 x 4 cms.

## SUMMARY

The fundamental point of the problem of ocular hygiene, in any country, is based on rational formation of technicians. It is indispensable, on the other hand, that each technician, acting on field regarding prevention of blindness, must be limited at his peculiar activity. The ophthalmologist, the optician and the nurse must act strictly in their own profession. About these subjects remember the report presented by Toulant, during the 15th International Congress of Ophthalmology, in Cairo, 1937.

The optical legislation of Brazil, obeying to the recommendations of the 14 th International Congress of Ophthalmology, assembled in Madrid, 1933, has solved the complex and delicate problem about the situation of the optician regarding the examination of the sight.

## NOTAS

### RETINOPATIAS DIABÉTICAS (1)

EVALDO CAMPOS (2)

Antes de entrar na parte verdadeiramente nova das retinopatias diabéticas, — a principal finalidade que devem atingir os representantes das equipes, em nosso modo de pensar é trazer os mais recentes conhecimentos de cada assunto — é interessante falar ligeiramente sobre o conceito atual das alterações retinianas do diabete, sem no entanto, omitir antigas teorias.

Já DESMARRES atribuía as alterações retinianas do diabete ao comprometimento renal, confundindo os dois quadros — retinopatia diabética e retinopatia nefrítica. Embora caída em esquecimento a teoria renal, recentemente procurou REDSLOB interpretá-la como fazendo parte da glomérulo-esclerose intercapilar de KIMMELSTIEL e WILSON. Entretanto, este *renal ignorado*, fica desconhecido por um período demasiado longo (20 anos e mais), sem nunca apresentar a taxa aumentada de uréia no sangue e sem jamais deixar o silêncio. Torna-se difícil, porisso, aceitar como verdadeira a hipótese, parecendo haver coincidência quando surge a nefropatia ao lado da retinopatia, devendo ser ela contemporânea antes que a causadora.

Grande corrente de oculistas, com ARRUGA, ELSCHNIG, MALBRAN à frente, acompanha VOLHARDT ao atribuir à hipertensão a gênese da retinopatia diabética. Mas as estatísticas demonstram ter cerca de metade dos portadores de alterações diabéticas da retina, cifras inferiores a 150 mms.Hg, ao lado numerosos diabéticos hipertensos sem nunca apresentarem a retinopatia.

Nomes de peso como LAGRANGE e PILLOT acreditam que a arteríolo-esclerose e a ateromatose seriam os agentes da doença. Ainda as estatísticas revelam que 34 % dos diabéticos arterio-esclerosos não têm retinopatia e que a esclerose das arteríolas da retina não é mais frequente nos diabéticos que nos não diabéticos.

(1) Apresentado na sessão de julho do Centro de Estudos João Baptista Canto.

(2) Representante da equipe de oftalmologia. (Mensalmente é sorteada uma equipe e o seu representante, em vinte minutos, deve discorrer sobre as novidades de determinados assuntos pertinentes à sua especialidade.)

A tendência moderna é para levar as perturbações para as veias da retina, sendo a retinopatia diabética principalmente uma retinose hemorrágica. A angioretinoscopia mostra sobretudo modificações venosas: dilatações, irregularidades de calibre, aspecto moniliforme, embainhamento vascular, trombose venosa, neoformação de capilares. Estas alterações são causas das hemorragias no vítreo, do glaucoma hemorrágico, da retinite proliferante, etc.

As lesões assestam-se de preferência no endotélio vascular e na túnica média. Atribue-se à hipercolesterolemia e à hiperglicemia a invasão de células gordurosas intraparietais, formando verdadeiras dilatações globosas das veias, quasi sempre visíveis ao oftalmoscópio, descritas por BALLANTYNE como microaneurismas.

Segundo as experiências de DRAGSTEDT, o fator lipocaico do pâncreas tem estreita ligação com a infiltração gorda das paredes vasculares, sabido que é ser a insulina incapaz de corrigir totalmente o diabete. Frequentemente as gorduras passam a ser incompletamente utilizadas, sendo armazenadas no fígado, e, mais tarde, na camada subendotelial dos vasos sanguíneos. Assim, as lesões vasculares do diabético poderiam estar ligadas à deficiência do fator lipotrópico do pâncreas. Vários fatos falam a favor desta hipótese. A diminuição da glicosuria, que acompanha a insuficiência lipocáica é um dos sinais paralelos à retinopatia diabética. Também a presença de manchas brancas é o reflexo da deficiência da função pancreática reguladora do metabolismo lipídico. Estas manchas brancas são interpretadas como infiltração gorda das zonas isquêmicas da retina, consequentes à má irrigação sanguínea, lembrando a necrobiose lipídica de URBACH. A simples infiltração do plasma através das paredes vasculares, ou a reabsorção da fibrina pelos leucócitos não poderia explicar a sua riqueza em gordura.

A insulina tem demonstrado ser inteiramente ineficaz na retinopatia diabética, havendo mesmo autores que acreditam favorecer ela o aparecimento de hemorragias. Outros acham que o prolongamento da vida dos diabéticos, permitido pela insulino-terapia, é o responsável pela retinopatia, uma vez que doentes que morreriam sem o hormônio pancreático, tornam-se aptos para o desenvolvimento da doença retiniana. Mal administrada, a insulina pode ser prejudicial à retina pois acarreta hiperemia da uvea e do cérebro, facilitando as hemorragias. Experimentalmente, a hipoglicemia é capaz de provocar a vasodilatação dos capilares do limbo e a proliferação vascular. Daí o perigo de doses elevadas, sendo preferível o fracionamento. Além disto, na fase hipoglicêmica, há um aumento da hialuronidase com destruição do ácido

hialurônico, de que é muito rico o vítreo, com a consequente fluidificação e facilitando hemorragias.

Antes considerada rara, a retinopatia diabética é encontrada em 25 e até 38 % das estatísticas atuais de diabéticos. RENARD, muito recentemente, chamou a atenção para o fato de que *a retinopatia diabética muita vez aparece não só no diabete benigno, de evolução lenta, como nos diabéticos de glicosuria baixa ou mesmo ausente*. Em 45 % dos seus doentes, a retinopatia surgiu depois do desaparecimento da glicosuria. Nos outros 55 % a glicosuria, sem desaparecer, diminuiu notavelmente quando surgiu a retinopatia. Esta baixa da glicosuria não é consequência nem da baixa da glicemia nem da diminuição da permeabilidade renal, como prova a permanência da nitrogenemia nas visinhanças do normal. Embora esta importante noção tenha sido assinalada há alguns anos, não foi dado grande valor a ela, não obstante hoje estar sendo encarada seriamente.

Outro ponto de constatação recente, foi a questão da *fragilidade capilar*, estudada por LEVRAT, GIARDINI e CARDELO.

LEVRAT e PAUFIQUE encontraram positivo em todos os diabéticos portadores da retinopatia o teste da fragilidade capilar, sendo que 50 % eram hipertensos e a outra metade tinha pressão abaixo de 150 mms.Hg. Cumpre notar que os mesmos A.A. tiveram 85 % dos testes positivos nos hipertensos sem diabete. CARDELO encontrou entre 27 diabéticos, 17 com o sinal do garrote positivo e 10 com o sinal ausente. Do total, 19 eram hipertensos, sendo 16 com teste positivo e 3 negativos. Quinze dos 27 eram portadores de retinopatia, dos quais 12 tinham o sinal presente e 3 ausentes. Ainda entre os 15 portadores da retinopatia diabética, 12 eram hipertensos, todos com sinal positivo e 3 não hipertensos, todos negativos. (A prova do garrote era feita comprimindo o braço com o manguito do esfigmomanômetro durante 5 minutos, empregando pressão inferior em cerca de 20 mms.Hg. à da máxima do paciente, sem contudo ultrapassar 150 mms.Hg, contando-se a seguir o número de petéquias surgidas).

Baseado em seus casos, conclue o A. italiano que a retinopatia depende principalmente da associação diabete-hipertensão. Parece-nos um pouco forçada esta conclusão pelo que já foi assinalado no correr destas notas. Estamos com RENARD, e pedimos aos presados colegas que doravante pesquisem a fragilidade capilar ao mesmo tempo que procurem reforçar a resistência dos pequenos vasos com a medicação hoje tão em voga. Estaremos à sua disposição para o exame oftalmoscópico e veremos se alguma conclusão poderá tirar-se dos dados obtidos.