

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

ANO IX

DEZEMBRO DE 1950

NÚMERO 2

CONSIDERAÇÕES SOBRE A RECUPERAÇÃO VISUAL

S. RAPHAEL SÉBAS
Rio

WALTER B. LANCASTER nos refere que "The National Committee on Optic and Visual Physiology" vem se ocupando, nestes últimos tempos, de um modo especial, da *recuperação visual*, por simples exercícios de natureza puramente funcional, esperando, êle, que muito em breve, o secretário geral desta agremiação anuncie êste assunto para uma ampla e livre discussão.

Salienta ainda o autor citado, que, se estudarmos o tema com o espírito liberto, seremos forçados a admitir que, escondido no grande acervo, já existente, de observações, regras, métodos de exercícios para o tratamento de ametropias, sem uso de óculos, a que os oftalmologistas ortodoxos taxam de processos charlatanescos, encontram-se fatos verdadeiros.

DUKE ELDER, no 4.^o volume do seu já famoso Text-Book, afirma que "o descaso dos oculistas pelo problema da *recuperação visual*, tem dado aso a uma verdadeira avalanche de inescrupulosa literatura leiga sobre a função visual", com o sugestivo "slogan" de *quebra-óculos*.

Faz especial referência ao trabalho de ALDOUS HUXLEY, *The Art of Seeing*, para concluir que todos êstes sistemas e métodos aplicados para a *recuperação visual*, malgrado desvios e mistificações, têm os seus fundamentos em idéias sadias.

O problema da *Recuperação Visual*, por processos rigorosamente científicos, está posto.

As duas grandes autoridades citadas, que estão acima de qualquer suspeita, conclamam os oculistas ortodoxos a fazerem uma revisão da velha oftalmologia, no que respeita à *Função Visual*.

E' preciso tirar esta iniciativa das mãos dos *práticos ilegítimos*. Eles contam com uma vasta bibliografia. Por toda parte, em todas as linguas, encontram-se livros e mais livros, ensinando meios e modos de se obter uma recuperação visual. E os amblíopes de toda sorte atiram-se a eles, por vezes com verdadeiro fanatismo, na esperança de uma cura nem sempre possível.

Uma visão perfeita requer integridade do aparelho dióptrico ocular, para a formação de uma imagem perfeita sôbre a retina; integridade do fundo do olho, que condicione exata gravação da imagem projetada sôbre a mácula; integridade do *tractus* nervoso transmissor até a cortex occipital, onde se fixa a imagem sob a forma de sensação; e, por fim, higidez do aparelho de percepção mental e memória, para o armazenamento das sensações visuais.

Qualquer perturbação funcional num dêstes setores, pode causar graves distúrbios da visão, sendo um dos mais importantes a baixa da acuidade visual.

Para o tratamento dêstes distúrbios, sejam eles ópticos, neuromusculares ou de percepção mental, dispomos hoje de métodos e exercícios ortópticos, com sólida base científica, dentro dos mais ortodoxos princípios da oculística.

Em primeiro lugar, vamos nos ocupar das modificações do sistema dióptrico ocular, dos vícios de refração, que levam a uma baixa da acuidade visual e dos meios empregados para, sem uso de óculos, conseguirmos o restabelecimento da visão ao seu nível normal.

Os nossos atuais conhecimentos sôbre o mecanismo da acomodação, vieram renovar práticas e conceitos profundamente enraizados, ainda hoje, no espírito de muitos práticos da oculística, infensos a qualquer revisão nos domínios da refractologia.

Basta ponderarmos que o músculo ciliar, considerado, até então, todo êle, um agente acomodador, pela contração de suas fibras circulares, é hoje tido, igualmente, como elemento ativo de desacomodação através de suas fibras longitudinais.

Estas duas ordens de músculo têm inervação antagônica. As fibras circulares (Músculo de MÜLLER) são inervadas por um ramo parasimpático incorporado ao motor ocular comum, tendo origem real em um núcleo autônomo, localizado um pouco acima do grupo de núcleos do 3.º par, conhecido pelo nome de seus descobridores EDIN-

GER-WESTPHAL. Ao passo que as fibras longitudinais (Músculo de BRÜCKE) são inervadas por um ramo procedente do sistema simpático, com origem num centro hipotalâmico, fazendo o mesmo percurso da via *Cílio-Espinal*.

E não são somente fatores de ordem refracional que atuam no complexo sistema da acomodação. O encurtamento e alongamento do globo ocular por meio dos músculos extrínsecos e intrínsecos, modificam por tal modo o dioptro ocular que permitem acomodação em olhos afáquicos.

W. W. HOARE, desde 1936, vem afirmando que os jovens operados de catarata geralmente dispensam a correção óptica para perto.

Seriam elementos ativos da acomodação, o músculo de MÜLLER e os oblíquos que, tomando inserção no plano equatorial, comprimem o olho neste ponto, aumentando-lhe, por conseguinte, o seu diâmetro antero-posterior.

Os músculos extrínsecos retos seriam desacomodadores, pois, tomando inserções no polo anterior do olho, quando se contraem, comprimem-no de encontro à gordura endo-orbitária, diminuindo, de certa maneira, o seu diâmetro ântero-posterior.

Já agora não é somente necessário que o globo ocular seja mais alongado, ou que o seu poder de refringência estática seja demasiadamente forte, para condicionar miopias; que seja muito curto, ou pouco refringente, para que haja hipermetropia.

O mesmo olho normal, emétrepe, com os raios luminosos paralelos convergindo rigorosamente sobre a mácula, pode tornar-se ora míope, ora hipermétrepe.

Que um espasmo do músculo de MÜLLER, nestas condições, possa torná-lo míope, é isto um princípio perfeitamente pacífico em oftalmologia.

Porém, que fosse possível uma hipermetropia funcional, num olho emétrepe, por espasmo do músculo de BRÜCKE, ou por contração anormal de músculos retos, é um fato nitidamente revolucionário, mas, hoje, incontestado.

Em face destas idéias, justifica-se que delas nos procuremos valer para modificar, de certa maneira, o dioptro ocular, sempre que determinados vícios de refração concorram para a baixa da acuidade visual.

*

* *

Tomemos a hipermetropia como ponto de partida para uma demonstração concludente da eficácia dos exercícios visuais e ortópticos nas ametropias.

O estudo da miopia e do complexo aparelho da acomodação, à luz das novas teorias, será assunto para ser devidamente tratado em ulteriores trabalhos.

Tomemos, então, para exemplo, um indivíduo hipermétrope, de 14 anos de idade, com hipermetropia total de três dioptrias, já com sintomas de debilidade do músculo ciliar.

A maneira clássica de resolver êste caso, seria, irremediavelmente, a prescrição de lentes positivas necessárias para o pleno restabelecimento da acuidade visual normal.

Hoje, entretanto, temos obrigação de tentar outros meios e modos que nos permitam igualmente restabelecer a visão de nosso paciente sem ter que apelar para o uso de óculos.

Na hipermetropia, sabemos, o foco principal forma-se atrás da retina, por duas razões: ou porque o dioptro ocular é menos refringente, ou porque o olho é mais curto que o normal, ou, então, porque os dois fatores se somam.

Para corrigirmos tal vício de refração, sem lançar mão de meios artificiais, tais sejam o emprego de lentes, temos que aumentar o índice de refração do dioptro ocular por meios rigorosamente científicos, ampliando o poder de acomodação, ou proporcionar o alongamento do eixo ântero-posterior do globo.

Na primeira hipótese temos de atuar sobre o músculo de MÜLLER, que toma firme contacto, através das fibras longitudinais do músculo de BRUCKE, com a esclera, em toda a sua porção circular.

Aplicando o princípio universal da ginástica ritmada para o desenvolvimento geral da massa muscular, pela contração e relaxamento de suas fibras, assim agimos sobre as fibras circulares do músculo ciliar, obrigando-as a contração máxima, por meio de um grande esforço de acomodação e logo, em seguida, forçando-as a completa relaxação, através de uma desacomodação ativa.

Êstes exercícios, ritmicamente executados, aumentam, por tal forma, o poder contractil do músculo, graças a hiperplasia e vigoramento de suas fibrilas, que podemos, por vezes, verificar um alto valor de amplitude da acomodação, ultrapassando mesmo de duas a quatro dioptrias, o limite normal, quando fazemos a nossa medida cilométrica.

Um músculo assim, por tal forma hipertrofiado, poderá corrigir biologicamente a hipermetropia suposta, apondo 3 mioptrias, dispensando, dêste modo, a correção física, por meios de vidros positivos.

Nestas condições, o olho do paciente não sofrerá constrangimento funcional. Estará livre de astenopia, porque o músculo ciliar, de acôrdo com a sua idade, terá uma força superior a 12 dioptrias.

Usando somente 3D. para longe e 6 para a visão a 33 centímetros, ainda lhe sobram mais de 6 dioptrias, o que representa muito mais de um terço da sua força de reserva, o suficiente para um trabalho suave e produtivo.

A indicação para o tratamento das hipermetropias pelos exercícios ortópticos, é dada pelo seguinte critério: Se a amplitude de acomodação que deveria ter o paciente, de acôrdo com a sua idade, permite a correção da hipermetropia, calculada em mioptrias, e mais 3D. para a leitura de próximo, sobrando, depois de tudo, ainda um terço de sua força, como reserva, nós podemos asseverar que os exercícios, restabelecendo a plena função do músculo de MÜLLER, tornarão desnecessário o uso de lentes corretoras.

*

* *

Além da atuação sobre os meios refringentes do olho, ainda é lícito contar-se com a possibilidade de alongamento do eixo ântero-posterior do globo, para a cura da hipermetropia.

Sabemos que, em geral, a criança nasce hipermetrope, com ausência completa do músculo de MÜLLER.

O globo ocular, vai, com o desenvolvimento orgânico, a pouco e pouco, aproximando-se das dimensões normais e somente depois dos sete anos é que o diâmetro ântero-posterior permite formação do foco de raios luminosos paralelos, sobre a retina.

O olho, neste período de crescimento, é modelado pela ação fisiológica dos músculos da convergência e da acomodação.

A constante atuação dêstes músculos, agindo sobre uma estrutura fibrosa, ainda jovem, da esclera e córnea, condiciona o alongamento anatômico de todo o globo e realiza, por vêzes, curas espontâneas de hipermetropias totais.

Se fizermos, por meio de exercícios ortópticos, aumentar a amplitude da acomodação e da convergência positiva e relativa, temos

toda a possibilidade de fazer recuar o polo posterior do olho curto até as proporções de emétrope.

Pouco que fosse, meio milímetro de recuo, seria o desconto de uma e meia dioptria, na hipermetropia total do paciente.

RESUMO

O problema da *recuperação visual*, na opinião de WALTER B. LANCASTER e DUKE ELDER, deve ser transferido das mãos dos leigos para as instituições científicas da Oftalmologia. Numa vasta literatura *profana*, com o sugestivo

“slogan” de *Quebra-Óculos*, tão do agrado das massas, ao lado de muita mistificação, existe, segundo estes autores, muita idéia sadia.

Os conhecimentos atuais sobre o sistema da acomodação, autorizam uma revisão da nossa refractologia. As fibras longitudinais do músculo ciliar (m. de BRUCKE) são antagonistas das fibras circulares (m. de MÜLLER). Elas provocam desacomodação ativa. Seu espasmo condiciona hipermetropia num olho emétrope.

Os exercícios ortópticos, aumentando a potencialidade do músculo ciliar, podem dispensar o uso de lentes positivas nos hipermétropes jovens e mesmo curar esta ametropia, quando não muito elevada.

SUMMARY

According to WALTER B. LANCASTER and DUKE ELDER the problem of exercises for improving visual effectiveness must transferred from the hands of laymen to the concern of scientific ophthalmologic institutions. In their opinion, the widespread profane literature appearing under the invinting slogan of spectacles-breaking, which pleases people so much, comprises many sound ideas, in spite of much mystification.

The present concepts of the system of accommodation authorize a revision in refractology.

The longitudinal fibers of the ciliary muscle are antagonistic of the circular fibers. The former cause active desaccomodation. Their spasme brings about hypermetropia in an emmetrope eye.

Orthoptic exercises, increasing the potentiality of ciliary muscle, can make unnecessary the wearing of plus lenses by young hypermetropes and can even cure their ametropia when it is not very high.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ALDOUS HUXLEY — The Art of Seeing.
- 2) BETTMAN J. W. — Accommodation in Aphakic Eye, Am. J. of Ophthal. June 1950.
- 3) DUKE ELDER — Text-Book of Ophthalmology. Vol. IV.
- 4) HORTON J. J. — Apparent Accommodation in Aphakic Eye, American Journal of Ophth. (june) 1929.
- 5) HOARE W. W. — Accommodation in Aphakics. Journal of Ophthalmology. M. J. Australia. (feb.) 1936.
- 6) ISRAEL DVORINE — Theory and Practice of Analitical Refraction and Orthoptics.
- 8) WALTER B. LANCASTER — Present Status of the Eye Exercise for Improvement of Visual Function. Arch. of Ophthalmology. (sept.) 1944.

MELANOSARCOMA DE COROIDES Y CUERPO CILIAR

SU DIAGNÓSTICO

PROF. DR. BENITO JUST TISCORNIA
DR. JOSÉ A. BADÍA

La Plata

Durante el breve lapso de un año y medio tratamos en el Servicio de Oftalmología del Hospital Pirovano, cuatro casos de tumores endobulbares. La gravedad del pronóstico y la terapéutica de tales casos, implica siempre un diagnóstico precoz y lo suficientemente firme como para evitar el sacrificio de un ojo que, muchas veces con visión pobre o casi nula debería conservarse con fines estéticos y psicológicos. La enucleación en tres de nuestros pacientes seguida del estudio anatomopatológico de la pieza, nos ha decidido a presentar tales observaciones, mas aun, cuando queda por resolver el cuarto caso, pues el paciente ha consultado distintas opiniones y ante la duda de la certeza del diagnóstico no se siente inclinado por el momento a seguir el consejo de MELLER que dice textualmente: "Casos aislados pueden presentar dificultades tan considerables que justifican la enucleación."

Es habitual distinguir entre los sarcomas de la uvea formas difusas y circunscriptas y entre estas, según su localización, melanosarcoma del iris, del cuerpo ciliar y de la coroides, siendo esta última variedad mucho más frecuente que las anteriores.

De nuestros casos, dos se trataban de melanosarcoma de coroides, uno de cuerpo ciliar y el cuarto caso en estudio lo consideramos de localización coroidea.

Seguir el esquema de KNAPP evolucionando sucesivamente en periodos de latencia, glaucoma, propagación de vecindad y finalmente metástasis, es aventurado, ya que la propagación extraocular puede adelantarse a la aparición del glaucoma secundario y las metástasis a distancia producirse durante el primer periodo de su evolución, de aquí la importancia del diagnóstico precoz. Uno de nuestros casos presentaba tempranamente propagación a través de la esclerótica.

Remitiendonos al esquema clásico, el origen del tumor asienta en las capas más externas de la uvea. Por lo tanto los melanosarcomas circunscriptos de coroides tienen su punto de partida en las capas externas de esta inmembrana. Se inicia la tumoración adoptando la forma lenticular o elíptica; forma que la determina por un lado la resistencia de la esclerótica y por el otro la membrana de BRUCH, las que dificultan el crecimiento en espesor y permiten su expansión lateral.

En una etapa subsiguiente la neoformación vence la resistencia de la membrana de BRUCH a la que resquebraja y atraviesa, haciendo prociencia en el espacio subretiniano donde prosigue su crecimiento con libertad. Esto da a la tumoración un aspecto de hongo con cabeza subretiniana, un cuello o estrechamiento a nivel de la membrana de BRUCH y la masa tumoral inicial en el espesor de la coroides.

La forma lenticular indica que el tumor está limitado a la coroides, cuando es globuloso la membrana de BRUCH ha sido vencida. La retina es entonces levantada y desprendida quedando habitualmente adosada sobre la prominencia del tumor, a cuyo alrededor produce un desprendimiento exudativo. El espacio subretiniano está ocupado por un líquido ricamente albuminoso y en cuya formación intervienen la rémora venosa por compresión y la reacción irritativa local. Este líquido por acción de la gravedad puede buscar las zonas más declives del ojo, lo que explica la aparición de desprendimientos de retina alejados del punto de implantación tumoral y llega en ocasiones a despistar al observador sobre la verdadera naturaleza de la afección.

La tumoración en su desarrollo puede ocupar la mayor parte del globo pero es común, que las complicaciones oculares aparezcan previamente a esta etapa (glaucoma secundario, iridociclitis). Una eventualidad excepcional es la penetración de la masa tumoral en el cuerpo vítreo, previa perforación de la membrana de BRUCH y retina.

El crecimiento externo del tumor, es más tardío debido a la mayor resistencia de la esclerótica, pero en ocasiones la expansión encuentra facilitada su trayectoria por la disminución de la resistencia esclerótica, ya sea por la presencia de trayectos vasculares o nerviosos o debilidad de la pared misma.

Cuando el melanosarcoma tiene su origen en el cuerpo ciliar el proceso de crecimiento es similar al de los tumores de la coroides. Comienza como un tumor lenticular de las capas externas, adquiere proyección redondeada hacia el vitreo, extendiéndose por detrás en dirección a la coroides y hacia delante en procura de la cámara posterior. Si el origen radica en la parte anterior del cuerpo ciliar, invade precozmente la cámara posterior, empuja el iris abombándolo y luego aparece en el angulo camerular simulando una iridodialisis, finalmente en su crecimiento invade el iris.

El cristalino no es respetado y sufre las consecuencias del proceso que lo desplaza y deforma terminando por opacificarse, sin embargo la capsula no se rompe y las células tumorales no invaden la substancia propia.

El desprendimiento de retina en estos casos es tardío, en cambio la extensión a la vecindad es mucho más precoz. La propagación del tumor la hacen en dos formas: por continuidad a través de la esclerótica y a distancia por vía sanguínea. La propagación de vecindad a veces es muy temprana y se han observado tumores vecinos hasta 10 años después de la enucleación (FREUDEBTHAL 1891).

OBSERVACIÓN 1

J. B., 57 años, italiano, casado, obrero.

Antecedentes — A mediados de abril 1949 concurre al servicio para que certifiquemos la afección que padece en su O.I. Desprendimiento de retina traumático, pues pretende iniciar juicio por accidente de trabajo.

Enfermedad actual — Desde hace tres meses nota disminución de la visión del O.I. percibiendo una sombra sobre el campo visual del lado izquierdo y como meses antes tuvo una caída en el trabajo golpeándose con una llave, quiere imputar a su trauma la enfermedad actual. Ha consultado a varios colegas y todos concordaron que se trataba de un tumor, pero el paciente con la esperanza de que alguien certifique un desprendimiento traumático va retardando su intervención inconsciente de la gravedad de su afección.

Estado actual — O.I. Agudeza visual luz.

Fondo de ojo — Se visualiza una masa tumoral de gran tamaño que ocupa el cuadrante nasal inferior sobrepasando ligeramente el superior y que por su extensión impide ver la papila, el resto de la imagen oftalmoscópica del fondo es normal. La retina que cubre esta masa no presenta pliegues, no vibra ni ondula a los movimientos del ojo. La superficie es de color blanco grisacea y se observan acumulos de pigmento. Los vasos retinianos correspondientes a esta zona corren ligeramente sinuosos sobre su superficie y por debajo de ellos es visible una red vascular de neoformación propia del tumor.

Oftalmotono al SCHIOTZ, dentro de las cifras normales: 19 mm. Trasiluminación, proyecta sombras en la zona de implantación del tumor. Fundamos el diagnostico de melano sarcoma de coroides teniendo en cuenta la abundancia de pigmentos y los vasos de neoformación que robustecieron la idea de la malignidad del tumor.

Aceptada la intervención se enuclea el O.I. el 19-IV-49, y se comprueba al extraer el globo ocular que en la zona de implantación del tumor se ve una eminencia redondeada del tamaño de un grano de mijo de superficie lisa, consistencia dura y color negro.

Informe anatomopatológico — Neoplasia ocular que reviste los caracteres de un melano blastoma corioideo de predominante crecimiento vegetante. El pequeño nucleo duro negro encontrado en la superficie de la esclera corresponde a la exteriorización del tumor. Informe Dr. LUIS IRIGOYEN.

OBSERVACIÓN 2

J. G., 69 años, argentino, casado.

Antecedentes personales sin importancia.

Enfermedad actual — Hace tiempo notaba la limitación del campo visual del lado externo en el O.I. y desde hace 20 días ha perdido completamente la visión.

Estado actual — O.I. — Examen del segmento anterior no revela datos de interés. Cornea, cámara anterior e iris normales.

Fondo de ojo O.I. imposible examinarlo, solo se percibe el reflejo rojo retiniano en el cuadrante superior interno. La pupila dilatada deja ver con la lámpara de hendidura detrás del cristalino tras-

parente una formación de superficie irregular de color marron oscuro y con vasos sumamente tenues.

Oftalmotono al SCHIOTZ dentro de los límites normales.

Trasiluminación en todos los sectores es negativa.

Diagnosticamos melanosarcoma del cuerpo ciliar, aceptada la intervención el enfermo es operado el 30 de mayo de 1950.

Informe anatomopatológico — La fotografía del hemiglobo corresponde a la mitad nasal, se ve detrás del cristalino una masa negra de forma ovoidea cuyo corte ocupa una tercera parte del cuerpo vitreo casi en contacto con el cristalino y conectada con el segmento posterior por una masa de aspecto gelatinoso que corresponde al líquido subretiniano del desprendimiento. Melanoblastoma del cuerpo ciliar que se extiende a coroides. Informe del Dr. LUIS IRIGOYEN.

OBSERVACIÓN 3

E. B., 49 años, italiano, casado, albañil.

Antecedentes — sin importancia.

Enfermedad actual — concurre el 6 de junio de 1950, desde hace 3 meses nota que se le nubla bruscamente la visión sobre el campo nasal del O.D.

Estado actual — O.D. Visión 8/10.

Campo visual — Limitación del campo a predominio del cuadrante nasal superior sobre pasando algo al inferior.

Segmento anterior sin particularidades de interés.

Dibujo A

Fondo de ojo O.D. a unos 5 diametros papilares del disco ocupando el cuadrante temporal inferior y sobrepasando ligeramente al superior se nota un levantamiento de retina hemisférico y circunscripto de superficie regular cuyo margen externo se pierde en la perifería y cuyo borde central es muy neto, separado de la zona donde el fondo de ojo es normal por un desnivel de 8 dioptrias en el cual se dibujan una serie de pliegues retinianos paralelos y muy juntos

que se van abriendo en abanico a medida que se alejan de la superficie tumoral, tomando una disposición radiada. La superficie del tumor es regular, de color gris apizarrado y además de los vasos retinianos se nota la presencia de otros de neoformación. Dos hemorragias frescas próximas a la periferia de color rojo brillante barnizan las capas superficiales del levantamiento pudiendo simular un gran desgarró. Se descarta esta suposición por la coloración escarlata, por no haber la sensación de solución de continuidad y por que los supuestos bordes del desgarró y la superficie roja estaban al mismo nivel o plano, así como la retina que rodeaba esta zona: además de la fijeza del desprendimiento los pliegues que aparecen en la zona limítrofe que pierden su paralelismo para hacerse radiados. Todos estos datos nos indujeron a pensar en un levantamiento de la retina secundario a un tumor.

Oftalmotono al SCHIOTZ dentro de las cifras normales.

Trasiluminación: da una sombra entre las 7 y 10 horas mientras que en el resto del campo pupilar se nota la coloración rosada.

Propuesta la intervención se practica la enucleación el 6 de junio de 1950.

Exámen anatonopatológico — Hemiglobo correspondiente al lado nasal del ojo en un corte oblicuo de las 10 a las 4 horas. Se observan por afuera de la papila una masa negra del tamaño de un grano de pimienta que asienta en las capas profundas de la coroides recubierta por el desprendimiento de retina de mayor extensión que el cuerpo tumoral y con líquido subretiniano coagulado.

Melanosarcoma de la coroides. Informe del Dr. LUIS IRIGOYEN.

OBSERVACIÓN 4

Es a nuestro juicio la más interesante. Un desprendimiento de retina que ocupaba la mitad inferior del globo, invitaba al diagnóstico de desprendimiento idiopático, sin embargo el curso de la exploración demostró la presencia de una neoformación endobulbar.

I.C., 40 años, polaco, casado, albañil.

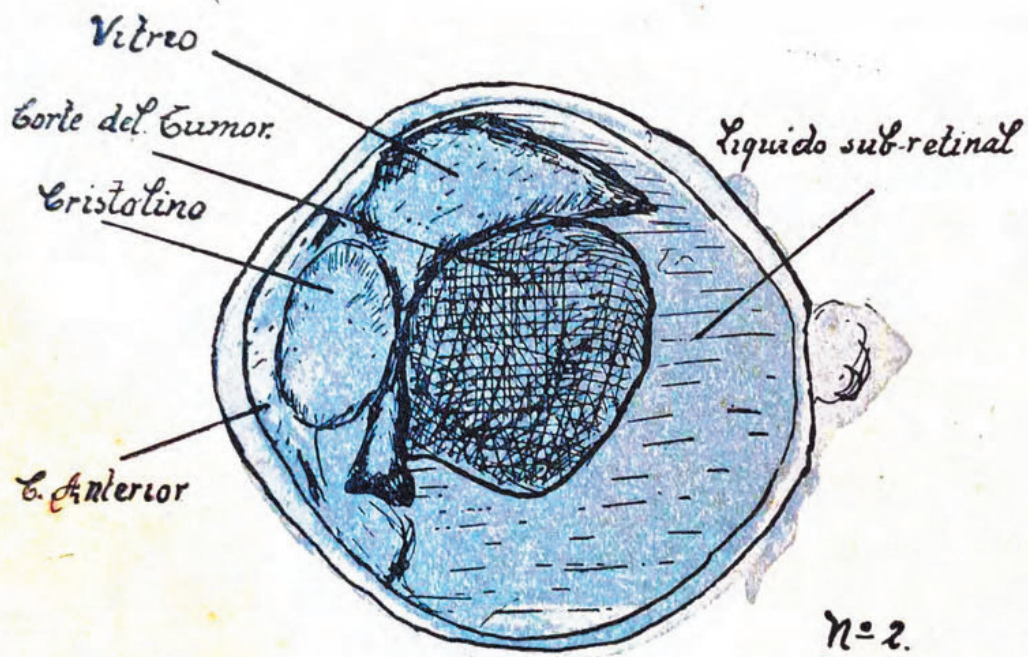
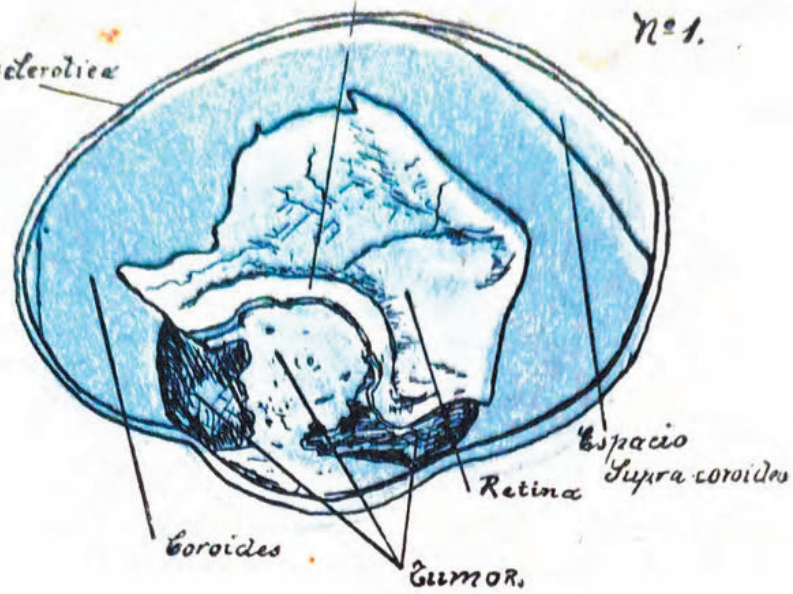
Antecedentes — Sin importancia.

Enfermedad actual — El 9 de junio de 1950 concurre al C. Externo por que nota desde hace 24 horas se le nubla la mitad superior del campo de visión del ojo izquierdo. Este episodio lo alarmó, pero

Superficie Retinal del tumor.

Nº 1.

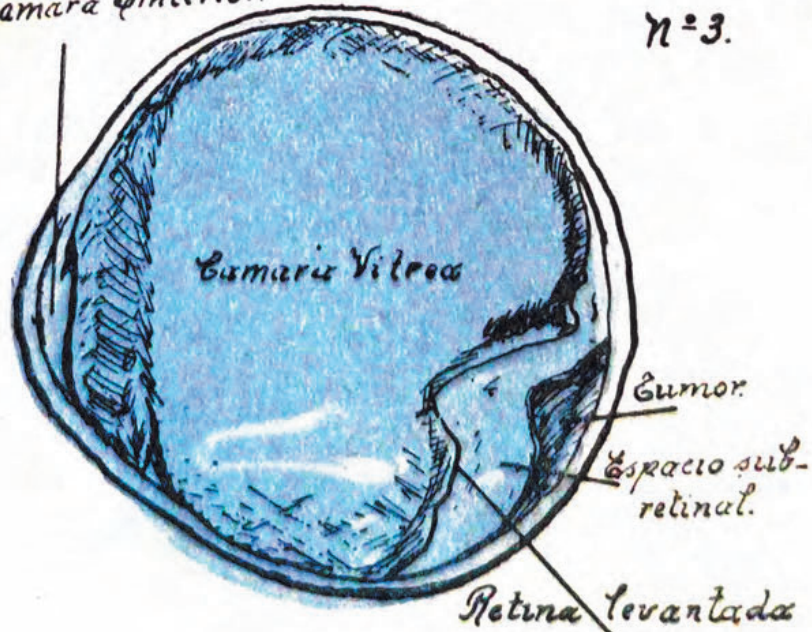
Esclerótica

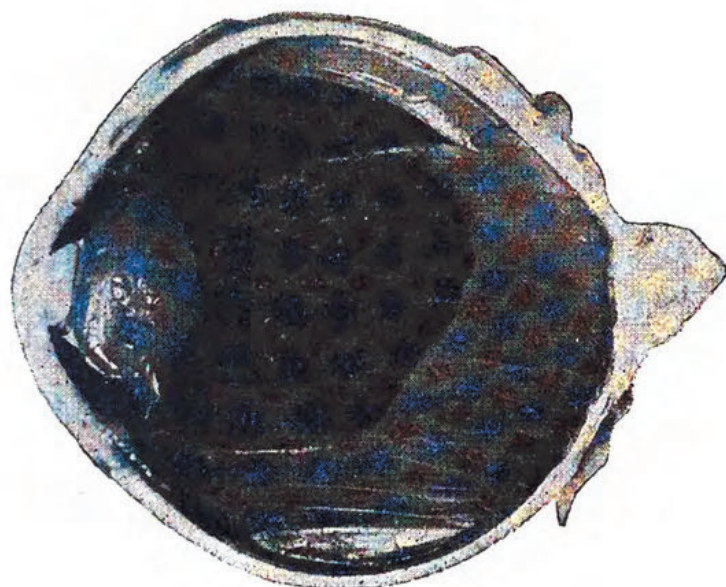
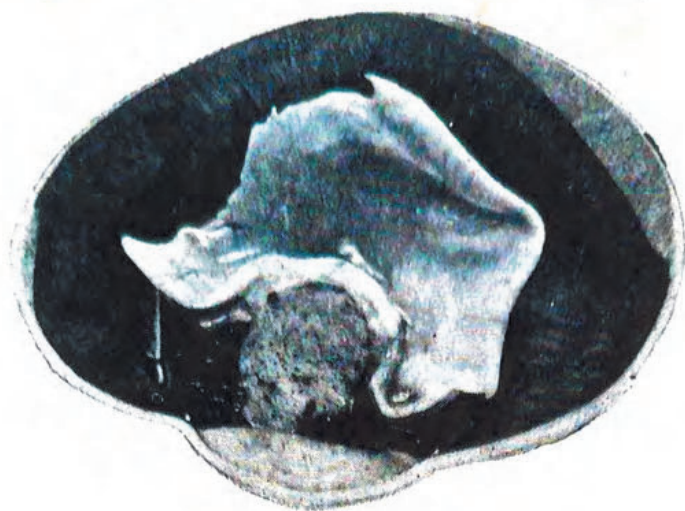


Nº 2.

Camara Anterior

Nº 3.





en realidad desde hacía unos meses notaba disminución de la visión y deformación de los objetos.

Estado actual — O.I. Cornea, sensibilidad anestésica en sector al cuadrante inferior externo.

Visión bultos. Campo visual: conservación del campo inferior ligeramente reducido. Cámara anterior, iris sin particularidades.

Dibujos B, C

Fondo de ojo O.I. se nota un amplio desprendimiento de retina que ocupa la mitad inferior del ojo desde las vecindades de la mácula hasta la periferia respetando solo parcialmente al parte superior del cuadrante nasal. La retina desprendida tiene el color blanco azulado característico de un desprendimiento, los vasos propios de la retina son más oscuros que lo habitual y también más sinuosos. No podemos hablar de un levantamiento hemisférico sino de una retina desprendida en bolsa con borde superior bastante neto.

Dibujo B

Sin embargo pese a que la primera impresión invitaba a considerar el desprendimiento como idiopático notamos ciertas características que nos hicieron dudar y pensar en la posibilidad de un levantamiento de retina secundario. Estas eran, la retina fija, no ondulante con los movimientos del globo y a pesar de los repetidos exámenes no se pudo localizar ningún desgarró. Observando el borde de la bolsa nos encontramos que la transición al plano retiniano se hace por una serie de pliegues paralelos muy juntos que se abren en un suave abanico a medida que se alejaban del punto de mayor prominencia del desprendimiento. El dato anamnesico tal como suministraba el enfermo que, desde hacía unos meses percibía una deformación de los objetos, juntamente con la ausencia de causas predisponentes al desprendimiento de retina (miopía, degeneración cistoidea, desprendimiento del vítreo) y de causas determinantes como un traumatismo, nos llevó a pensar de que el desprendimiento de retina observado era secundario a un proceso anterior cuya tórpida evolución no alarmó al paciente hasta que la brusca y notable pérdida de la visión se instaló.

Sometido a reposo en posición semi sentado el cuadro no se modificó. La trasiluminación no contribuyó a aclarar el diagnóstico pues

la pupila se iluminaba en todos los sectores y la trasiluminación asociada con la oftalmoscopia simultanea no fué tampoco ilustrativa. En estas circunstancias se resolvió practicar una punción exploradora.

El 22 de junio se practica la intervención colocan la punción exploradora a 14 mm. del limbo a la altura del borde externo del recto inferior, extrayendose sin dificultad 1 cc. de líquido amarillento y trasparente de aspecto albuminoso.

Dibujo C

Examinado a las 24 horas, el paciente presenta marcada disminución del desprendimiento, cambiando totalmente su aspecto oftalmoscópico. Próximo a la mácula de observa un levantamiento hemisferico de bordes netos color amarillento y tenuemente pigmentado persistiendo los pliegues paralelos que ya hemos remarcado correspondientes a la zona de transición entre la retina levantada y el plano normal. La búsqueda del desgarro sigue siendo negativa.

Se propone al enfermo la enucleación que no acepta. Exáminado hace diez días la retina conserva su levantamiento hemisferico con tendencia a aumentar nuevamente su volumen. El enfermo no ha decidido la intervención.

CONSIDERACIONES

Dos aspectos clínicos pueden presentar al oftalmólogo los portadores de tumores endobulbares: 1.º, los que llegan precozmente a la consulta guiados por una manifestación subjetiva que los inquieta, aquí el examen oftalmoscópico es posible y el diagnóstico de tumor llega a imponerse; 2.º, aquellos que no habiendo experimentado ningún sintoma o restado importancia a los que existian, concurren a la consulta cuando tiene lugar la instalación de una complicación grave, que impidiendo el examen oftalmoscópico solo permiten sospechar el diagnóstico.

Analizando la sintomatología de los del primer grupo y tal como ha ocurrido en nuestras observaciones, siempre huban un síntoma subjetivo que llevó al paciente a examinarse, aquí el oftalmoscopio dió la clave del diagnóstico. Cuando la neoformación es muy incipiente puede no comprobarse el levantamiento de retina, el color gris-pizarra de la neoformación y la ausencia de alteraciones a nivel de los vasos muy difícil el diagnostico diferencial entre uns nevus y un melanoma maligno y entre este y una hemorragia coroidea. El cuadro

estacionario para el primero sin manifestaciones objetivas ni modificación objetiva, el origen brusco y las pequeñas alteraciones a nivel de los vasos permiten el diagnóstico de la última, siendo a veces la evolución lo que aclara el problema.

Cuando el crecimiento continua se produce el desprendimiento de retina y el diagnóstico diferencial con el desprendimiento idiopático es el que asume mayor importancia. Son características del desprendimiento tumoral la coloración ligeramente amarillenta de la zona afectada, la presencia de acúmulos de pigmento, el levantamiento de forma hemisférica circunscripta, casi sin pliegues sobre la superficie, dando la sensación de bolsa tensa, que no vibra ni ondula con los movimientos del globo. Los vasos propios de la retina trepan sobre la superficie del tumor con sinuosidad menos marcada y tonalidad menos oscura que en el desprendimiento idiopático. La ausencia del desgarro es la regla y la visualización de una red vascular propia del tumor situada en un plano subyacente al de los vasos retinianos certifican la presencia de una neoformación.

En nuestras observaciones 1 y 3 casos confirmados de melanosarcoma corioideo y en la 4 (en estudio) nos llamó la atención el aspecto similar de la retina vecina al levantamiento tumoral, se observan una serie de pliegues retinianos finos, muy juntos, y paralelos que corresponden a la zona declive entre el tumor y el plano retiniano y que al alejarse de la parte central del borde de tumoración se abrian en forma de abanico. La repetición de esta característica fué de importancia para la interpretación de nuestra cuarta observación a cuya historia nos remitimos y que permitió el diagnóstico de desprendimiento secundario.

Por lo que respecta al segundo grupo o sea a aquellos que concurren una vez instalada la complicación el diagnóstico de certeza es casi imposible, una irido-ciclitis, o una hemorragia intraocular acompañadas de glaucoma secundario irreducible, deben ser motivo de sospecha de un tumor.

NEAME y KAHN, citados por DUKE ELDER estudiando histológicamente 402 ojos enucleados en las condiciones mencionadas, hallaron que el 10 % de ellos correspondían a tumores malignos ignorados.

Un ojo ciego, doloroso con glaucoma secundario y sin explicación razonable del origen de su afección debe ser considerado como sospechoso portador de un tumor maligno, y es aconsejable su enucleación.

Sintetizando la rutina del examen diagnóstico de los tumores endobulbares, ocupa el primer plano la observación oftalmoscópica di-

recta, pudiendo ser de mucha utilidad la oftalmoscopia con la lámpara de hendidura y el cristal de GOLDMAN que facilita la visualización de los vasos de neoformación y que a nuestro entender certificarían por su presencia la existencia de un tumor. La lámpara de hendidura en casos de tumores muy anteriores aportará un juicio definitivo. Como métodos accesorios consideramos la trasiluminación estudiando el reflejo pupilar o asociada a la oftalmoscopia preconizada por LINDAHL; la investigación de la sensibilidad de la cornea (SEDAN, OURGAND y MORENON) y por último la punción exploradora ya sea de la cámara anterior o del espacio subretiniano, con investigación de células neoplásicas.

Las observaciones que hemos puesto a consideración de VDES. nos llevan al punto neuralgico de nuestro tema, es decir su diagnóstico ya que el pronóstico y tratamiento dependen fundamentalmente del primero, que conduce a tomar medidas terapéuticas radicales por nadie discutidas y de cuya precocidad depende la supervivencia del enfermo.

VALOR PROPEDEÚTICO DA POST-IMAGEM RETINIANA

DRA. MARIANA NORONHA

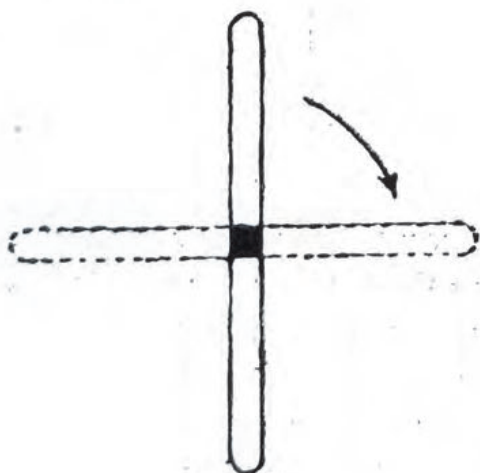
Assistente da Clínica Oftalmológica da Universidade de Minas Gerais

INTRODUÇÃO

Post-imagem é aquela que perdura na retina por algum tempo e nos permite estudar assim a sua direção visual, ou melhor, sua localização espacial subjetiva.

HERING foi o primeiro a usá-la, encontrando aí uma prova simples e convincente da unidade do campo binocular.

Sabemos da existência dos pontos retinianos correspondentes, isto é, aqueles pontos que têm uma direção visual comum, localizando cada um sua imagem num mesmo ponto do espaço e resultando assim uma imagem única.



1

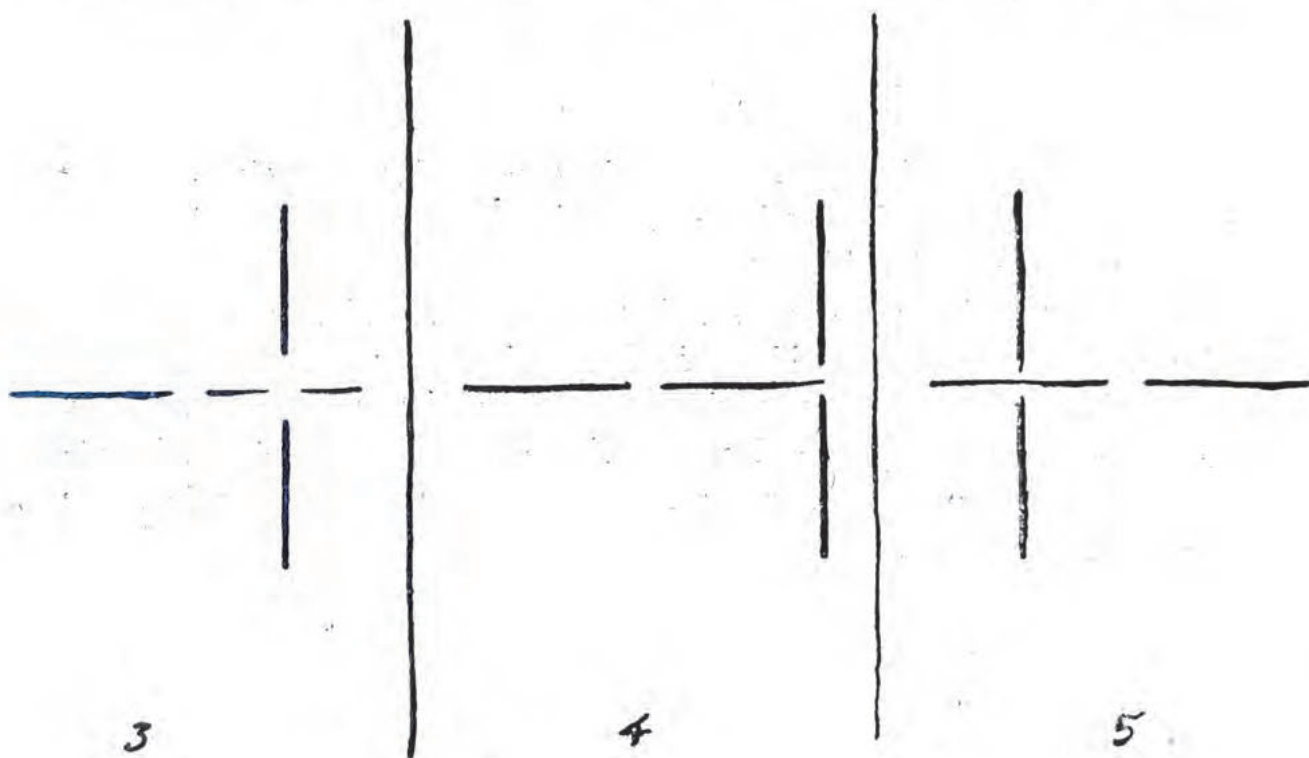


2

Sendo foveas pontos correspondentes por excelência, os estímulos que reagem na mácula direita e na mácula esquerda vão produzir duas imagens localizadas numa mesma e única direção visual, isto é, uma imagem única resultante.

TESTE DA POST-IMAGEM

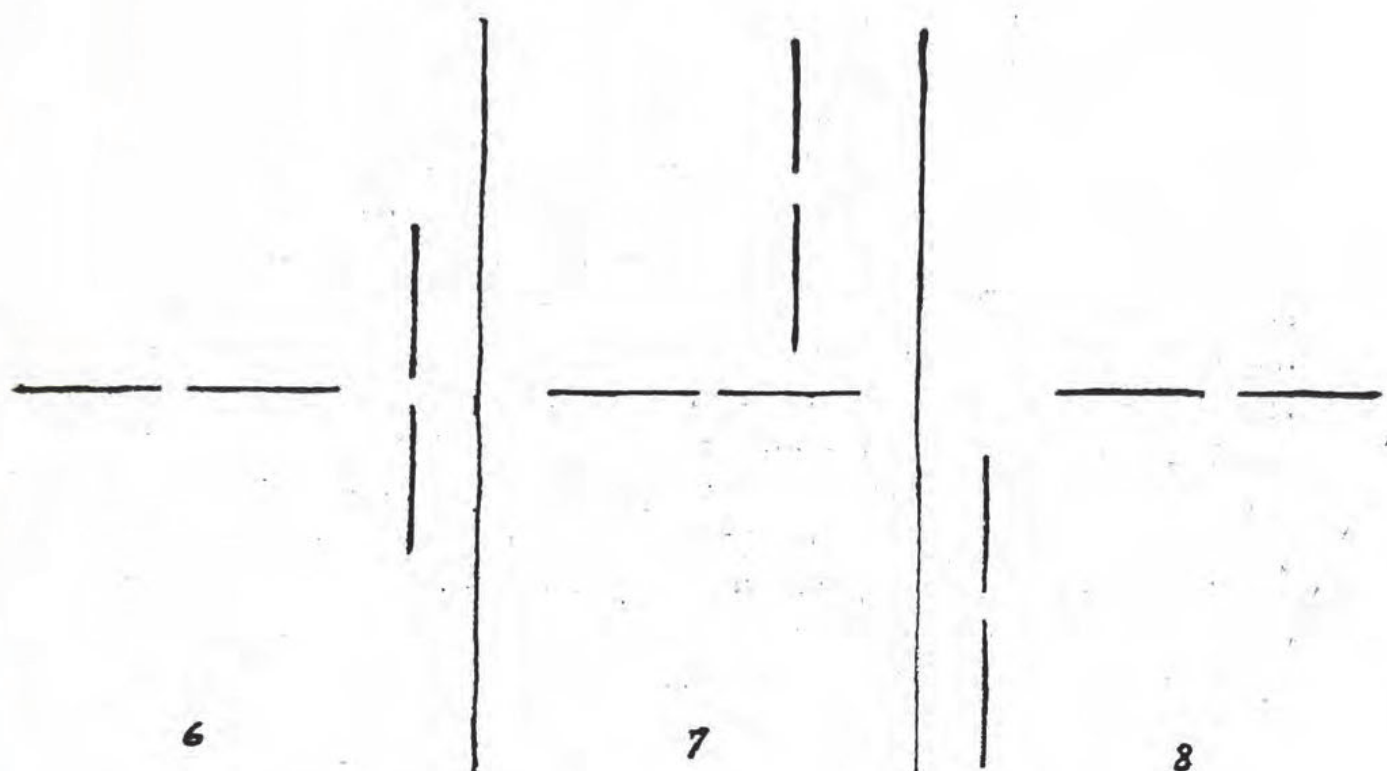
Modificado por TSCHERMAK, praticado por BIELSCHOWSKY e muitos outros pesquisadores modernos, o teste post-imagem consiste em estimularmos a formação de uma imagem na mácula do O.D., outra naquela do O.E. e verificarmos se as relações sensoriais são normais. Usamos o aparelho de BIELSCHOWSKY constituído de uma lâmpada elétrica que pode ser colocada tanto no sentido horizontal



como no vertical. Seu filamento é interrompido no centro por um anel opaco preto em cuja parte central está um ponto de fixação vermelho. Este ponto deve ser fixado pela mácula e o resto do filamento impressiona a retina perimacular.

Se por exemplo damos ao O.D. um estímulo horizontal durante dez segundos e ao O.E. o mesmo estímulo no sentido vertical, e sabido que as máculas fixaram pontos opacos do filamento, compreenderemos que a imagem resultante para os dois olhos será a imagem única de uma cruz com uma falha central correspondente à localização espacial única das duas máculas. Se estas duas falhas não se

superpõem a localização espacial não é a única e a correspondência retiniana não é normal.



As imagens observadas com os olhos fechados num quarto escuro são chamadas positivas e aquelas com olhos abertos na claridade são as negativas.

Vários métodos existem para determinação desta correspondência retiniana, onde se destaca a medida nos haploscópios (como o sinoptóforo) do ângulo objetivo e do subjetivo. Na correspondência anômala da retina êsses ângulos são diferentes.

O valor dos testes varia com os autores e as estatísticas da correspondência anômala da retina variam em função do aparelho usado, da idade do paciente, etc.

Alguns autores encontraram muito maior número de casos de correspondência anômala da retina com o teste da post-imagem; outros como SMITH acham o sinoptóforo o melhor de todos.

H. M. BURIAN diz: "Não estou preparado para dizer que há um método melhor para determinação da relação sensorial da retina" e termina explicando que sendo tão variados os aparelhos não é surpresa que os observadores cheguem a resultados tão diversos.

CONCLUSÕES

Em nossas 141 observações no serviço do professor HILTON ROCHA em Belo Horizonte, concluimos que não se deve usar somente um teste para deduzir sobre relação sensorial da retina; a comparação é sempre útil. Nós usamos o Sinoptiscópio e a post-imagem; achamos que no sinoptiscópio (e aqui concordamos com BRIAN) a condição de ver não é tão puramente sensorial, o paciente encontra uma situação parecida com a sua condição natural de ver; é mais fácil a informação, mas não oferece o rigor da post-imagem. Temos muitas vezes encontrado correspondência normal na post-imagem e anômala ao sinoptiscópio, mas nunca encontramos o inverso. Isto é, nas nossas observações, em que sempre utilizamos os dois métodos, duas possibilidades existem no achado de uma correspondência anômala: Ou os dois testes coincidem, e neste caso trata-se de uma anomalia profunda ou antiga de tratamento difícil; ou a anomalia registrada do sinoptiscópio não o é na post-imagem denunciando isto uma anomalia superficial ou recente de tratamento em geral menos difícil.

Devemos usar pelo menos dois testes para correspondência anômala. Um haploscópio e a post-imagem.

E' difícil a aplicação do teste da post-imagem em crianças abaixo de cinco anos inclusive; mas nessa idade o sinoptiscópio satisfaz porque a correspondência anômala quer seja superficial ou profunda é então passível de tratamento.

Devido à supressão as grandes ambliopias dificultam o exame. Por isso devemos aumentar o tempo da exposição do filamento iluminado para o olho ambliope.

E' indiferente para nós se o olho estrábico seja ou não o fixador do filamento horizontal.

O exame da post-imagem deve ser feito após cada série de exercício ortóptico para contrôlo.

As vezes encontramos caso em que o paciente suprime por exemplo um dos braços da cruz, indicando que aquela porção da retina periférica está suprimindo e dá idéia do campo visual.

Em dois pacientes adultos verificamos a ausência da post-imagem positiva e negativa. Podemos atribuir a uma hipo-avitaminose A?

A adaptação luminosa muito retardada e a parasitose intestinal exuberante dão força a esta hipótese.

O FUNDO DE ÔLHO NA LINFOGRANULOMATOSE VENÉREA (*)

DRS. ERASTO PRADO, CARLOS DA SILVA
LACAZ e JOSÉ LUCAS DE SOUZA
São Paulo

A linfogranulomatose venérea não se limita aos gânglios inguinais, como pensavam os AA. antigos. Como a sífilis, é ela também sistêmica e proteiforme, capaz de produzir sintomas à distância, manifestações posteriores e mais avançadas ao estágio venéreo propriamente dito.

CERUTTI e PAVANATI (30) já afirmavam que “ela esulava dal campo ristreto della venereologia per invadire quelli piú vasti della medicina generali e dela cirurgia”.

A inoculação experimental em córnea de coelhos, provoca lesões interessantes. VAN ROOYEN e RHODES (257) que fizeram estas experiências usaram as células epiteliais da córnea como ótimo processo para evidenciar os grânulo-corpúsculos de Miyagawa.

Deixando o campo experimental pela clínica, devemos referir as observações de LEVADITI e col. (134) os quais encontraram casos de localização inicial da moléstia nos olhos. Verificaram tumefação palpebral, conjuntivas infiltradas e proliferação folicular, seguidas de supuração dos gânglios linfáticos regionais.

VON HAAM e D'AUNOI (263), em trabalho com 461 casos coligidos, citam um doente com conjuntivite bilateral, dor nos olhos e fotofobia.

KORNBLITH (120) refere hemorragia em chama de vela no fundo de olho de um paciente com L.V.

(*) Apresentado às VI Jornadas Brasileira de Oftalmologia.

LIEBREICH e GOTTLIEB (in MACNIE — 146) referem-se a um caso de episclerite, associada a uma erupção cutânea, a artrite linfogranulomatosa.

HELLERSTROM e KOPPEL (in CERUTTI e PAVANATI — 30) relataram um caso de conjuntivite flictenular.

HUNTER, citado por CERUTTI e PAVANATI (30), descreveu por sua vez edema palpebral num doente com linfogranulomatose inguinal. E, atualmente, admite-se, mesmo, que a conjuntivite de PARINAUD e o granuloma de MORAX nada mais sejam que localizações primárias da moléstia.

ESPILDORA LUQUE e COUTTS (59) procuraram estabelecer relação entre a linfogranulomatose venérea e determinadas afecções oculares como o pterígio, a retração progressiva do saco conjuntival anoftálmico e a dacriocistite, processos todos êsses histologicamente benignas, mas de tratamento sujeito a reveses desconcertantes. Citam a favor desta teoria, a positividade da intradermo-reação de FREI, os achados típicos no exame de fundo de olho e a ocorrência dos corpúsculos de MIYAGAWA — forma visível do vírus linfogranulomatoso nos esfregaços de secreção conjuntival dos portadores destas afecções, e finalmente rápida melhora pelo uso das sulfas.

Examinando 120 doentes com lesões primárias e terciárias de origem linfogranulomatosa, 104 apresentaram no esfregaço conjuntival os corpúsculos de MIYAGAWA. Dêstes 104 doentes, 70 apresentavam reação de FREI positiva e a tríade de FUNAKAWA (apagamento do contorno papilar, aumento do calibre e tortuosidade das veias retinianas). Quanto aos 16 casos restantes com o esfregaço negativo, o FREI e a tríade de FUNAKAWA foram encontrados algumas vezes.

A sintomatologia ocular foi relacionada com a moléstia de NICOLAS-FAVRE, pela primeira vez, por FUNAKAWA (77). Fazendo o exame oftalmológico sistemático em doentes com linfopatia venérea, observou aumento de calibre e tortuosidade dos vasos peripapilares.

KITAGAWA, citado por MAY (159), retomando o assunto, verificou tratar-se mesmo de um discreto edema peripapilar, acompanhado de engrossamento e tortuosidade das veias retinianas, sinais êsses tanto mais nítidos quanto mais próximo da papila.

A essa tríade — edema papilar, engrossamento e maior tortuosidade das veias retinianas — denominou-se sinal de FUNAKAWA-KITAGAWA.

VERGARA (in BARRIERE e MAY — 8) examinando 10 casos, sendo 2 sem reação de FREI positiva, verificou manifestações oculares em

oito. Cinco apresentavam-nas bilaterais e três em um dos olhos apenas.

Além da tríade de FUNAKAWA e KITAGAWA, VERGARA (in BARRIERE e MAY — 8) refere-se também a uma coloração arroxeadada dos vasos papilares, coloração esta que se absteve de interpretar.

ESPILDORA LUQUE e col. (in MAY — 159) examinaram 100 casos de L.V. Em 32 dêles nada encontraram de anormal. Em 49, entretanto, o exame do fundo de olho revelou-se com alterações típicas, características mesmo da moléstia. Quanto aos 19 casos restantes, as alterações não eram típicas e quase sempre o edema papilar estava ausente.

Fez uma descrição de seus achados hoje considerada clássica: — “Papila rogisa plana, de bordos borrosos, pero no polventados. Alderedor de la papila, un franco edema retiniano de coloracion grisaceo. Pero lo más carateristico es la enorme dilatacion de las venas, y la acentuada tortuosidad. Lhama la atencion el intenso color negrusco, rojo mui escuro de la coluna venosa, tanto mas notable quanto mayor es el edema retinal. Quíça sea este aspeto solo un contraste de todos modos es una alteracion digna de anotar-se”.

COUTTS (42), repetindo os trabalhos anteriores, examinou 12 doentes com epididimite linfogranulomatosa, observando em todos êles o sinal de FUNAKAWA-KITAGAWA.

Para êste autor, aliás, um diagnóstico bem feito da linfogranulomatose venérea deve basear-se em:

- 1) Reação de FREI.
- 2) Biópsia.
- 3) Exame de fundo de olho.

A primeira contribuição brasileira sôbre o assunto, coube a LACAZ e SIQUEIRA (122). O doente era portador de epididimite linfogranulomatosa, já comprovada pela reação de FREI positiva e biópsia, não referindo sintomas oculares. Fez exame oftalmológico (JUNQUEIRA FRANCO), que verificou desaparecimento do bordo temporal da papila esquerda, si bem que ambas estivessem com edema peripapilar.

LACAZ (124), prossequindo em suas observações, examinou mais 20 casos da moléstia. Dezoito eram portadores de adenopatia inguinal e os outros dois de retite estenosante. Sòmente nos dois últimos e num, dentre os primeiros, foi negativo o sinal de FUNAKAWA-KITAGAWA.

Ainda em 1941, RODRIGUES DIAS (215) praticou o exame de “fundus” em alguns doentes, nada encontrando de especial, que pudesse considerar característico.

MOTTA (172) depois de ter a sua atenção chamada sobre o assunto pelos professores MAY e BARRIERE, procurou verificar as lesões oculares em doentes do Serviço Gafrée-Guinle (Rio).

Todos os seus seis doentes, examinados pelo Dr. WILTON FERREIRA, apresentavam as alterações já referidas.

VASQUES-BARRIERE e MAY (8), fazendo um apanhado geral sobre a questão, concluem que: — as alterações corneanas têm valor de probabilidade reduzido, pois foram encontradas apenas em 28 % dos casos. Tal valor aumentaria si coincidissem com as alterações do fundo do olho e hipotensão ocular.

Classificaram igualmente as manifestações do “fundus” em 4 grupos:

- 1) Dilatação venosa simples.
- 2) Congestão dos bordos papilares + coloração violácea + aumento do calibre e tortuosidade das veias.
- 3) Edema papilar; vasodilatação generalizada às artérias e veias.
- 4) Franco edema do bordo papilar com proeminência acentuada de toda papila.

Os dois primeiros grupos teriam valor de probabilidade, o 3.º de quase certeza e o último de certeza absoluta, se acompanhado de FREI positivo e outras manifestações clínicas.

A interpretação do sinal de FUNAKAWA-KITAGAWA ainda é assunto aberto a estudos, sujeito a controvérsias. Antes de tudo é preciso frisar que ele não ocorre em cem por cento dos casos. A sua positividade tem por isso o mesmo valor de uma reação de WASSERWANN positiva. É apenas um dado a mais a ser acrescentado ao exame clínico.

A primeira tentativa de interpretação foi relacioná-lo às alterações liquóricas e meníngeas. De fato, o próprio sistema nervoso não escapa à fase secundária da moléstia. Além de um especial tropismo do vírus para o tecido nervoso — o que foi provado experimentalmente — a moléstia determina, segundo alguns AA., alterações liquóricas.

Pesquisadores uruguaio verificaram positividade da reação de FREI em doentes com epilepsia essencial e Jacksoniana, atrofia muscular progressiva, esclerose medular e tabes, doentes todos esses sem passado luético e sem alterações liquóricas.

BAILLIART (cit. por LACAZ — 124) estudando a hipertensão retiniana, como relator do tema ao XV Concilium Ophtalmologicum (Egito — 1939), afirma que o estado serpiginoso dos vasos peripapilares — sem hipertensão e fora mesmo de qualquer estado patológico, já é conhecido desde há muito tempo.

Mesmo em olhos normas, é difícil assinalar o limite da normalidade em relação à tortuosidade dos capilares peripapilares, tal a fragilidade e delgadeza de suas paredes.

O edema, por sua vez, não se explicaria pelo aumento de pressão líquórica simplesmente. Pois nem sempre há aumento das pressões arterial e líquórica, aumentos êstes que falaria a favor de uma hipertensão retiniana.

Por outro lado, a sífilis, as auto-intoxicações crônicas, os tumores cerebrais e os focos infecciosos costumam dar também a papila de estase.

Daí RISER (cit. por BARRIERE e MAY — 8) procurou relacioná-lo à retenção clorada, observada em alguns doentes, à uremia e ainda às reações meníngeas asséticas, devidas a lesões vasculares cerebrais.

Examinámos, para êste trabalho, um total de 87 doentes, em tôdas as fases da moléstia, inclusive, mesmo, doentes que só voltavam para contrôle de cura.

Dois pacientes, que apresentavam um dos olhos eviscerados, não entraram no cômputo dessa estatística.

Em todos êles, tivemos a precaução de fazer refração preliminar e, tôdas as vêzes que encontrámos diminuição da acuidade visual, sempre foi possível relacioná-la à ametropia e corrigi-la com refração.

As alterações que encontrámos, embora não presentes em 100 % dos casos, permitem-nos concluir que o seu aparecimento é quase simultâneo à eclosão da sintomatologia clínica, tendendo a persistir durante tôda a evolução da moléstia, e, mesmo depois da cura.

Os 71 casos foram classificados clinicamente como segue:

Cancro (genital e anal)	9
Bubão	8
Protite simples	36
Estreitamento (com ou sem protite, estiômeno, etc.)	25
Assintomáticos	9

LESÃO INICIAL

Dos 9 casos de lesão inicial (cancro), a maioria veio ao exame nos primeiros dias da moléstia, tendo o que mais tardou, aparecido um

mês após a eclosão dos sintomas clínicos. Foi êle também classificado neste primeiro grupo, porquanto ainda apresentava lesão primária.

Dos 9 doentes examinados, 6 tinham a tríade de FUNAKAWA-KITAGAWA completa em ambos os olhos, o que deu porcentagem de 66,6.

BUBÃO

Dos 8 casos examinados, 5, numa porcentagem de 62,5, apresentavam tríade completa em ambos os olhos.

PROTITE

Neste grupo foram examinados 36 doentes, sendo que 24, ou seja 66,6 % apresentavam tríade completa em ambos os olhos.

ESTREITAMENTO

Êste grupo inclui 29 doentes, dos quais 25 apresentavam tríade em ambos os olhos, sendo, portanto, a porcentagem de 86,2.

ASSINTOMÁTICOS

Êste grupo é constituído por 9 casos, dos quais 6 tinham a tríade completa nos 2 olhos, resultando daí a porcentagem de 66,6.

Considerando em conjunto, verificámos que, entre os 87 doentes, os três elementos da tríade de FUNAKAWA-KITAGAWA não apareceram com a mesma constância.

Houve maior incidência da tortuosidade das veias retinianas que apareceu em 75 dos 87 casos examinados (86,2 %). Em segundo lugar, vêm as alterações do calibre venoso, que apareceu aumentado em 73 dos 87 doentes (84,0 %), e finalmente o apagamento do contôrno papilar que foi encontrado apenas em 66 casos dos 87 examinados (76,0 %).

Frizamos que o apagamento era muito variável nas suas características de intensidade e de localização, preferindo esta os quadrantes inferiores e o setor nasal.

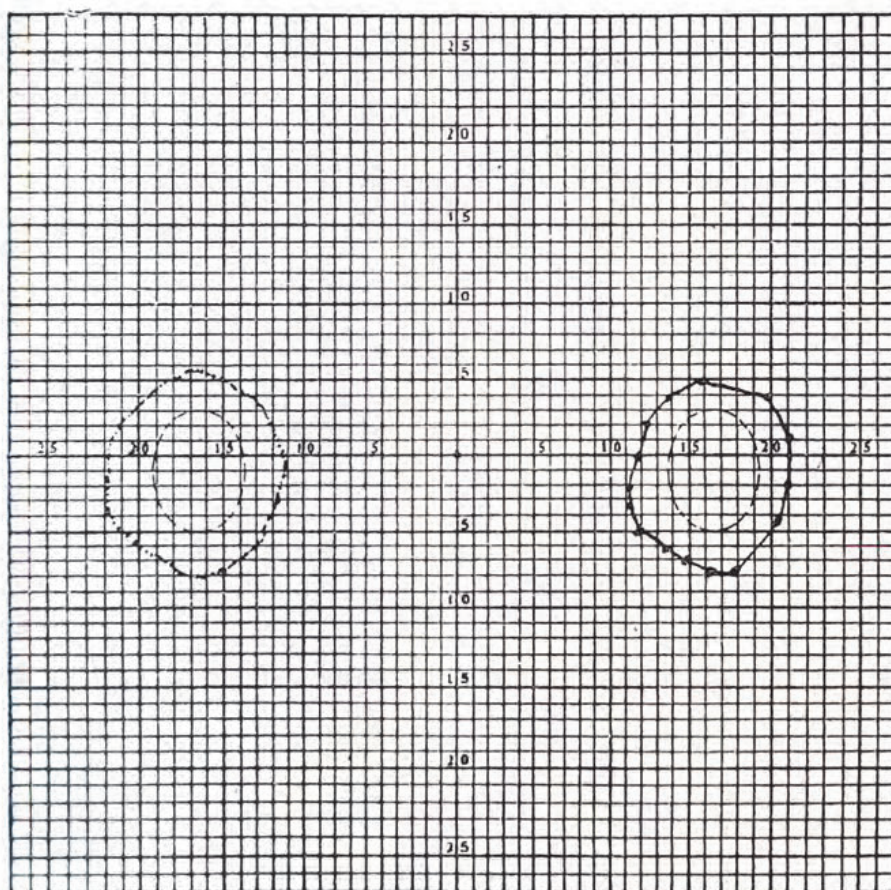
Quanto à intensidade desprezámos, para fins de estatística, todos os casos em que a sua evidência nos pareceu duvidosa. Tivemos a oportunidade de fazer exames seriados em alguns desses doentes. Em certos casos esses exames foram repetidos duas ou três vezes, acompanhando a evolução do processo. Nossa observação permite afirmar que o apagamento é evidente desde os primeiros dias de

moléstia, tende a se intensificar com a evolução da infecção e persiste ainda após a cura clínica. Houve casos, mesmo, em que foi verificada sua presença muito tempo depois quando o doente voltava ao exame apenas para contrôlo de cura.

A explicação etiopatogênica da tríade de FUNAKAWA-KITAGAWA ainda é campo aberto para controvérsias. O que não se pode, contudo, é negar-lhe a existência e o valor como subsídio ao diagnóstico clínico.

A sua presença foi confirmada em nossos doentes pelo exame de campimetria, que sempre evidenciou perfeita concordância dos achados campimétricos com o exame de fundo de olho.

N. da R. — Acompanham o presente trabalho 92 descrições de casos clínicos. Na impossibilidade material de transcrever todas as observações, de acôrdo com os A.A., apenas são publicadas 5 histórias dos pacientes, bem como os achados campimétricos.



OBSERVAÇÃO N.º 7

Sebastiana B., branca, feminina, 40 anos, casada, doméstica, brasileira (Ribeirão Preto).

Diagnóstico Proctológico: Estreitamento com protite + fístulas.

Exame Oftalmológico: Ausência de queixa ocular.

Refração: O.D. 1/3 (sem melhoria com lentes).

O.E. 1. R + 0,5.

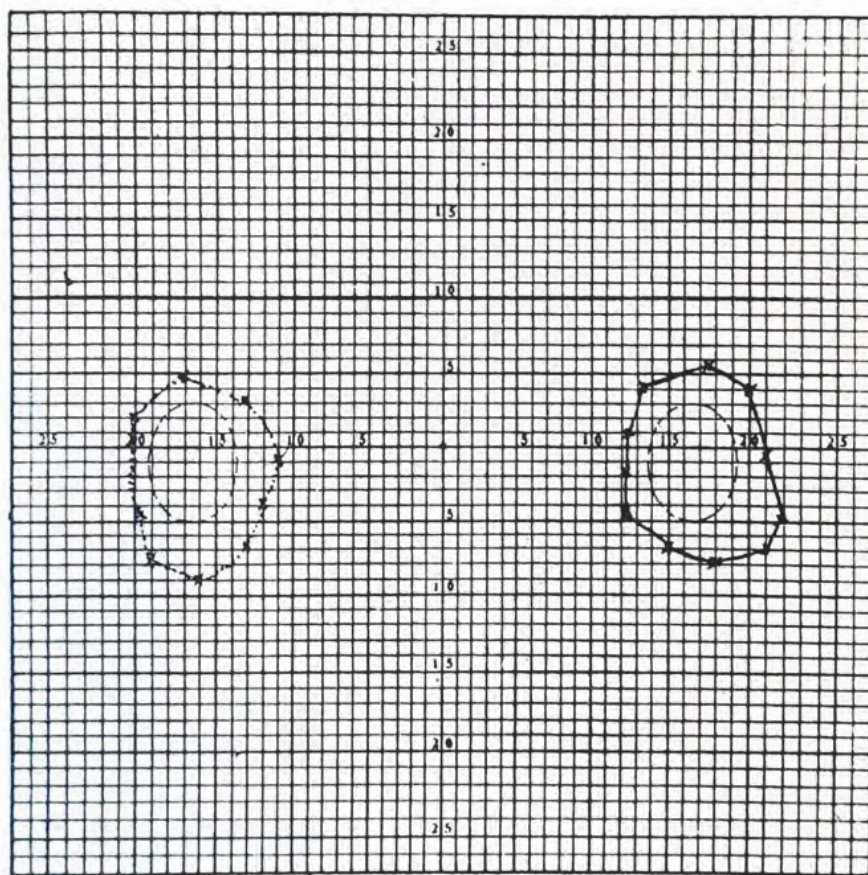
Fundus: O. D. Papila com acentuado apagamento na metade nasal de seu contôrno, onde quase se continua sem limite certo com a retina envolvente.

Veias: De calibre aumentado e de trajeto bem tortuoso.

O.E. Papila com total apagamento dos quadrantes nasais.

Veias e Mácula: Como em O.D.

Triade completa em A.O.



OBSERVAÇÃO N.º 36

Americo M., branco, masculino, 35 anos, casado, mecânico, brasileiro.

Diagnóstico Proctológico: Protite.

Exame Oftalmológico: Ausência de queixa ocular.

Refração: A.O.: 1 R + 0,50.

Fundus: O.D. Papila normal.

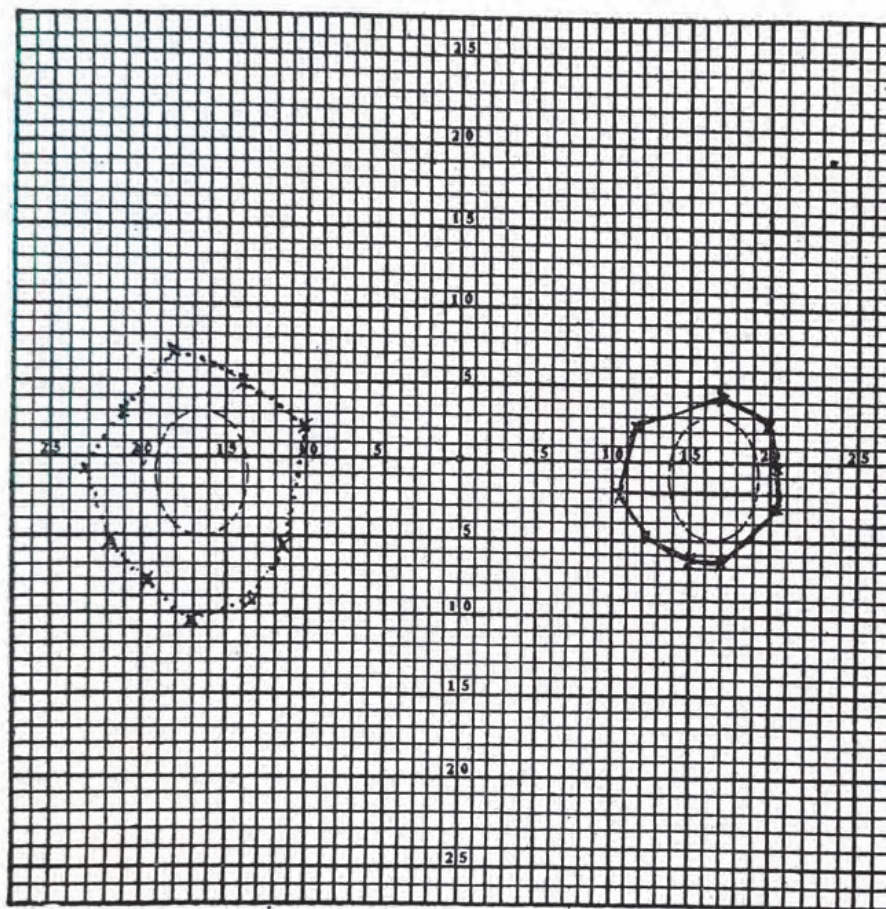
Veias: Com aumento discreto de calibre e tortuosidade.

Mácula: Normal.

O.E. Papila com diminuição de nitidez do contôrno, apagamento quasi total entre 9-10 horas.

Veias e Mácula: Como em O.D.

Tríade incompleta em O.D. Ausência de apagamento papilar.



OBSERVAÇÃO N.º 51

Silvino B., branco, masculino, 53 anos, casado, soldado, brasileiro.

Diagnóstico Proctológico: Protite.

Exame Oftalmológico: Ausência de queixa ocular.

Refração: Para longe A.O.: 1.M + 0,50 R + 0,75

Para perto A.O.: M + 3,00

Fundus: O.D. Apagamento discreto de todo o contôrno papilar, mas guardando perfeitamente sua delimitação.

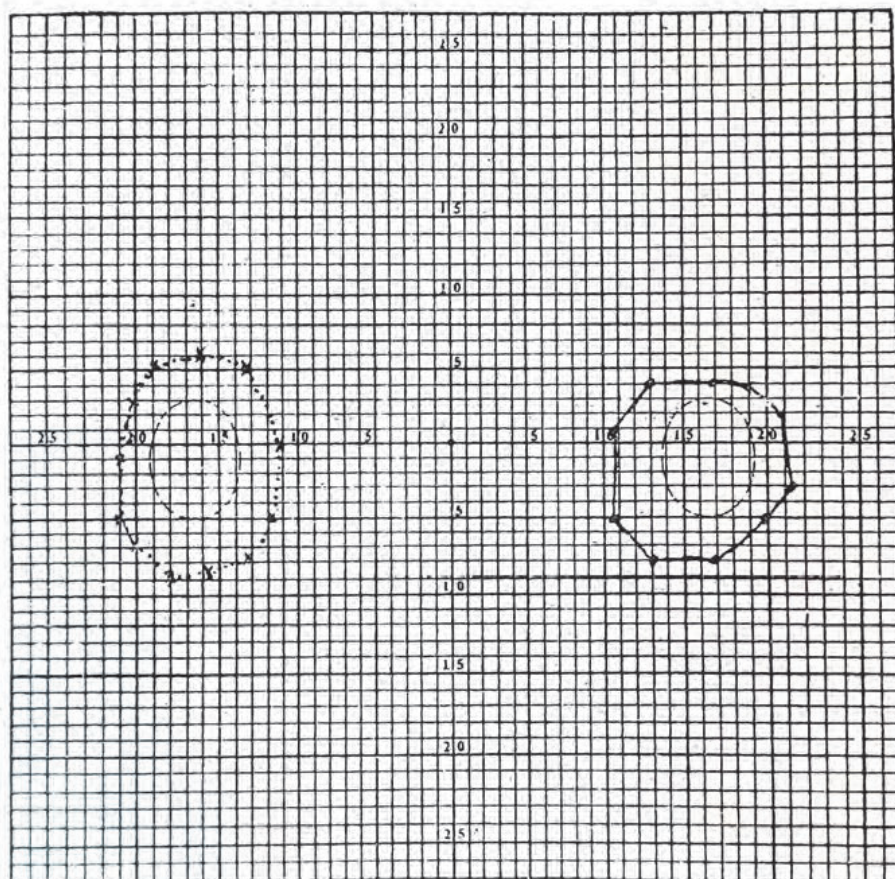
Veias: Com pequeno aumento de calibre e tortuosidade.

Mácula: Normal.

O.E. Papila com aumento acentuado do contorno na porção nasal e apagamento discreto nos quadrantes temporais.

Veias e Mácula: Como em O.D.

Triade completo em A.O.



OBSERVAÇÃO N.º 54

Luiz B.M., branco, masculino, 19 anos, solteiro, mecânico, brasileiro.

Diagnóstico Proctológico: Protite.

Exame Oftalmológico: Ausência de queixa ocular.

Refração: A.O. : 1.R. + 0,50 esf. e + 0,25 cil.

Veias: De calibre e tortuosidade normais.

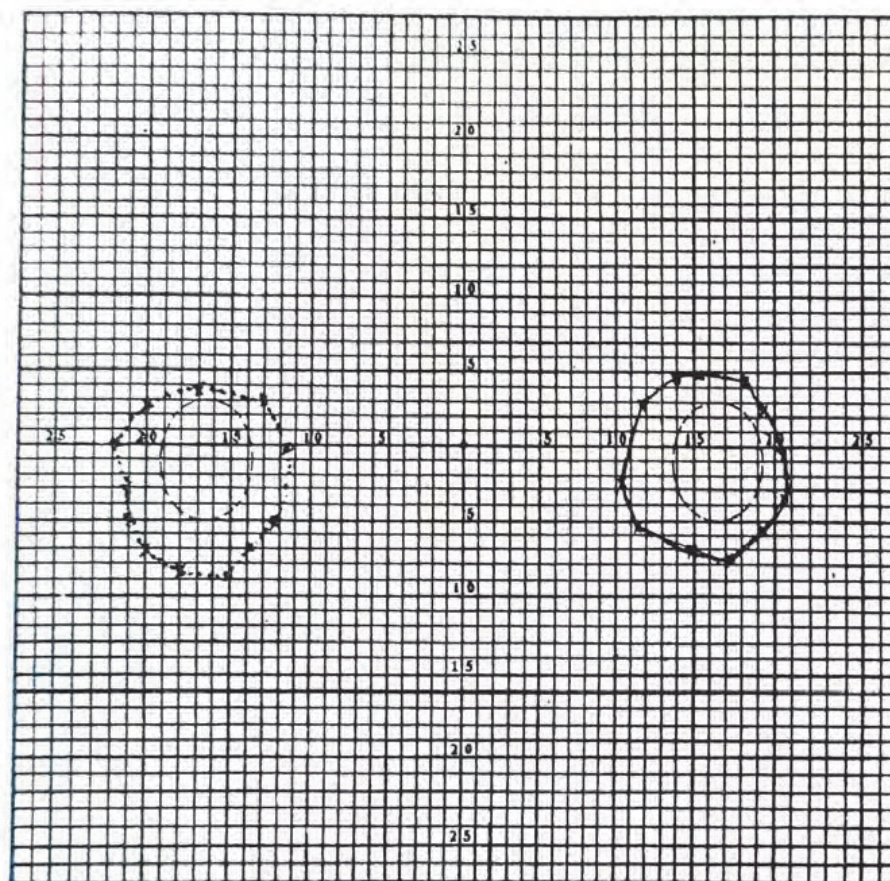
Mácula: Normal.

O.E. Papila com diminuição de contorno no lado nasal.

Veias: De calibre normal, mas apresentando tortuosidade aumentada.

Mácula: Normal.

Triade ausente em O.D.



OBSERVAÇÃO N.º 78

Clemente C. V., branco, masculino, 45 anos, casado, cabista, brasileiro.

Diagnóstico Proctológico: Assintomático.

Exame Oftalmológico: Ausência de queixa ocular.

Refração: A.O.: 1.R + 0,50.

Fundus: O.D. Apagamento papilar entre 10-15 horas, e discreto na porção restante.

Veias: Com aumento de calibre e tortuosidade.

Mácula: Normal.

O.E. Apagamento total entre 8-2 horas, e sensível na porção restante.

Veias e Mácula: Como em O.D.

Triade completa em A.O.

CONCLUSÕES

1. — Do exame oftalmológico praticado em numerosos doentes (92), não encontramos deficit de acuidade visual relacionado com a moléstia.

2. — A tríade de FUNAKAWA-KITAKAWA aparece e quasi simultaneamente com a eclosão dos sintomas iniciais da infecção.

3. — Em nenhum dos casos examinados encontramos alteração da mácula.

4. — O apagamento do contôrno papilar tem localização diversa, mas encontram-lo preferencialmente no setor nasal e nos quadrantes inferiores. A sua ocorrência foi comprovada pelo aumento campimétrico da área papilar.

5. — O aumento do calibre assim como a tortuosidade das veias retinianas são mais evidentes próximos à papila e nos quadrantes inferiores.

6. — A tríade de FUNAKAWA-KITAGAWA, embora não seja sinal patognomônico da moléstia de NICOLAS-FAVRE é subsídio de valor para o diagnóstico.

SUMÁRIO

Os AA. realizaram exame sistematizado de numerosos doentes (92), incluindo em alguns deles a prática da campimetria, pela primeira vez feita em série, no estudo desta infecção.

Comprovaram que o sinal de FUNAKAWA-KITAGAWA está realmente presente na grande maioria dos doentes de L.V. No entanto, julgam prematura qualquer hipótese sobre o mecanismo etiopatogênico de tal sinal. A frequência com que se encontra tal sinal, aliado a outros dados clínicos e de laboratório representa, sem dúvida alguma, elemento de valor para o diagnóstico da L.V.

SUMMARY

The authors systematically examined a great number of patients including a campimetry test in several of them, thus employing this method for the first time on a large scale in the study of this infection.

They prove that sign of FUNAKAWA-KITAGAWA is really present in the great majority of V.L. patients. However, they consider any hypothesis on the etiologic mechanism of the above sign premature.

The frequency with which the sign is observed together with other clinical data and laboratory findings doubtlessly constitutes a valuable aid in the diagnosis of V.L.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — CERUTTI, P. e PAVANATI, E. — *Linfogranulomatosis Inguinale Benigna*, Edz. Minerva Med. S. A. Torino, 1938.
- 2 — VAN ROOYEN, C. E. and RHODES, A. J. — *Virus Disease of Man*, Oxford University Press. Londres, 1940.
- 3 — LEVADITI, C. et al. — *Conjonctivite avec adénite due au virus de la Maladie de Nicolas-Favre*. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph. 6:1238, 1936.
- 4 — VOON HAAM, E. and D'AUNOY, R. — *Is Lymphogranuloma Inguinale a Systemic Disease ?* Am. J. Trop. Med. 16:527, 1936.
- 5 — KORNBLITH, B. A. — *Lymphogranuloma Venereum. Treatment of 300 Cases with Special Reference to the Use of Frei Antigen Intravenously*. Am. J. Med. Sc. 198:231, 1939.
- 6 — MACNIE, J. P. — *Ocular Lymphogranuloma Venereum*. Arch. Opht. 25:255, 1941.
- 7 — ESPIDORA LUQUE, C. y COURTS, W. E. — *Signos Oculares de la Linfogranulomatosis Inguinal Sub-aguda*. Rev. Méd. Chile, 62:633, 1934.
- 8 — FUNAKAWA, Y. — *Ueber den Augenbefund bei Lymphogranulomatosis inguinalis*. Acta Soc. Ophtalm. Jap. 38:1595, 1934.
- 9 — MAY, J. — *Poroadenolinfitis. — Enfermedad de Nicolas-Favre o Linfogranulomatosis Venerea*. — Montevideo. Imprensa "El Siglo Ilustrado", 1940.
- 10 — BARRIERI, V. y MAY, J. — *Las Manifestaciones Oculares en la Poroadenolinfitis o linfogranulomatosis Venerea*. Rev. Arg. de Dermatosis. 24:315, 1940.
- 11 — COURTS, E. et al. — *Digestive tract Infection by the Virus of Lymphogranuloma Inguinale*. The Am. J. of Digestive Diseases. 7:287, 1940.
- 12 — LACAZ, C. S. e SIQUEIRA, A. — *Orqueepididimite de Natureza Linfogranulomatosa*. Comunicação à Soc. Med. São Lucas, 20 Dez. 1939.
- 13 — LACAZ, C. E. — *Manifestações oculares na moléstia de Nicolas-Favre*. Rev. Med. C.A.O.C. 25:59, 1941.
- 14 — RODRIGUES DIAS, L. H. — *La Enfermedad venérea*. Bol. de los Hospitales, (Caracas), 3 e 4:1 e 15, 1941.
- 15 — MOTA, J. — *A luta Anti-Venérea e o Problema da Prostituição. Conferência do Curso de férias da Sociedade de Méd. e Cirurgia*. A Folha Médica, 5:5, 1945.
- 16 — ESPILDORA, C. L. e COURTS, B. — *Ojo e linfogranuloma Venéreo*. Empresa Editora Zig-Zag. S. A. Santiago de Chile, 1947.