

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Diretores

EVALDO CAMPOS

JONAS DE ARRUDA — LUIZ NOGUÉ



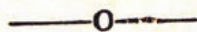
BIBLIOTECA DA
REVISTA BRASILEIRA DE
OFTALMOLOGIA

SETEMBRO DE 1953

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

ANALIS
DO
VII CONGRESSO BRASILEIRO
DE
OFTALMOLOGIA

VOLUME II



RIO DE JANEIRO
1953

PROGRAMA

Dia 11 de julho de 1951 — Quarta-feira

Às 15 horas — No Auditório do IPASE (Rua Pedro Lessa, 36, 13.º andar)

Sessão preparatória

Às 21 horas — No Auditório do Ministério de Educação e Saúde (Avenida Graça Aranha)

Sessão inaugural do Congresso (Traje: passeio)

Dia 12 de julho — Quinta-feira

Às 9 horas — No Auditório do IPASE

Tema Oficial — “Semiologia da pupila” — Drs. Paulo Braga Magalhães e João Carlos Celeste — (Sociedade de Oftalmologia de São Paulo).

Debatedor — Dr. Joviano de Rezende Filho — (Distrito Federal).

Temas Livres —

- 1) Prof. Hilton Rocha — “Ceratomastia lamelar”.
- 2) Dr. Justo Lijó Pavia — “Sobre la posibilidad de la regeneracion espontanea de la córnea bajo protección”.
- 3) Dr. Sylvio de Abreu Fialho — “Algumas características da córnea de cadaver”.
- 4) Dr. Paulo Aranha de Azevedo — “Estafiloma do polo posterior com transparencia total do mesmo”.

- 5) Dr. Jorge Cavalheiro Willmersdorff — “Pequenas modificações na técnica da dacriocistorinostomia”.
- 6) Dr. J. Gomes da Costa Filho “Infecção focal dentária em Oftalmologia”.

As 15 horas — No auditório do IPASE —

Tema Oficial — “Tratamento ortóptico” — Dr. J. de Souza Dias (Seminário de Oftalmologia Prof. J. Brito).

Debatedor — Dra. Mariana Noronha (Belo Horizonte).

Tema Oficial — “Tratamento cirúrgico do estrabismo” — Dr. Natalicio Lopes de Farias (Sociedade Brasileira de Oftalmologia).

Debatedor — Dr. Acacio de Souza Branco (Petrópolis).

Temas Livres —

- 1) Dr. José Carlos Gouvea Pacheco e D. Lygia Alves de Lima — Correspondencia anômala”.
- 2) Dr. Raphael Benchimol — “Causas da incapacidade na seleção oftalmológica dos cadetes do ar”.
- 3) Dr. Jonas de Arruda — “O problema da flictenulose no Hospital Jesus”.
- 4) Dr. Egon A. Krueger — “Simulação nos acidentes do trabalho”.
- 5) Dr. Armando Novais — “Calibração dos tonômetros”.

As 16 horas — Chá oferecido às Senhoras dos Congressistas na SEARS (Praia de Botafogo).

As 21 horas — No Auditório do Instituto dos Comerciantes — (Rua México 128).

Temas Livres

- 1) Prof. Cyro de Barros Rezende — “Nossos resultados de queratoplastia no queratocone” — Com filme cinematográfico (10 minutos).
- 2) Dr. Adriano Bonanomi — “Anestesia em oftalmologia” — Film cinematográfico da Abbott.

Projeção de filmes cinematográficos —

Dr. Justo Lijó Pavia — “La pulsación de la arteria central de la retina durante la tonoscopia”. (5 minutos).

Dr. Justo Lijó Pavia — “La doble pulsación retiniana” (artéria e vena) — (5 minutos)

“Remoção de corpos estranhos intraoculares” (17 minutos)

“Dois métodos de tratamento cirúrgico do glaucoma” (10 minutos) — Cedidos pela Embaixada Norte Americana.

“O VI Congresso Brasileiro de Oftalmologia” (Realizado em Recife).

Dia 13 de julho — Sexta-feira

Às 9 horas — No Auditório do IPASE —

Tema Oficial — “Micoses em oftalmologia” — Dr. J. Martins Rocha (Associação Médica do Instituto Penido Burnier).

Debatedor — Dr. José de Almeida Rebouças (Vitória — Espírito Santo).

- 1) Drs. José Lucas de Souza e Humberto Cerruti — “Um caso rinosporidiose ocular”.
- 2) Dr. Nicolino Rebello Machado — “Toxoplasmose ocular”.
- 3) Dr. Ovidio Portugal de Souza — “Leishmaniose ocular”.
- 4) Dr. Ennio Coscarelli — “Filária intraocular”.
- 5) Dr. Danilo Gonçalves — “Quisto hidático na órbita”.
- 6) Dr. Jacob Volfzon — “Terapêutica oftalmológica pela tirotricina”.

Às 15 horas — — No Auditório do IPASE

Tema Oficial — “Terapêutica por produtos de desintegração tecidual” — Dr. Rubens Belfort de Mattos (Centro de Estudos de Oftalmologia).

Debatedor — Dr. Sylvio Paes Barreto (Recife).

Temas Livres —

- 1) Dr. Pery Alves Campos — “Considerações acerca da histioterapia”.

- 2) Drs. Caldas Brito e Guido Ferrari — “Inclusão sub-conjuntival de placenta”.
- 3) Dr. Adroaldo de Alencar — “Cortisone em Oftalmologia”.
- 4) Dr. Alcides del Cielo — “Uso da cortisone em Oftalmologia”.
- 5) Dr. Decio Brito Oliveira — “Ensaios com o ACTH e Cortisone em Oftalmologia”.
- 6) Dr. Renato de Toledo — “Observações sobre o emprego da hialuronidase em Oftalmologia”.

Às 21 horas — No Auditório do IPASE

Tema Oficial — “Ametropias na infancia e sua correção” — Dr. Luiz Assumpção Osorio — (Sociedade de Oftalmologia e Oto-Rino-Laringologia do Rio Grande do Sul).

Debatedor — Dr. S. Raphael Sébas (Distrito Federal).

Temas Livres —

- 1) Dr. Herminio de Brito Conde — “Efeitos oculares da bomba atômica”.
- 2) Dr. Sylvio de Almeida Toledo — “Organização do Serviço de Profilaxia do Tracoma do Estado de São Paulo”.
- 3) Dr. C. Laborne Tavares — “Hidroftalmo familiar”.
- 4) Dr. Plinio Toledo Piza — “Ectropio palpebral”.
- 5) Dr. G. L. Berretini — “Sistematização da nomenclatura do extravasamento da secreção lagrimal”.
- 6) Dr. J. Siqueira de Carvalho — “Infiltração de sulfona na conjuntiva bulbar no panus leproso”.

Dia 14 de julho — Sábado

Às 9 horas — No Auditório do IPASE

Tema Oficial — “Blastomas intraoculares” — Dr. J. Tarcisio de Castro — (Sociedade de Oftalmologia de Minas Gerais).

Debatedor — Dr. J. Monteiro Salles — (Campinas).

Temas Livres —

- 1) Dr. Eduardo Veloso Viana — “Tumores da órbita. Contribuição ao seu estudo”.
- 2) Dr. Osolando Machado — “Tratamento do carcinoma da pálpebra pelas irradiações”.

- 3) Drs. Djalma Moelman e Otto Freusberg — “Oftalmodinometria nos tumores cerebrais”.
- 4) Dr. Pedro Moacyr de Aguiar — “Papilas de estase”.
- 5) Prof. Moacyr Alvaro — “As sulfidrilas nas doenças da córnea e da conjuntiva”.
- 6) Dr. Paulo Niemeyer —

Às 14 horas — Excursão pelas novas estradas de turismo do Distrito Federal — Ponto de partida — Hotel Novo Mundo (Praia do Flamengo, esquina de Silveira Martins).

Às 17 horas — Cock-tail no Yacht Club do Rio de Janeiro (Avenida Pasteur).

Dia 15 de julho — Domingo

Às 14 horas — Corridas no Jockey Club Brasileiro — Prêmio VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

Às 21 horas — Garden party no Club dos Caiçaras (Lagôa Rodrigo de Freitas).

Dia 16 de julho — Segunda-feira

Pela manhã — Sessões cirúrgicas.

Às 15 horas — No Auditório do IPASE —
Sessão plenária para escolha da próxima sede do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia — Apresentação de moções.

Às 21 horas — No Auditório do IPASE —
Sessão de encerramento do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia — (Traje: passeio).

Dia 17 de julho — Terça-feira

Pela manhã — Sessões cirúrgicas.

Sessão Preparatória

Foi realizada às 14 horas do dia 11 de julho, no Auditório do IPASE, sob a Presidência do Prof. Paulo Cezar Pimentel, secretariado pelo Dr. Werther Duque Estrada. Iniciando os trabalhos o Sr. Presidente convida os congressistas a se manifestarem sobre possíveis modificações dos trabalhos do Congresso.

Por proposta do Prof. Cyro de Rezende, aprovada por todos os presentes, foi antecipada para sábado 14 de julho, às 15 horas, a sessão para escolha da sede do próximo Congresso, e a sessão de encerramento também foi antecipada para aquele dia, às 21 horas. Resolveu ainda o plenário que cada Estado fôsse representado por um orador na sessão inaugural, escolhido dentre os membros das delegações.

O Sr. Presidente diz ter sido permutado o chá que se realizaria na Sears por uma sessão dedicada às Famílias dos Congressistas, no Teatro Regina, onde seria levada à cena a peça "Irene". Igualmente, que seria oferecido um chá às Famílias na Confeitaria Colombo, filial de Copacabana, no dia 13 de julho, às 17 horas.

Foram então recebidas as credenciais dos diferentes delegados dos vários Estados, Sociedades e Serviços que se fizeram representar junto ao VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, a saber:

Da American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology — Dr. William L. Berkley.

Da Sociedade Argentina de Oftalmologia — Dra. Paulina Santanowsky de Neuman.

Do Governador do Estado de São Paulo — Dr. Sylvio de Almeida Toledo.

Da Diretoria do Serviço de Saúde Escolar de São Paulo — Dr. Jacques Tupinambá.

Da Sociedade de Oftalmologia de São Paulo — Dr. Paulo Aranha de Azevedo.

Da Santa Casa da Misericórdia de Santos — Dr. Nicolino Rebello Machado.

Do Corpo Clínico da Santa Casa da Misericórdia de Santos — Drs. Nicolino Rebello Machado e Gino Luiz Berretini.

Da Associação dos Médicos de Santos — Drs. Nicolino Rebello Machado e Gino Luiz Berretini.

Da Secretaria de Saúde e Assistência de Minas Gerais — Dr. Casimiro Laborne Tavares.

Da Sociedade de Oftalmologia e Otorrinolaringologia do Rio Grande do Sul — Dr. Luiz Assumpção Osorio.

Do Serviço de Saúde da Aeronáutica — Major Médico Dr. Arthur Borges Dias e Capitão Médico Dr. Alfredo Rocco.

Do Centro de Estudos Médicos do IPASE e da Divisão Médica do IPASE — Dr. Adroaldo de Alencar.

Do Hospital dos Servidores do Estado — Dr. Orlando Rebello.

Do Departamento de Saúde Escolar da Secretaria Geral de Educação e Saúde da Prefeitura do Distrito Federal — Dr. Natalicio Lopes de Farias.

Do Instituto Fernandes Figueira do Departamento Nacional da Criança — Dr. João Elviro Tavares.

Por fim, péde a palavra o Dr. Evaldo Campos para contar a “história dos Anais do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia”...

“No dia 5 de junho noticiaram os jornais o fechamento de Quitandinha; no mesmo dia tomou posse o novo Diretor do Departamento Nacional de Imprensa. Dois dias depois fomos por êle recebidos, obtendo a informação de que tinha ordens rigorosas no sentido de suspender a impressão de tôdas as obras particulares, entre as quais se encontrava o Vol. I dos Anais do nosso Congresso.

No dia seguinte, houve uma reunião das Comissões do Congresso para deliberar sobre os dois casos. Ficou resolvido fôsse expedido um telegrama ao Ministro da Educação solicitando uma audiência.

A 14 fomos recebidos pelo Sr. Simões Filho que prometeu officiar ao Diretor do D.N.I., pedindo a impressão dos Anais.

Como até o dia 21 não tivesse chegado ao Diretor o referido ofício, fomos novamente ao Ministério, nesta data levando em mão o ofício, julgado insuficiente pelo Diretor do D.N.I., pois nêle não havia referência sôbre qual verba correria a despesa. Tornando ao Ministro no mesmo dia, expuzemos a situação, sendo sugerido por seu Chefe de Gabinete que a verba poderia ser empenhada através do Instituto Benjamin Constant. Da sala de audiências falamos com o Diretor dêste, Dr. Herminio de Brito Conde, com o qual entrou em entendimentos o Chefe do Gabinete, ficando assentado que na manhã seguinte ser-nos-ia entregue a autorização. E o foi, ficando combinada a publicação de um apêndice com a legislação do comércio de óptica, como homenagem ao Ministro e ao Diretor do Instituto Benjamin Constant.

Voltamos ao Ministério com a autorização, recebendo a promessa de que no dia seguinte teríamos o novo ofício para o Diretor do D.N.I..

Como ainda não estivesse assinado no dia 23, lá tornamos segunda-feira 25, recebendo finalmente o "abre-te sésamo" ministerial, entregando-o na mesma manhã ao Diretor do D.N.I., que nos prometeu aprontar para o dia 10 de julho todos os exemplares dos Anais. E sômente no comêço da tarde de 10 entramos de posse dos volumes, ainda a tempo de os distribuir na sessão preparatória que agora se realiza!

Pedimos desculpas aos relatores pelos erros nas bibliografias, que não puderam ser emendadas, apesar de feita a revisão, por terem ficado suspensos os trabalhos dos Anais todo o mês de junho, no D.N.I.. E também desejamos assinalar que as figuras do relatório do Dr. Souza Dias sôbre Tratamento Ortóptico não puderam ser publicadas por terem vindo a lapis. Quanto à numeração das gravuras do relatório sôbre Semiologia da pupila, teve de ser alterada para evitar a falta da seqüência natural dos números com que constaram dos originais. Ainda assim, pôde observar-se que as de n.º 5 e 6 precederam as de n.º 2, 3 e 4."

Sessão Inaugural

Às 21 horas do dia 11 de julho de 1951, iniciando a solenidade da instalação do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia no Au-

ditório do Ministério da Educação e Saúde o Prof. Paulo Cezar Pimentel, Presidente da Sociedade Brasileira de Oftalmologia e Presidente da Comissão Central, ocupando a Presidência da Mesa, secretariado pelo Dr. Werther Duque Estrada, abre a sessão, convidando para fazerem parte da mesma o Sr. Representante de S. Excia. o Sr. Ministro de Educação e Saúde e os Professôres Drs. Clovis Paiva, Lincú Silva, Cyro de Barros Rezende e Hilton Rocha.

Passa então a ler o seu discurso de boas-vindas aos Congressistas dos Estados, que foi o seguinte:

“Determinou o VI Congresso Brasileiro de Oftalmologia, reunido no Recife, que o Congresso seguinte se realizasse no Hotel Quitandinha, em Petrópolis, patrocinado pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia. Como consequência natural da sua localização no Estado do Rio, coube-nos dirigir a comissão organizadora, honra essa que queremos agradecer aos que indicaram êsse Estado como séde para esta reunião e aos que aceitaram nosso nome para organizá-la.

Os trabalhos da Comissão Provisória, composta de Paiva Gonçalves, Evaldo Campos e secretariada por nós, consistiram na escolha dos assuntos para os temas oficiais e nos entendimentos com as sociedades de oftalmologia afim de que fôsem escolhidos os respectivos relatores.

Atenderam ao nosso convite seis organizações oftalmológicas: Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, Sociedade de Oftalmologia de Minas Gerais, Sociedade de Oftalmologia e Oto-rino-laringologia do Rio Grande do Sul, Associação Médica do Instituto Penido Burnier, Centro de Estudos de Oftalmologia e Seminário de Oftalmologia Prof. J. Brito, indicando como relatores, respectivamente:

Drs. Paulo Braga Magalhães e João Carlos Celeste, Dr. J. Tarcisio de Castro, Dr. Luiz Assumpção Osorio, Dr. J. Martins Rocha, Dr. Rubem Belfort de Mattos e Dr. J. de Souza Dias.

A indicação dos debatedores foi feita por dois critérios: Escolher oftalmologistas que tivessem trabalhos sôbre o assunto do tema e atrair para o Congresso elementos que, residindo em local onde não havia Sociedade de Oftalmologia nunca teriam a oportunidade de relatar um tema oficial.

Felizmente fomos bem compreendidos pelos relatores, em nossa exigência da entrega dos trabalhos até 31 de Dezembro de 1950, exigência essa, cuja finalidade era poder imprimir o primeiro volume dos Anais, contendo os relatórios, antes da realização do Congresso, além de permitir aos debatedores um estudo apurado do assunto que teriam de discutir.

Em fins de 1950 foram escolhidos pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia as comissões definitivas, sendo que da comissão de Recepção e Festas faziam parte três oftalmologistas de Petrópolis que deveriam articular-se com o Hotel Quitandinha e ali organizar a recepção aos Congressistas.

Corriam normalmente os trabalhos. Duas circulares tinham sido enviadas e uma terceira se preparava. Em Petrópolis, um dos membros da Comissão, Acácio de Souza Branco, tomara a seu cargo a tarefa de preparar uma recepção condigna aos congressistas. Tudo levava a crer que o VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia seria realizado sem maiores dificuldades, quando, em princípios do mês de Junho último fomos avisados de que o Hotel Quitandinha seria fechado. Foi-nos aconselhado esperar, entretanto por ser possível a sua reabertura antes do dia marcado para a inauguração do Congresso. Dias depois os jornais publicavam a notícia que nos forçou a mudar toda a orientação que vínhamos seguindo.

Dois caminhos se nos apresentavam: Transferir a data do Congresso ou realizá-lo em outro local.

A transferência seria desastrosa. Nada nos garantia a reabertura do Hotel em data próxima; o período de férias de verão nos parecia pouco próprio para o Congresso; esperar um ano inteiro era retardar excessivamente a apresentação dos relatórios tão cortezmente enviados dentro do prazo marcado.

Restava-nos o segundo caminho, o da realização do Congresso, a todo custo em outro local. Foi aventada a hipótese de se fazer a reunião em outro hotel de Petrópolis, mas nenhum oferecia as comodidades e os atrativos do que fôra escolhido pelo Congresso do Recife.

Decidimo-nos adotar a Capital da República, sede da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, patrocinadora deste certame, como sede para o VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

É natural, é lógico não ser possível, no curto prazo que tivemos, realizar obra grandiosa. Acreditamos, porém não ter fracassado.

Graças à gentileza do dr. Octacilio Gualberto conseguimos o excelente auditório do IPASE para as nossas reuniões. O Ministério de Educação nos cedeu este salão para a sessão inaugural. O Instituto dos Comerciários permitiu que utilizássemos sua sala de projeções na noite em que serão projetados os filmes.

Não podemos deixar de lembrar o valioso auxílio que nos foi dado pelas firmas que instalaram suas exposições no Edifício do IPASE, sede do nosso Congresso: Bausch & Lomb, Henrique Merenholtz, Ótica Fluminense, Alfred Krauz, Companhia Industrial Delfos, Lutz Ferrando, Ótica Brasil, compreenderam bem a alta significação deste Congresso e, pelo apôio que nos deram, possibilitaram a sua realização. Que fique aqui expresso o nosso sincero agradecimentos a êsses que nos ajudaram a levar a bom termo nosso empreendimento.

Nossas dificuldades, porém, não tinham chegado ao fim com a mudança forçada da sede do Congresso. O primeiro volume dos anais com os relatórios, que estava sendo preparado na Imprensa Nacional, teve a sua impressão sustada por mudança de orientação dessa repartição. Evaldo Campos e Aloysio de Almeida Magalhães que vinham trabalhando intensivamente na sua execução viram-se, de uma hora para outra, impossibilitados de continuar o seu trabalho já quase terminado. A tenacidade e o espírito de iniciativa demonstrados por êsses dois colegas só podem ser avaliados por quem presenciou a luta que tiveram, pois êsse volume impresso não diz em suas páginas dedicadas à ciência, nem do esforço dispendido nem das atribulações sofridas pelos que tomaram o encargo de apresentá-lo aos congressistas nesta inauguração. O valioso auxílio dado por Hermínio Conde, Diretor do Instituto Benjamin Constant deu um desfecho feliz à história dos Anais.

Surgia ainda o problema do alojamento. Adroaldo de Alencar e Joviano de Rezende Filho merecem especial referência pela operosidade que demonstraram nessa conjuntura. Adroaldo de Alencar que conseguira o auditório do IPASE para nossas sessões, desdobrou-se à procura de hotéis onde se pudessem hospedar os nossos visitantes. Joviano de Rezende, além de secundá-lo nesse trabalho, to-

mou a si uma grande parte da organização do programa social do Congresso.

O planejamento desse programa social criou sérias dificuldades às comissões pela absoluta falta de tempo para conseguir alguma coisa digna de tão ilustres visitantes, dentro dos nossos modestos recursos. Abreu Fialho, Lincoln Caire tornaram possível oferecermos um jantar no Clube dos Caiçaras e um Cocktail no Yacht Club do Rio de Janeiro. Lincoln Caire abriu-nos as portas do Jockey Club Brasileiro onde será corrido um páreo em homenagem ao VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

Uma parte apenas do Congresso não sofreu alterações com a mudança de sua sede: as sessões cirúrgicas serão realizadas de acordo com o plano inicial, nos serviços dirigidos por:

Caldas Brito, Ruy Rolim, Abreu Fialho, Nelson Moura Brasil, Paulo Filho, Uchôa Cavalcanti.

Desta longa exposição dos tropeços encontrados em nosso caminho e de como foram superados, uma coisa se depreende: Havia na Comissão Central um grande secretário. Não apenas um secretário que se limitasse a enviar avisos, responder cartas e arquivar fichas.

Werther Duque Estrada, auxiliado pelo tesoureiro Marcelo Martins Ferreira desde o início deste ano ano vinha desenvolvendo uma atividade invulgar. Sobrevindo a crise em nossa organização, foi ele quem deu vida e ânimo à comissão central; foi ele quem desenvolveu tal atividade, que em menos de um mês planejou e realizou a rearticulação dos congressistas para sua reunião nesta cidade; foi Werther Duque Estrada quem realmente dirigiu esta campanha cujo término hoje presenciamos.

Caros colegas.

Os congressos brasileiros de oftalmologia já têm uma longa história. Desde o primeiro, realizado em São Paulo em 1935 até este que hoje se inaugura, um longo caminho foi percorrido no qual laços antigos se estreitaram e novas amizades surgiram, criando um núcleo sólido de profissionais que colocam sua profissão acima de interesses pessoais, e que podem, por essa razão, falar em nome da oftalmologia Brasileira.

Cabe a esse núcleo prosseguir na tarefa empreendida. Não devemos, não podemos parar. Temos a obrigação de lutar pela eleva-

ção do nível cultural dos especialistas em nosso país, promovendo maior intercâmbio entre os grandes centros, aprendendo uns com os outros e, sobretudo, levando os conhecimentos adquiridos àqueles que labutam em pequenas cidades, longe dos grandes hospitais onde o estudo é mais fácil e mais eficiente.

Reunir congressos não é o bastante; devemos ir além. Precisamos realizar intensivamente cursos de aperfeiçoamento aos quais possam comparecer êsses colegas menos afortunados. Precisamos facilitar a sua vinda, criar interesse em tôrno de qualquer iniciativa dêsse gênero, para que se forme aos poucos o conceito de que progredir é obrigação do médico, não apenas por estar bem aparelhado na concorrência para ganhar sua vida, mas, principalmente, porque é necessário exercer honestamente sua profissão, qualquer que ela seja. No caso do médico, não dar ao paciente tudo o que a medicina pôde fornecer, por incapacidade ou incúria, é a falta ainda mais grave porque prejudica diretamente, por omissão, outros indivíduos. Já ouvimos de alguém que o bom profissional é aquele que faz da profissão sua distração predileta. Nada mais justo poderíamos dizer em relação à medicina. E, no dia em que conseguirmos incutir no espírito de todos os oftalmologistas brasileiros a idéia de que existe tanta beleza e atração no seu trabalho quanto em qualquer obra de arte, nesse dia teremos realizado um grande avanço em nosso desenvolvimento cultural.

Dissemos que os Congressos não bastam. Mas destas reuniões voltamos sempre mais sedentos de trabalho, mais famintos de conhecimentos. Deste convívio levamos sempre um pouco de entusiasmo de cada um, que transmitimos insensivelmente aos que nos cercam. Desta troca de idéias fica-nos um pouco da capacidade científica de cada colega que passamos adiante àqueles que nos ouvem e assistem. Não sejamos egoistas isolando-nos. Lembremo-nos de que há sempre alguma coisa a aprender mesmo do mais modesto dos nossos colegas, e de que temos também alguma coisa que ensinar por mais humildes que sejamos.

E' por esta razão que se realiza agora êste Congresso. Porque apesar de não podermos proporcionar tudo o que desejávamos aos que nos deram a honra de aqui comparecer, damos com a maior boa vontade o pouco que temos, esperando receber em troca o muito que nos pode oferecer essa brilhante plêiade de oftalmologistas que atendeu ao nosso apêlo."

Em seguida falou um representante de cada Estado, com exceção dos Estados da Bahia e de São Paulo que tiveram dois oradores cada um.

Foi a seguinte a oração do representante do Estado do Maranhão, Dr. William Moreira Lima:

“Exmo. Sr. Presidente da Comissão Central do 7.º Congresso de Oftalmologia

Senhores Congressistas!...

Meus senhores e minhas senhoras

O governo do Estado do Maranhão compreendendo a alta finalidade dêste Congresso, onde se reúnem as maiores autoridades da oftalmologia brasileira e de outros países irmãos, houve por bem determinar que os oftalmologistas do Estado tomassem parte neste certame.

Evidentemente que, sentimos, mais podemos receber do que propriamente ofecer, pois as condições de vida e deficiência de meios da nossa classe, num Estado onde as condições econômicas do povo estão muito à desejar em relação aos demais estados da Federação, não nos permite trazer a êste conclave uma contribuição á altura do progresso em que se encontra a oftalmologia em nosso País, tão congnamente aqui representada.

Aqui estamos, senhores congressistas, também credenciados pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Maranhão e podeis ter a certeza de que lutaremos pela aplicação dos princípios que forem debatidos e aceitos neste congresso, cônscios das responsabilidades que nos pesam em poder transmitir fielmente aos demais colegas daquele Estado, a vossa palavra, o vosso labor, a vossa contribuição, a vossa experiência.”

O representante de Pernambuco, foi o Prof. Clovis Paiva que pronunciou as seguintes palavras:

“Srs. Congressistas:

Subida honra me assiste neste momento, pela oportunidade de falar-vos na sessão solene de abertura do 7.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

Trago-vos a palavra de solidariedade de Pernambuco, através das representações da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife, da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, da Sociedade de Oftalmologia de Pernambuco e da Liga Pernambucana de Prevenção da Cegueira.

Trago-vos o seu apoio integral às medidas que forem debatidas e aprovadas neste magno congresso que hoje tão auspiciosamente se inicia.

Há dois anos passados tivemos a satisfação e a honra de receber-vos no nosso glorioso Estado e tudo fizemos para que o 6.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia não viesse desmerecer do êxito glorioso obtido em cada um dos Estados que lhe deram abrigo e séde temporária.

Todavia, ao lado da grande alegria de receber-vos naquela ocasião, estávamos sob a compunção da perda que sofriamos, do grande animador dêsse conclave — o Prof. Francisco Figueiredo, roubado à vida e à nós no limiar da instalação, sem ter podido, em pessoa, receber aquelas homenagens que o seu trabalho e o prestígio do seu nome despertavam entre todos quantos compareceram a essa demonstração cultural e científica de que foi séde a minha querida Cidade do Recife.

Interpretando o pensar e o sentir das entidades que me delegaram poderes para representá-las neste Congresso, formulo os mais sinceros votos para que o 7.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia alcance, em tôda a sua plenitude, o mais completo sucesso tanto na parte científica — em que estão inscritos nomes dos mais evidentes no cenário oftalmológico do país, como na atraente parte social carinhosamente organizada para nos proporcionar momentos inesquecíveis no convívio de tantos e tão excelentes colegas, quanto sois.

Congratulo-me pois, com a Comissão Executiva do 7.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia pelo brilho e pelo esplendor que certamente acompanharão o desenrolar deste magnifico certame."

Em seguida falou o Dr. Oceano Carleial, pelo Estado de Alagoas, não tendo sido entregue o seu discurso para publicação.

Falou pelo Estado da Bahia, em primeiro lugar, a Dra. Cleonice de Assumpção Alakija, indo a seguir o seu discurso:

“Ilmo. Snr. Representante do Ministro de Educação, e demais autoridades presentes ou representadas;

Ilmo. Snr. Presidente do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, Srs. Professôres; Meus Senhores, Minhas Senhoras, Ilustres Congressistas:

Como representante do Govêrno da Bahia, cumpro a honrosa incumbência de saudar-vos, meus caros congressistas e aqui estou na mais intensa alegria.

Sim, na mais intensa alegria pois em meio das figuras mais representativas da Oftalmologia Brasileira, fui eu a mais simples, a mais humilde, encarregada de tão alta missão.

Intensa alegria repito, porque sinto-me envaidecida como mulher, em observar a marcha crescente e sempre triunfante do feminismo moderno. Hoje em que a mulher compete igualmente com o homem todos os setores da vida humana, principalmente a mulher médica, acostumada a esmerilhar quotidianamente o arcabouço vivo dos animais que pensam, é esta mulher que também está a competir nas representações oficiais, nos conclaves científicos.

E’ de lamentar, apenas, que as palavras que ides escutar, não tenham o burilado das ouvidas anos pretéritos em cerimônias idênticas, porque saber falar é um dom, mas falar também é às vêzes uma obrigação.

Contam viajantes, que, nas areias do Sahara, quando é quente o sol e sente-se o viajor sedento e enfraquecido, vê distante no areial, elevar-se à sua frente, minaretes brancos e tetos alvos de casas ou o conjunto de ensombradas palmeiras de um oasis, e tôdas essas visões não passam de alucinações de seu cérebro febricitante e enfraquecido. Agora também se dá um efeito de miragem; as vossas esperas e curiosidades vão ser desfeitas com a realidade desta minha saudação.

Sou o emissário da síntese e singeleza. O meu clima espiritual tem sido invariavelmente aquele que respeita o diagrama formidável da evolução, visto através qualquer prisma da lente caleidoscópica do progresso.

Meus colegas congressistas: Estamos novamente reunidos depois de 2 anos de separação afim de contribuirmos para o engrandecimento da Oftalmologia Brasileira.

Em nome do Governador da Bahia que também é nosso colega, um apêlo vos faço: trabalheis com afinco, ardor, entusiasmo, para maior grandeza da nossa Oftalmologia.

Não desanimeis; a inquietação natural dos espíritos eternamente moços, acode pressuroso o dinamismo de uma sociedade que se refunde.

Lapidam-se arestas, corrigem-se defeitos de um organismo social mal engendrado ao calor de formidáveis reformas que agitam todos os alicerces de agonizantes organizações criadas sob a inspiração egoística dos homens. O momento não é porém de descrença, é de fé; não é de ceticismo é de esperança; não é de expectativa, é de ação. Esqueçamos preconceitos, superstições, princípios rotineiros, costumes e leis envelhecidas pois evolvemos num período de realidade de ciência e de renovação.

Senhores congressistas: eu vos saúdo, em nome do Govêrno da Bahia, saudação sincera, saudação sinceríssima que como tudo que a sinceridade zela com o seu beijo de luz, de tudo diz sem nada dizer, de tudo fala sem nada falar, mas que tem a significação eloqüente da verdade. Recebei, senhores, é o que vos envia, num amplexo fraternal e amigo o Governador da minha terra."

O segundo representante do Estado da Bahia foi o dr. Colombo Spínola que leu o seguinte:

"Sr. Presidente do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia.
Minhas Senhoras,
Srs. Congressistas.

E'-me grato congratular-me com a instalação do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia e o faço em nome da secção de Oftalmologia da Associação Bahiana de Medicina e do Centro de Estudos do Hospital Oftalmológico Santa Luzia.

Minha satisfação nesse certame ainda é maior por ver que aquela semente plantada há perto de 20 anos no grande Estado de São Paulo, por ocasião da realização da inesquecível Primeira Reunião

Brasileira de Oftalmologia, como modestamente foi designada pelos seus esforçados organizadores, frutificou, e não foi senão o início de uma série brilhante de Congressos, cada qual melhor compreendido nas suas finalidades — no Rio Grande do Sul, em Minas Gerais, no Distrito Federal, na Bahia, em Pernambuco e agora no Estado do Rio de Janeiro, o qual antevejo tão fértil em ciência como foram os anteriores.

Os Congressos de Oftalmologia têm sido de fato, o reflexo da cultura oftalmológica brasileira, e todos os oculistas patricios, têm cooperado para êstes vitoriosos certames, não negando esforços para sua realização eficiente, apesar das dificuldades, às vêzes parecendo insuperáveis que sempre aparecem.

Tão vitoriosos têm sido os nossos Congressos que sempre temos a prestigiá-los figuras exponenciais da oculística platina, trazendo-nos as luzes, também, de sua experiência.

E' justa, pois, esta homenagem ao VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia e aos seus esforçados e incansáveis organizadores.

Eu vos saúdo em nome das duas entidades bahianas..."

O Dr. José de Almeida Rebouças falou em seguida em nome do Estado do Espírito Santo, não entregando seu discurso para publicação.

O 1.º representante de S. Paulo, Dr. Paulo Aranha de Azevedo teve a palavra, não entregando o seu discurso.

Falou então o 2.º representante de S. Paulo, Dr. Sylvio de Almeida Toledo:

Exmo. Sr. Professor Paulo Cezar Pimentel,
DD. Presidente do 7.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia.
Exmos. Srs. representantes do Sr. Ministro da Educação e Saúde
e das demais Autoridades Federais e Estaduais.
Srs. Congressistas, Minhas Senhoras e Srs.:

Neste momento, eu vos falo em nome do Govêrno do Estado de São Paulo, e por delegação do representante da Universidade de São

Paulo — o querido Mestre Cyro de Barros Rezende, Catedrático da Clínica de Olhos da Faculdade de Medicina da Universidade; do representante do Serviço de Saúde Escolar da Secretaria da Educação — o Dr. Jacques Tupinambá —, Diretor da Enfermaria de Olhos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; dos representantes do “Centro de Estudos de Oftalmologia” da Escola Paulista de Medicina (Serviço do Prof. Moacyr Álvaro), Assistentes Drs. Renato Toledo, Rubens Belfort Mattos e Laertes Guimarães; do representante da Associação Médica do Instituto Penido Burnier, de Campinas, o Assistente Dr. Martins Rocha; assim como do “Seminário Oftalmológico Prof. J. Britto” da Clínica de Olhos da Faculdade de Medicina (Serviço do Prof. Cyro de Rezende), do qual tenho a honra de ser presidente; dos “Arquivos Brasileiros de Oftalmologia” do qual sou um dos Diretores e do Instituto de Tracoma e Higiene Visual da Secretaria da Saúde, do qual sou atual Diretor.

Em especial, na qualidade de representante oficial do Govêrno do Estado de São Paulo, venho trazer a êste magno Conclave, a palavra de solidariedade, de aplauso e de acoroçoamento do preclaro Governador do Estado, Professor Lucas Nogueira Garcez e do seu ilustre Secretário da Saúde e Assistência Social, Professor Francisco Antônio Cardoso — a quem como professores universitários que são, não passa despercebido na hora atual de progressos rápidos e de transformações contínuas nos vários departamentos das ciências médicas — o movimento de intercâmbio cultural e científico que vem se acentuando dia a dia, entre cientistas de tôdas as partes do mundo, através de repetidos Congressos científicos —, convictos que se acham de que o objetivo e as atuais tendências da medicina indicam que o progresso não é possível senão à custa dessa confraternização de trabalho, dêsse intercâmbio de conhecimentos novos, num verdadeiro conagraçamento de homens cultos que mourejam em prôl de minorar os sofrimentos sempre crescentes da humanidade.

Eis porque, é com a mais viva e sincera emoção que em nome do Estado de São Paulo e de tôdas as entidades acima referidas, dirijo uma efusiva saudação às dignas autoridades presentes e à Comissão Executiva deste Congresso, assim como às brilhantes delegações que de todos os pontos do território nacional vieram emprestar a êste Conclave o poderoso concurso da sua capacidade, das suas luzes e do seu devotamento, para a solução dos sérios problemas que

nos dias de hoje assoberbam e afligem a humanidade no dilatado setor da nossa especialidade.

A complexidade sempre crescente da vida moderna que a par com o alargamento dos horizontes culturais transporta no seu bojo maiores responsabilidades, determinando simultaneamente o aperfeiçoamento vertiginoso dos meios de comunicação, possibilitou que aqui viéssemos ter subjugados pelo imperativo lógico que conduz o organismo social à uma necessária harmonia com as condições inerentes à sua época, em demanda de um perfeito ajustamento com as necessidades impostas pelo evoluir do clima científico contemporâneo, onde tudo tende a se assentar sobre as bases sólidas do método, da observação, da experiência e das comprovações técnicas.

Ainda ressoam aos nossos ouvidos os ecos do 1.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia realizado na cidade de São Paulo, sob os melhores auspícios, em 1935, e que marcou o início destes úteis concílios de especialistas, com benéficos resultados práticos e imediatos, bastando citar entre outros a lei estadual que tornou obrigatória pelo método de Credé a profilaxia da oftalmia dos recém-nascidos; o 2.º Congresso, reunido em Porto Alegre, bem como o 3.º em Belo Horizonte, o 4.º no Distrito Federal, o 5.º em Salvador na Bahia, e o 6.º em Recife, — caracterizaram-se todos eles por um alto rendimento científico e técnico, contando com a presença dos Catedráticos das Faculdades Médicas do país e do estrangeiro, especialistas e pesquisadores de renome nacional e internacional, que trabalharam sempre com sadio entusiasmo em um ambiente de compreensão e íntima afinidade moral em busca do aperfeiçoamento da obra científica.

Com a solenidade de hoje, tem início o 7.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia, ao qual vimos trazer os resultados dos nossos estudos, das nossas observações e das nossas deduções, colhidos no labor cotidiano das Cátedras, dos laboratórios, das enfermarias e das campanhas sanitárias pertinentes à esfera ocular, para a prevenção da cegueira.

Ligados pelo mesmo altruismo e pela mesma vocação procuraremos entregar-nos a um ininterrupto esforço coletivo e solidário, que não é somente o denominador comum da cultura de todos os povos, como também o chamamento da razão e da ciência a todos nós.

Nesta altura, meus Senhores, considero que os propósitos construtivos e humanitários da nossa reunião inaugural, assumem uma

profunda significação tornando bem pesados bem graves e extensos os compromissos que assumimos neste momento porquanto o acervo dos nossos esforços dos nossos debates e das nossas conclusões, em suma, a tarefa que pudermos realizar há de por certo ter uma influência forte, decisiva e duradoura no cultivo, na orientação e no ensino da oftalmologia em nosso país e no próprio continente sul-americano.

O movimento científico-social meus Senhores, consubstanciado neste magno certame, constitue por si só um atestado soberbo da elevação científica e cultural da oftalmologia nacional, assim como uma eloqüente solidarização dos laços de amizade que unem os oftalmologistas dos mais afastados rincões do território nacional.

Por outro lado, com a presença de vários oftalmologistas da República Argentina, êste Congresso passa a constituir uma alta expressão da fraternidade americana e universal, através de um acendrado propósito de perfeita união e harmonia.

Asalta-me a impressão de que a ampulheta do tempo, detêm neste momento o ritmo do seu andamento, para ensejar esta simultaneidade de exaltação de sentimentos de amizade e de conagração espiritual entre oftalmologistas dos vários Estados brasileiros e da República irmã. E ela coincide com uma admirável floração afetiva que gravita exatamente em tórno de um momento de identificação de afetos e de propósitos — entre corações de especialistas irmãos e cômicos das suas responsabilidades em face dos magnos problemas internacionais que assoberbam o mundo...

Meus Srs. :

Ao trazer o aplauso e a participação do Sr. Governador do Estado de São Paulo, da Universidade e das entidades oftalmológicas — que consubstanciam a unanimidade da cultura oftalmológica do meu Estado —, a esta obra notável de conagração cultural e científico, quero significar com vivo empêho a todos os presentes, o quanto me é grato transmitir-vos o amplexo fraternal da gente paulista e em particular da Delegação de oculistas de São Paulo aqui presentes, numa demonstração sincera dos nossos inalienáveis propósitos de colaboração ao mesmo tempo que numa reafirmação dos nossos fortes e indissolúveis liames de fraternidade, na grande Pátria comum, enfrentando resolutos a responsabilidade da obra de edificação científica nacional, pugnando todos de forma decisiva em

busca de um progresso paralelo ou superando, se possível, as grandes conquistas científicas dos outros continentes...

Enfim meus Senhores, confirmando o solene juramento de fidelidade ao nosso ideal — o mais sublime e o mais humanamente nobre que os oculistas poderiam desejar: Combater as enfermidades dos órgãos visuais que levam à perda desse tesouro de valor incalculável — o dom da visão, e que atiram o homem na escuridão inexorável das trevas da cegueira.

Falou depois o representante de Minas Gerais, Dr. C. Laborne Tavares cujas palavras foram as seguintes:

“Exmos. Srs. Representantes Oficiais.

Exmo. Sr. Presidente da Comissão Executiva do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

Caros Colegas.

No mediterrâneo Estado de Minas Gerais, caldeador de todos os sub-tipos raciais que compõem nossa forte nacionalidade, existe para esta um exaltado espírito que nos dirige para todos os cometimentos destinados a nos aproximar, a nos estimular, a transfundir sentimentos e conhecimentos mútuos, geradores do progresso, quer científico quer social de nossa Pátria.

Dêsses sentimentos partilham, sem dúvida, os dirigentes daquele Estado que seguem, atentamente, os movimentos evolutivos da Medicina em todos os seus setores, ainda mais quando se expressam em conchaves como êste, de caráter nacional e de significação eletiva da inteligência oftalmológica brasileira.

Ao Sr. Secretário de Saúde e Assistência de Minas Gerais, nosso distinto colega Dr. Mario Hugo Ladeira, não passou despercebida a importância e relêvo dêste VII Congresso de Oftalmologia, razão pela qual deu-me a honra de transmitir à ilustre Comissão Executiva e a êste plenário os seus votos de pleno êxito e de consecução completa das finalidades a que se destina o nosso certame.

Fadando também em nome da Sociedade de Oftalmologia de Minas Gerais, a qual, com grande desvanecimento para mim, presido, trago o mais caloroso apoio a êste Congresso e a certeza de

que daqui sairemos, como sempre, com maiores conhecimentos e maior entusiasmo pela nossa especialidade, o espírito e o coração levados num sincronismo de cordialidade que é a constância de nossos encontros.”

Usou da palavra em seguida o Dr. Barbosa Guerra, pelo Estado do Rio de Janeiro, cujo discurso não foi entregue. — Finalmente, falou o Dr. Luiz Assumpção Osório, pela delegação do Rio Grande do Sul.

Ilmo. Sr. Representante do Sr. Ministro da Educação.

Ilmo. Sr. Presidente e demais membros da Comissão Executiva
do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia.
Senhoras e Senhores.

Na inauguração dos trabalhos científicos do sétimo Congresso Brasileiro de Oftalmologia, os oculistas do extremo sul do país, não poderiam deixar de comparecer ao chamado dos colegas fluminenses, organizadores dêste magno certame.

Esta é a razão porque aqui estou na qualidade de representante da Sociedade de Oftalmologia e Oto-Rino-Laringologia do Rio Grande do Sul e da Cátedra de Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, na ausência do seu ilustrado titular, Professor Ivo Correa Meyer, para formular os melhores votos pelo êxito integral de mais êste Congresso e participar das reuniões científicas e do convívio de tantas personalidades ilustres, brasileiras e estrangeiras.

A História dos Congressos Brasileiros de Oftalmologia no Brasil desde aquela memorável noite de janeiro de 1935 na cidade de São Paulo deu início a novo ciclo de melhor compreensão e amizade, não só entre os oculistas brasileiros, mas, devido ao comparecimento de argentinos e uruguaiois tomou caráter de verdadeiro Sul-americano.

Os Anais dos últimos Congressos atestam o valor dêstes trabalhos.

A Sociedade de Oftalmologia e Oto-Rino-Laringologia do Rio Grande do Sul, dentro de suas possibilidades tem se feito representar em quase todos.

Comparecemos aos Congressos para aprender, conversar, e principalmente para conhecer as personalidades de projeção da Especialidade.

Arruga, o grande mestre hespanhol conhecido e apreciado por todos nós, depois de viajar 18 dias para assistir ao II Congresso Pan Americano de Oftalmologia realizado em 1945, na cidade de Montevideo, declarou que "êle fazia todo aquele sacrifício para comparecer aos Congressos principalmente porque desejava conhecer os homens e saber se podia acreditar no que êles escreviam".

Senhores! Estou seguro do sucesso científico que terá o VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, e para finalizar dirijo à sua Comissão Executiva as saudações cordiais da Oftalmologia Sul-Rio-grandense.

Que daqui saíamos cada vez mais unidos, mais amigos, para trabalhar pelo progresso da Oftalmologia Sul-Americana!"

A seguir, o professor Paulo Cezar deu por finda a sessão, convocando os Congressistas para a 1.^a Sessão Plenária a se realizar no dia 12, às 9 horas da manhã.

Primeira sessão plenária

Às 9 horas da manhã, no Auditório do IPASE, foi aberta pelo Presidente da Comissão Executiva, Prof. Paulo Cezar Pimentel, a primeira sessão plenária, tendo como Secretário o Dr. Joviano de Rezende Filho.

Depois de dizer algumas palavras sobre o certame que se inicia, convida o Prof. Paulo Pimentel para dirigir os trabalhos o Prof. Lineu Silva, que ao assumir a Presidencia, agradece a distinção. Informa ter havido uma alteração na ordem dos trabalhos, uma vez que por motivos superiores o Dr. Paulo Braga Magalhães não pudera chegar ao Rio em tempo útil, concordando o Dr. Luiz Assumpção Osório na apresentação do seu relatório, publicado no Vol. I dos Anais.

Representando a Sociedade de Oftalmologia e Oto-Rino-Laringologia do Rio Grande do Sul, o Dr. Luiz Assumpção Osório faz uma exposição do seu trabalho, sendo os debates iniciados pelo Dr. S. Raphael Sébas, do Distrito Federal.

AMETROPIAS NA INFÂNCIA E SUA CORREÇÃO

S. RAPHAEL SÉBAS

Rio

O ilustre relator do tema oficial em o Congresso Brasileiro de Oftalmologia — *Ametropias na Infância e sua Correção* —, desincumbiu-se brilhantemente de sua tarefa.

Deixa, entretanto, de considerar, em seu conjunto, o problema da *Ametropia na Infância*, por já haver, como diz, merecido “atenção especial dos oftalmologistas brasileiros em anteriores congressos da especialidade, em virtude de sua grande importância na prática de Clínica de Refração Ocular”.

Salienta que vários autores, encarando o valôr dos olhos como órgãos sensoriais mais necessários para a educação da criança, já muito “disseram da importância de uma boa visão como função capital no problema da educação escolar”.

Refere afinal, o autôr, que êle mesmo já apresentou, também, trabalho a respeito da visão dos escolares, no IV Congresso Brasileiro de Oftalmologia realizado, em 1945, na Capital da República.

Conclue, pelo expôsto, que seria *supérfluo*, mesmo *enfadonho*, tratar de problema já tão debatido pelo quê resolve abordar sòmente a *Correção das Ametropias na Primeira Infância*, por ser um tema pouco desenvolvido nos “Livros de Refração Ocular” e, por êste motivo, de grande interêsse prático.

*

*

*

A mim, me parece, que a questão das Ametropias, de um modo geral, e principalmente na criança, está longe de ser um assunto esgotado. Nem mesmo foi ainda pôsto em tôda a sua plenitude.

A maior preocupação de todos aquêles que têm versado esta matéria, tem sido a exata medida do vício de refração, na esperança de que o conhecimento perfeito das modificações na refringência dos vários índices dos meios oculares, permitisse uma prescrição de lentes bem ajustadas ao que fôsse revelado pelos mais variados métodos, objetivos ou subjetivos, hoje tão em aprêço, pela exatidão de seus resultados.

O espírito analítico dos optometristas de nossa época, leva o seu rigor ortodoxo ao ponto de receitar a jovens, no pleno vigor de seu poder de acomodação, vidros cilíndricos de 0,25D. e vão ao exagêro de regeitar, por incompletas, *Caixas de Provas* que não contenham, no início de sua série, lentes de 0,12 dioptrias.

A tendência tem sido, portanto, agir como se o glôbo ocular fôsse um sistema rígido, composto de elementos físicos, imutáveis, dentro do rigor das leis de óptica e não um dióptro vivo, maleável, servido por um complexo aparelho neuro-muscular, sempre pronto a modificar-se a cada instante.

*
* *

A teoria e prática da Refração Ocular passam por uma completa transformação, á luz dos conhecimentos atuais.

Comecemos por assinalar como era dominante o antigo conceito que atribuía, de um modo geral, um olho longo para míopes, um olho curto para hipermetropes.

Pouca importância era dada, então, às ametropias de superfície e de índice. Tudo entrava na mesma terapêutica: o uso de óculos.

Tron, entretanto, com a sua notável descoberta, veio dar novos rumos à refractologia.

Possibilitou, êle, a medida, pela radiografia, do eixo antero-posterior do olho, tornada depois uma pesquisa de rotina, graças aos aperfeiçoamentos radiológicos levados a efeito em 1938, por Hushton, melhorado posteriormente (1942) por Goldmann e Hagen, estandarizado afinal, em 1947, por O'Connor e Sorsby. Por êste meio, foi

possível demonstrar, com amplas estatísticas e abundante material, que hipermetropias, frequentemente, têm eixo anormalmente longo, enquanto que o glôbo ocular de um míope é, as mais das vezes, anormalmente curto.

Casos de emetropia fôram encontrados em olhos com extensão axial de mais de 30 milímetros.

Constatou ainda, Tron, que, nas ametropias de baixo e médio gráo, sòmente 30% dos casos examinados tinham eixo antero-posterior fóra dos limites de um ôlho normal.

Esta percentagem sofre, contudo, forte redução acima de quatro dioptrias positivas e seis dioptrias negativas.

Do exposto conclue-se que um vício de refração pode ser determinado por vários componentes, dentre os quais a extensão do eixo não tem significação específica, quando as ametropias são de baixo e médio gráo, mas sòmente nas hipermetropias e miopias altas, que passariam a ser consideradas como vício de refração patológico.

*

* * *

Vale agora considerar outros fatores que possam alterar a refração estática do dióptro ocular e que tenha significação no que toca ao tratamento das ametropias.

Anomalia na posição dos elementos do sistema: câmara anterior profunda, condicionando hipermetropia; câmara anterior rasa, miopia.

Anomalia de superfície: menor curvatura da córnea e cristalino, hipermetropia; maior curvatura, miopia.

Anomalia de índice: caso o índice do cristalino, como um todo, seja abaixo do normal, teremos uma hipermetropia de índice; se mais alto, resulta em miopia. Aumentando o índice da cortex na mesma proporção do índice do núcleo, agindo o cristalino como um elemento simples de refração e, portanto, menos refringente que o normal, o ôlho torna-se hipermétrope. Em caso contrário, se aumenta o índice do núcleo, sobrepondo-se ao da cortex, haverá aumento de refractividade e, consequentemente, miopia.

*

* * *

ro-muscular em bôa forma, facilmente poderia, fortalecendo-se, por exercícios, o músculo ciliar, recuperar as 4 miodioptrias que lhe faltam para obter visão normal à distância, ficando-lhe ainda dez dioptrias para reserva.

Na hipermetropia, sabemos, o foco principal vem a formar-se atrás retina, por várias causas: diâmetro antero-posterior curto, deslocamento do cristalino para trás, pequena curvatura da córnea ou do cristalino, índice de refração total demasiado baixo, etc..

Com os exercícios ortópticos temos, nestes casos, por finalidade, aumentar o poder de refração do cristalino, ampliando o poder de acomodação; proporcionar o alongamento do eixo ântero-posterior do globo, e ainda, possivelmente, tornar maior a curvatura da córnea.

Na primeira hipótese atuaremos sôbre o músculo de Müller, que toma firme contacto, através das fibras longitudinais do músculo de Brûke, 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, agimos sôbre os elementos circulares do ciliar, obrigando-os a uma contração máxima, por meio de grande apêlo à acomodação e, em seguida, forçando-os a completa relaxação, através de uma desacomodação ativa.

Estes exercícios, adequadamente executados, aumentam, por tal forma, o poder contráctil 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 ci-lométrica.

Um músculo assim, por tal forma hipertrofiado, poderá corrigir biològicamente a hipermetropia suposta, recuperando as 4 miodioptrias do seu déficit.

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 fôrça superior a 14 dioptrias

Usando sòmente 4D. para longe e sete para a visão a 33 centímetros, ainda lhe sobram 7D., o que representa um terço da sua fôrça de reserva, o suficiente para um trabalho suave e produtivo.

A indicação para o tratamento das hipermetropias pelos exercícios ortópticos, é dado pelo seguinte critério: Se a amplitude da aco-

modação que deveria ter o paciente, de acôrdo com a sua idade, permite a correção da hipermetropia, calculada em miodioptrias e mais 3D., para perto, sobrando, depois de tudo, um terço de sua força, como reserva, nós podemos asseverar que os exercícios ortópticos, restabelecendo a plena função do músculo de Müller, tornarão desnecessário o uso de lentes corretoras.

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

Sabemos que a criança nasce, em geral, hipermétrope, 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, sòmente, depois dos 7 anos é que se torna possível a formação de foco dos raios paralelos sôbre a retina.

O olho, nesta fase de desenvolvimento, é modelado pela ação fisiológica dos músculos da acomodação e convergência.

A constante atuação dêstes elementos, agindo sôbre uma estrutura ainda jovem, tanto da esclera como da córnea, condiciona o alongamento anatômico podendo realizar, assim, curas expontâneas de hipermetropias totais.

Se fizermos, por meio de exercícios ortópticos, aumentar a amplitude de acomodação e convergência positiva e negativa, temos tôda a probabilidade de fazer recuar o polo posterior do globo até às proporções de emétrope.

*

* *

A miopia pode ser igualmente tratada pelos exercícios ortópticos. Não nos referimos, bem se vê, às formas degenerativas, já em meio de sua evolução, com grande alongamento do globo ocular, nem tão pouco às formas provavelmente *patológicas*, tal seja a forma fibrilar.

A forma hipertônica, ocupacional ou inervacional, da classificação de G. Lloyd Harding, é a que melhor reage aos exercícios visuais.

É desta classe, a miopia que se encontra, habitualmente, nos indivíduos de temperamento nervoso, nos instáveis, neurastênicos nas vítimas dos mais variados distúrbios neuro-vegetativos.

De início este tipo de doentes revela, por vezes, instabilidade passiva em sua refração ocular: astigmatismo mutável, cujo eixo, em momentos, percorre todo o *quadrante horário*. Ao exame da acuidade visual, evidencia-se ora hipermetrópe ora míope. Corre toda a gama das heteroforias. Capaz agora de vencer um prisma de 30 dioptrias mas, dentro de pouco tempo, não pode superar um prisma de 10D..

Depois de certa acalmia desta volubilidade inervacional, fixa-se notável hipertonia geral; por toda parte anda o parassimpático em superação.

O músculo de Müller entra em espasmo permanente, por vezes difícil de ser vencido até mesmo pelo uso reiterado de atropina. Tal contratura, se demora, acabará por trazer modificações anatômicas do globo, tais sejam: aumento de curvatura permanente do cristalino, aumento de curvatura da córnea, alongamento do olho.

Entre as miopias ditas fisiológicas, a forma hipertônica, inervacional, é a causa de, aproximadamente, 60% destas ametropias.

O princípio geral que orienta o tratamento ortóptico no caso de miopias fisiológicas abaixo de 6D., quando, na estatística de Tron, se deve suspeitar de aumento do eixo ântero-posterior, é a desacomodação, por todos os meios e modos.

Desacomodar por exercícios de abdução, de divergência, por atuação ativa sobre o músculo de Brücke. Desacomodar, segundo o conselho de Cantonnet, intelectualmente, aconselhando exercícios mentais, engenhosos e variados, que a escola francesa põe à nossa disposição.

Vigiar o sistema neuro-vegetativo. O paciente deve estar aos cuidados de um neurologista e, quando de mais idade, de um psicanalista. É preciso libertá-lo de *Hipertonia* agindo mesmo em seu subconsciente.

Conclusões

Walter B. Lancaster, já em 1944, nos referia que o "The National Committee on Optic and Visual Physiology" vinha se ocupando, de um modo especial, da *recuperação visual*, por simples exercícios de natureza puramente funcional, esperando, êle, que, muito em

breve, o secretário daquela agremiação anuncie este assunto para uma ampla e livre discussão.

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 função visual, com o sugestivo título de *quebra-óculos*, para concluir que todos estes sistemas e métodos aplicados para a *recuperação visual*, mal grado desvios e mistificações, têm seus fundamentos em idéias sadias.

As duas grandes autoridades citadas conclamam os oculistas a fazerem uma revisão da oftalmologia no que respeita à função visual.

E' preciso tirar esta iniciativa das mãos dos *práticos ilegítimos*. Eles contam já 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 um verdadeiro fanatismo, na esperança de uma cura nem sempre possível.

Como se vê, a questão dos exercícios visuais para o tratamento das ametropias por processos fisiológicos, rigorosamente científicos, está posta.

Já hoje não é mais possível a prescrição de lentes, de modo particular às crianças, sem que se tenha em devida conta, a possibilidade de uma recuperação visual por *simples exercícios de natureza puramente funcional*.

Tratar a miopia, na infância, somente com a receita de óculos, acompanhada do conselho de voltar tão logo observasse, o paciente, não mais estar vendo bem com eles, afim de trocá-los por outros de grão mais forte, é assistir-se, de braços cruzados, ao drama do pobre míope, sem nada tentar para fazer regredir ou, pelo menos, deter a marcha de tão insidiosa ametropia.

A simples receita de vidros côncavos e o abandono do paciente à sua sorte, é, no conceito de Lancaster, perniciosa terapêutica.

E' preciso desarraigar a convicção de que o olho míope é igual ao olho longo, com modificações anatômicas definitivas, portanto, irremediáveis.

A medida do diâmetro ântero-posterior, tomada pela radiografia, anulou irremediavelmente este tabú.

Tron e seus seguidores demonstraram que só devemos pensar em alongamento axial nas miopias que ultrapassem seis dioptrias.

O de que se faz mister é distinguir miopias fisiológicas, a grande maioria nas crianças, daquelas formas graves degenerativas, em que o tratamento por exercícios ortópticos é inoperante.

Não é concebível, igualmente, nesta altura dos nossos conhecimentos, receitar-se, para uma criança hipermetrópe, lentes de 3 e 4 dioptrias, só por que teve um fraquejamento de seu potente músculo ciliar.

Os exercícios ortópticos podem reabilitá-lo, restabelecendo a sua força normal de 14 D, em crianças até 12 anos de idade e, nestas condições, facilmente vencerá aquela diferença referida, ficando-lhe uma reserva de 10 D, que lhe permite um trabalho visual sem cansaço nem astenopias.

Fazendo uma síntese do que foi dito encerramos o nosso trabalho sugerindo que o tratamento das ametropias, por meros exercícios ortópticos e visuais, principalmente na infância, tem muitas indicações tão imperiosas que nenhum oculista pode, em sã consciência, menosprezar.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — DONALD KRATZ... — Control of Myopia Arc of Am. Academy Optometry, January, 1947.
- 2 — FRANCIS HEED ADLER... — Clinical Physiology of The Eye.
- 3 — FRANCISCO FIGUEIREDO... — Visão dos Escolares. Anais do IV Congresso Brasileiro de Oftalmologia.
- 4 — HUGO DAVSON... — Physiology of the Eye.
- 5 — HILDREDTH AND OTHERS... — Effect of visual Training on existing myopia. Am. J. of Opht. January, 30: 1563-1576 Dez., 1947.
- 6 — HEINRICH W. DOSE... — German Aviation Medicine. World War 2.º.
- 7 — J. DONALD PASCAL... — Visual Exercises in Opht. Arc. of Opht., 1947.
- 8 — KENNETH B. STODDART... — Myopia. Present Status. Arc. of American Academy of Optometry. July, 1947.
- 9 — S. RAPHAEL SÉBAS... — Tratamento da miopia. Brasil Médico. Maio 1948.
- 10 — WALTHER B. LANCASTER... — The Present Status of Eye exercise for improvement of Visual Function.
- 11 — WOODS A. C.. — Myopia Therapy by visual Training. Am. J. of Opht. January, 1946.

Prosseguindo a discussão, pede a palavra a Prof. Paulina Sztanowski de Neuman que pergunta ao relator se não prefere usar

atropina a $\frac{1}{2}\%$ em pomada em vez de solução a $\frac{1}{4}\%$. Diz que num trabalho que apresentou á Sociedad Argentina de Oftalmologia sugere o exame sistematico dos filhos de pais miopes entre os 2 e 3 anos afim de se descobrir bem cedo o defeito, que pode ser congênito. Indaga do Dr. Sébas se na hipermetropia tratada com exercícios ortópticos a solicitação excessiva do músculo ciliar não trará inconveniente para o desenvolvimento do globo ocular. Diz que a hipertrofia muscular vai se anulando progressivamente com a perda da elasticidade do cristalino. Se o músculo se hipertrofia, a correção da hipermetropia não poderá ser completa. Quanto aos exercícios ortópticos em olhos míopes, acha que se deve fazer a diferença entre miopia espasmódica e miopia constitucional. Na primeira os exercícios ortópticos são contraindicados porque o paciente já está sob ação exagerada do músculo e os exercícios só irão agravá-la. Costuma receitar dois óculos, um com a correção total da miopia e outro mais fraco, para perto e em pouco tempo a miopia desaparece.

O segundo comentarista foi o Dr. Natalicio de Farias que indaga se o Dr. Sébas separou as crianças em dois grupos — com e sem vício de refração e qual o resultado obtido entre as amétropes depois do tratamento ortóptico.

Respondendo ás indagações, o Dr. Luiz Assumpção Osório diz que prefere usar a solução de atropina a $\frac{1}{4}\%$ por causa dos fenómenos alérgicos. Agradece as referencias feitas pelo Dr. Sébas e se mostra contra os exercícios ortópticos por causa da hipertonía, que, muitas vezes, acarreta consequencias desastrosas.

Por fim, o Dr. S. Raphael Sébas diz que sua finalidade ao usar os exercícios ortópticos é de desacomodar. O músculo em espasmo é um músculo doente, cuja amplitude de ação é muito pequena. Com os exercícios, procura excitar as fibras longitudinais do músculo ciliar. Informa ao Dr. Natalicio não ter estatística por exercer apenas a clínica privada, o que torna difficil o cômputo de dados.

Nesta altura da sessão o Prof. Lineu Silva convida a Prof. Paulina Satanowski de Neumann a tomar o seu lugar na Presidencia, o que é feito sob palmas.

A representante da Sociedad Argentina de Oftalmologia agradece e dá a palavra ao primeiro inscrito, Prof. Hilton Rocha que apresentou seu trabalho sobre "Ceratoplastia lamelar".

CERATOPLASTIA LAMELAR

HILTON ROCHA

A ceratoplastia não perfurante, que permaneceu olvidada apesar dos conhecidos trabalhos de LOEHLEIN e MAGITOR, resurgiu em 1948 com as novas roupagens que PAUFIQUE lhe emprestou.

E a operação, que pouco se afastou da finalidade óptica, vê hoje uma sensível ampliação de seu âmbito no sentido estético, terapêutico e trófico, para não dizermos das mais recentes e ousadas investidas no sentido de, através dela corrigirmos os vícios de refração mais sensíveis.

Podemos dizer que o trinomio constituído por FILATOV, FRANCESCHETTI e CASTROVIEJO que liderava o capítulo dos enxertos de córnea exige por justiça que nelé já se inclua o nome de PAUFIQUE.

A nossa experiencia em "enxerto de córnea" abranje apenas 60 ceratoplastias penetrantes e 10 não penetrantes.

Das penetrantes, tivemos oportunidade de realizar a primeira metade com técnica quadrangular de CASTROVIEJO, usando integralmente o método por este aconselhado, inclusive a sua conhecida sutura corneana.

A outra metade realizamos com o trépano de FRANCESCHETTI (5 e 6 milímetros) que nos pareceu preferível á dupla faca de CASTROVIEJO. E nesse caso, usando o trépano do mesmo diâmetro para o doador e o receptor, fizemos a contenção, ora com a mesma sutura de CASTROVIEJO ora com a sutura direta córneo-corneana, que, como entre outros aconselha BARRAQUER, reúne grandes vantagens, com o único inconveniente superável do traumatismo que acarreta.

Á medida que aumentamos a nossa experiencia com a ceratoplastia penetrante, sentíamos que na realidade era restrito o número

de suas indicações ópticas. E que também, não são desprezíveis as complicações e os acidentes cirúrgicos. As sinéquias anteriores, o glaucoma secundário, as irido-ciclites, são complicações não raras. A panoftalmite que felizmente ainda não pude lastimar, é contudo de relato conhecido. A necrose e eliminação do enxerto, como uma vez já me ocorreu, cria situação embaraçosa. E ainda é ela uma operação que exige grande colaboração do paciente (praticamente inviável na criança), sendo de ousada execução na afacia.

Com o evento da técnica lamelar de PAUFIQUE ampliam-se as perspectivas. O próprio CASTROVIEJO em 1949, já nos traz a sua experiência com 51 casos e ele mesmo, campeão valoroso da técnica penetrante, e reconhecendo nesta melhores sucessos visuais, conclui que “indubitavelmente a ceratoplastia lamelar é muito mais segura que a penetrante e evita muitas desagradáveis complicações, tais como pinçamentos e hérnias da íris, lesões do cristalino, glaucoma secundário e endoftalmite. Por esta razão, pois embora a ceratoplastia lamelar ofereça em geral menores acuidades visuais que a penetrante, é o processo de escolha em indivíduos de um só olho, na afacia e em geral em todas as opacidades superficiais particularmente as que afetam a área pupilar com boa córnea em redor. Como também é o método de escolha em “pacientes muito inquietos, crianças ou adultos, quando é razoável supor que por má cooperação seja tormentoso o post-operatório”.

O outro grande mérito da técnica não penetrante bem sistematizada está na grande generalização de seu emprego: tanto se multiplicam os casos indicados para a lamelar, quanto rareavam às finalidades ópticas os casos para a ceratoplastia penetrante.

E mesmo quando esta última se impõe ainda não é raro que se aceite como louvável o preparo do terreno aumentando-se-lhe a receptividade com uma ceratoplastia lamelar.

Quanto á técnica para a ceratoplastia penetrante ficaram-me as seguintes impressões:

- 1) o olho do cadáver deve ser enucleado até 5 horas após a morte. Quanto menor o prazo decorrido para a operação, melhor. Não utilizamos nunca córnea mantida em refrigeradores por mais de 48 horas.

2) as córneas doadoras de adultos e velhos são melhores que as de crianças e recém nascido. Talvez pelo seu menor poder hicroscópico.

3) prefiro atualmente o trépano de FRANCESCHETTI á dupla face de CASTROVIEJO.

4) será preferível a secção retrógrada da córnea, aplicando-se o trépano sobre o endotélio como aconselha ARRUGA, pois grande parte dos insucessos decorre da deficiente secção da zona de DESCEMET.

5) na ceratoplastia penetrante talhamos previamente o disco da córnea doadora. Não vejo nisso inconveniente algum, e múltiplas vantagens.

6) após experiencia com o retalho conjuntival de FILATOV, com a sutura de CASTROVIEJO, com os fios em cruz ancorados no limbo dou preferencia hoje á sutura direta córneo-corneana, como aconselham entre outros, AMSLER e BARRAQUER. Dois, quatro seis pontos, conforme a necessidade e o diâmetro do trépano. Agulha GRIESHABER, preferencia modelo BARRAQUER. O dispositivo de ARRUGA para conter o disco a transplantar facilita a sutura, sem traumatizar a córnea. A sutura não deve transfixar a córnea, mas apenas a metade anterior da sua espessura.

7) uma das complicações mais frequentes são as sinéquias anteriores. Urge removê-las precocemente, convindo uma técnica que facilite a injeção de ar na câmara anterior. Quer pelo caminho da ciclodíalise (BARRAQUER) quer com sutura esclero-corneana sólida (CASTROVIEJO).

8) o post-operatório é beneficiado com vits. A e B₂, com te-
cidoterapia e, se necessário com transplantes tróficos lamelares pe-
riféricos. Não tenho experiencia em tais casos com a cortisone. Em
2 doentes, com acentuado edema do retalho, usei pomada glicosada
como aconselha FRANCESCHETTI, com resultado apreciavel.

Quanto á ceratoplastia não perfurante com apenas 10 casos, não me permite conclusões. Fí-la em alguns casos com finalidade óptica, noutros com finalidade terapêutica trófica — trago a documentação fotográfica de um caso de cada grupo, sendo que o do

2.º era uma forma atípica e absolutamente resistente de uma ceratite disciforme, com ampla e invulgar vascularização. Feita a primeira ceratoplastia lamelar (2/3 aproximadamente da espessura), com trépano de FRANCESCHETTI (6 mms.) tivemos um ótimo post-operatório, mantendo-se transparente e não vascularizado o disco transplantado, porem com o leito sem transparencia, a impedir êxito funcional. Contudo, fez-se sentir o efeito trófico melhorando as condições ambientes para uma ulterior ceratoplastia penetrante. E nos possibilita o exame anátomo patológico do disco removido, indicando-nos, ao lado de nítidas ruturas da membrana de BOWMANN, caracteres histológicos sugestivos de um processo tuberculoso.

São esses casos. de “ceratoplastia a quente” como rotula FRANCESCHETTI que irão dar a essa intervenção foros de rotina, confirmando para muito breve, se já não confirmada, a assertiva de MAGITOT: “a ceratoplastia lamelar póde ser utilizada com sucesso em 75% dos casos em que se utiliza hoje a técnica penetrante. Esta passará, e em futuro próximo cederá lugar á outra.”

O ecletismo é sempre a solução heroica. A tendencia é sempre no sentido mais benigno e eficiente. As 2 técnicas sobreviverão sempre, mas a preferencia será pela mais benigna facultando a grande ampliação de seus propósitos.

Ainda porque, com a técnica lamelar, possibilita-se a ceratoplastia total que destartê rompe com novos horizontes.

Usamos para a ceratoplastia lamelar como já dissemos a técnica de PAUFIQUE com o trépano de FRANCESCHETTI ou de LEGRAND.

1) talhamos, ao contrário da técnica penetrante, em 1.º lugar, a córnea receptora. Isso porque um imprevisto poderá nos constrenger e tornar penetrante uma lamelar planejada. Já nos ocorreu, em um caso com meio caminho de dissecação da córnea receptora, perfurá-la, com esvasiamento consequente do humor aquoso, mas a perfuração pequena não impossibilitou que terminássemos a operação no regime lamelar.

2) delimitado o disco na córnea receptora, com o trépano escolhido, iniciamos a clivagem com o gancho de PAUFIQUE para proseguirmos com o escarificador tipo DESMARRES.

3) preparado o leito receptor, vamos talhar o transplante. Aqui utilizamos a faca de BOCK, ideada na magnífica clínica de FRANCESCHETTI, e que possibilita uma secção facil e uniforme.

4) faço em geral a contenção com sutura direta córneo-corneana. Raramente uso fios cruzados e só quando empregados trépanos de diâmetros menores.

Estou convencido que a ceratoplastia lamelar embora de técnica um pouco mais delicada que a penetrante, está fadada em se tornar intervenção de rotina, maximé em suas finalidades terapêuticas e tróficas, especialmente nas "intervenções a quente", como é o caso da ceratite intersticial sifilítica que, em franco período de vascularização recebe bem a intervenção lamelar.

Abrindo a discussão o Prof. Cyro de Rezende diz não ter experiencia de ceratoplastia lamelar, dizendo ter feito com êxito a ceratectomia. Pergunta como o Prof. Hilton Rocha faz a dosagem da profundidade da opacidade corneana. Em sua prática, muita vez, ao operar leucomas superficiais encontrou a profundidade maior do que esperava. Não está de acordo que a ceratoplastia lamelar venha retirar um contingente tão grande das ceratoplastias perfurantes. Acha que a sutura direta é muito mais segura, mas só a emprega quando usa trépanos de 8 mms. Para trépanos de 5 mms julga suficiente a sutura indireta.

O segundo comentário é feito pelo Dr. Egon Krueger que pergunta como dosa o orador a profundidade do leucoma. Se no exame preliminar já fica determinado qual o processo: ceratectomia perfurante ou ceratoplastia lamelar. Pergunta ainda se usa facas paralelas e como a profundidade do corte é dosada.

O Dr. Waldemar Niemeyer diz ter operado 6 casos, achando muito interessante a ceratoplastia lamelar. Usa a telelupa de Zeiss em suas operações, fazendo sutura direta — 3, 4 ou 5 pontos. A operação póde ser repetida. Em um dos casos ficou uma camada opaca sob o enxerto transparente, pretendendo repetir a ceratoplastia. Por fim, pergunta até que extensão tem feito a mesma.

O Dr. Paulo Aranha Azevedo sem ter praticado a intervenção, tem visto a mesma ser executada no Serviço do Prof. Cyro de Rezende. Pergunta ao orador como é dosada a profundidade do leucoma e do fragmento de córnea a enxertar.

Encerrando a discussão, volta a falar o Prof. Hilton Rocha que diz dosar a profundidade do leucoma pela lâmpada de fenda. Quanto á profundidade da penetração do trépano, vae muito da experiência do operador. Se ao retirar o trépano nota com uma espátula fina que a profundidade do corte não foi suficiente, aumenta colocando novamente o trépano. Se ao retirar a lâmina de córnea que contem o leucoma nota ainda um resto de opacidade, póde retirar nova lâmina, embora ás vezes tenha se surpreendido com o desaparecimento do resto do leucoma que ficára nas camadas mais profundas. Está de acordo com o Prof. Cyro de Rezende quanto aos resultados da ceratectomia perfurante.

O 2.º Tema Livre apresentado foi o do Dr. Paulo Aranha de Azevedo, já que não se achavam presentes os Drs. Justo Lijó Pavia e Sylvio de Abreu Fialho. Foi o seguinte o trabalho do Dr. Paulo Aranha de Azevedo.

ECTASIA DO POLO POSTERIOR DO GLOBO COM TRANSPARÊNCIA DO MESMO

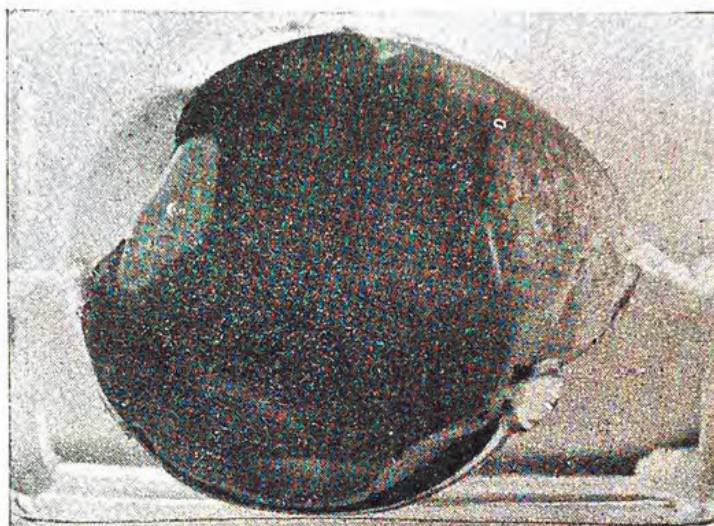
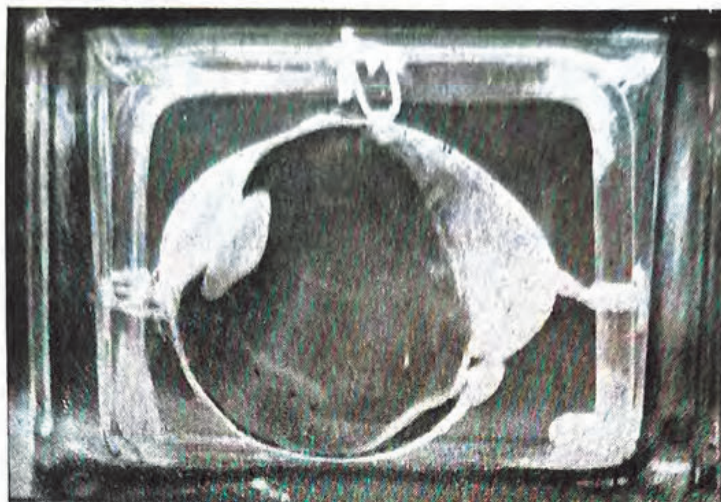
DR. PAULO ARANHA DE AZEVEDO

Assistente de Clínica de Olhos da Santa Casa
de Misericórdia — «Serviço Jacques Tupinambá»

A. F. Brasileiro, com 23 anos, branco, solteiro, lavrador, residente no interior do Estado de São Paulo, veio a nossa consulta, alegando observá-la há algum tempo diminuição acentuada da acuidade visual em O.D.

O exame exterior nada revelava: a A.V. normal em O.E., acusava 1/3 em O.D.; queratometria normal. Reflexos idem. Efetuamos a dilatação com homatropina e observamos então ao exame indireto na parte inferior do polo posterior do globo, uma zona em hemi-circulo, de limites precisos, esbranquiçada, quasi atingindo a $\frac{1}{2}$ distância papilar, pregas retinianas discretas, vasos retinianos acotovelados, passando curvos sobre a zona. Ao exame direto podia-se notar a presença de pigmentos em pouca quantidade, ora dispostos entre os ramos vasculares, ora acompanhando as paredes dos mesmos. T.O. normal. Meios transparentes idem. Efetuamos exame do campo visual que apresentou pequeno escotoma periferico. A transiluminação lateral pouco nos informava atendendo-se a situação da séde. O exame efetuado com a lampanda de fenda com o emprego de vidro de contato acusava um levantamento do fundo luminoso na porção proxima a papila, após se afilava, dando a impressão de mergulhar, de ampla concavidade como chamou atenção o Prof. CIRO DE REZENDE que também observava o caso em apreço.

Além deste ilustre oftalmologista outros competentes colegas como o dr. PEREIRA GOMES e PAULA SANTOS tiveram ocasião de examinar o doente.



Consideramos a possibilidade de um coloboma da coroide ou de um leuco-sarcoma; firmamos contudo a hipótese do leuco-sarcoma, digo hipótese, porque nada mais duvidoso e cheio de surpresa, tantas vezes que o diagnostico de tumores situados no polo posterior quanto a sua malignidade é sempre o anatomo-patologista que irá dizer a última palavra, pois a histopatologia, como acentua ADROGUE em uma forma tumoral, menos rara que este, o glioma, reduz a menos de 50% os diagnosticos clinicos.

E como também salienta DUKE-ELDER (VIII pág. 2.513), temos visto que não raros olhos excisados por uma dolorosa e obstinada irido-ciclite com glaucoma secundario ou em um estado de redução atrofica, descobriu-se patologicamente um neoplasma não previsto...

Tratando-se de paciente de poucos recursos, foi internado na 1.^a Enf. de homens da Santa Casa de Misericordia de São Paulo, onde foi operado. Feita a enucleação poudese observar pronunciada ectasia do polo posterior, que apresentava ainda um aspecto de tecido corneano, com uma transparencia tal que se olhando pelo polo posterior, poder-se-ia ver a imagem invertida de objeto visado, tendo os oculistas presentes e entre outros DURVAL PRADO, nome tão ligado aos problemas da óptica em nosso meio, tido a feliz oportunidade de observar o tão citado fenomeno óptico. A transparencia da esclera confinada ao quadro oftalmoscopico já nos falava do erro do diagnostico; o corte do globo no estudo da espessura da membrana, acusava extrema diminuição que se poderia prever que pequeno trauma, pudesse causar possivel ruptura...

Magra compensação, em todo caso para o doente é sempre melhor o engano do que a confirmação de uma neoplasia maligna, mesmo com o sacrificio de um órgão de alta valia. . .

A peça foi entregue para os devidos exames histopatologicos.

A informação que recebemos dizia tratar-se de uma ectasia pronunciada da zona supero posterior do globo indo na zona equatorial às proximidades da papila, presença da retina que passava em ponte. Nada nos falava da coroide e da natureza da esclera, apenas seu adelgaçamento, ausencia do processo maligno.

Pensamos tratar-se de uma esclerectasia primaria, pela ausencia de inflamação ou de hipertensão prévia, diferenciando-se do stafiloma posticum de SCARPIA, não só por não haver atingido a zona macular como também a refração não registrar as diferenças classicas

encontradas — zonas emetropes ou hipermetropes em contraste com as de miopia consequente ao estafiloma.

Quanto à ectasia intensa da região em que se assenta o coloboma da coróide e a protuberância escleral de von AMMON, ligada a este grupo, distingue-se pela presença da retina passando em ponte quasi sobre as bordas desta superfície ectasiada, como que delimitando espaço cístico e sobre tudo pelo que chamamos corneificação da esclera, pois a transparencia da mesma adquiria as qualidades opticas essenciaes da córnea.

Foi a raridade deste achado, e a lição aprendida com êle que nos levou a apresentar esta comunicação.

Pedindo a palavra o Dr. C. Laborne Tavares, para comentar o Tema, acentua a dificuldade diagnóstica entre tumores endoculares e a espécie. Teve um caso no qual somente a enucleação elucidou o diagnóstico.

Outro comentário foi do Dr. Jorge Cavalheiro Willmersdorff que diz ter lido allures estar a transparencia da esclera em função da agua nela contida.

No mesmo sentido fala o Dr. Waldemar Niemeyer, dizendo ter lido em autores de fala alemã que diminuindo a quantidade de água da esclera, por compressão ou distensão, esta se torna transparente. No caso presente, é possível que a transparencia se tenha produzido mercê do segundo mecanismo.

Respondendo aos comentadores, o Dr. Paulo Aranha de Azevedo diz ter evitado a punção e a transiluminação com receio de possível disseminação, se fosse tumor.

Como viesse acompanhado de filme cinematográfico, o trabalho do Dr. Jorge C. Willmersdorff foi transferido para a sessão noturna.

Finalmente, o Dr. J. Gomes da Costa Filho leu o ultimo Tema Livre, intitulado "Infecção focal dentaria em oftalmologia", o qual não foi entregue á Comissão de Anais para publicação.

Segunda sessão plenária

Foi realizada às 15 horas, no Auditório do IPASE, sob a Presidência do Prof. Paulo Cezar Pimentel, secretariado pelo Dr. Natalicio de Farias. Iniciando os trabalhos, convida o Prof. Cyro de Barros Rezende para assumir a Presidência, o qual agradece em nome da Faculdade de Medicina de São Paulo. Após agradecer a sua investidura, o Prof. Cyro de Rezende declara que por não estar presente o Dr. J. de Souza Dias, relator do Tema Oficial "Tratamento ortóptico", dava a palavra ao Dr. Natalicio de Farias relator do Tema Oficial "Tratamento cirúrgico do estrabismo", já publicado no Vol. I destes Anais.

Depois da leitura do relatório, teve a palavra o debatedor, Dr. Acacio de Souza Branco, de Petrópolis, para fazer seus comentários.

Depois de elogiar, o relatório, verdadeiro "mise au point" do assunto, tece considerações sobre as indicações cirúrgicas em função de dificuldades interpostas ao tratamento ortóptico, tais como indocilidade do doente, falta de compreensão dos responsáveis, dificuldades materiais por parte do doente e dos especialistas, mormente daqueles afastados dos grandes centros. Termina citando as opiniões de Peter e Green sobre a indicação operatoria do estrabismo.

Comentaram ainda o relatório a Dra. Mariana Noronha, indagando se o A. tem casos operados de estrabismo vertical e o Dr. Ruy Fernandes que chama a atenção do Dr. Natalicio de Farias para o fato da melhoria da visão binocular ser consequência remota da recuperação do paralelismo dos eixos visuais; em sua opinião, a restauração da visão binocular depende de um bom tratamento ortóptico.

Respondeu aos comentaristas o Dr. Natalicio de Farias, dizendo não ter casos operados de desvio vertical; só os conhece de literatura. Quanto á restauração da visão binocular é o objetivo mais impor-

tante no tratamento do estrabismo pois somente esta restauração pôde fixar os eixos oculares em suas devidas posições.

Como ainda não tivesse comparecido o Dr. Souza Dias, o Sr. Presidente pede ao Dr. Evaldo Campos que fizesse uma exposição do trabalho do mesmo, publicado no Vol. I dos Anais.

Desculpando-se por qualquer omissão, pois lera o relatório como revisor das provas dos Anais, o Dr. Evaldo Campos salienta os pontos mais interessantes do mesmo, sendo em seguida concedida a palavra á Dra. Mariana Noronha para a leitura do trabalho que escrevera sobre o relatório, não entregue para publicação.

Foi então iniciada a discussão pelo Dr. Raphael Benchimol que diz ser a ortoforia nos examinados para a Aeronáutica quasi um mito, pois a forometria sistemática assim o revelou.

O Dr. S. Raphael Sébas foi o 2.º comentarista dizendo que o relator e a debatedora indicam o tratamento ortóptico mais a cirurgia. Lembra entretanto a estatística de Lyle na qual somente a cirurgia dá 20% de visão binocular enquanto a terapêutica ortóptica atinge a 80% de visão estereoscópica. Acredita que a lente de contato é de adaptação e uso difíceis por causa da heteroforia.

O 3.º comentarista foi o Dr. Ruy Fernandes que diz ser a ortoforia uma raridade e não um mito. Compara a visão binocular ás oscilações pupilares. Pergunta que acha a Autora do "post image test" (prefere dizer "prova de imagem persistente"), e se os pacientes dão respostas satisfatorias. Acha o teste de execução difficil, preferindo por mais fidedigno o sinotiscopio. Faz o elogio da lente de contato.

Em seguida o Dr. Pedro Moacyr de Aguiar diz que não endossa o critério de Chavasse sobre a idade na qual se instalou o estrabismo limitar a agudeza visual do olho vesgo. Para a cura completa julga necessário o tratamento cirúrgico, tanto quanto os exercícios ortópticos.

Respondendo aos colegas, a Dra. Mariana Noronha agradece, e diz que as palavras do Dr. Ruy facilitam sobremodo a resposta, pois na realidade há uma oscilação normal que vai a 1 grau de hiperforia, 6 a 8 de exoforia e 1 a 4 de endoforia. Alem destes li-

mites, se o paciente de nada se queixa, deve falar-se de heteroforia compensada. Quanto ao teste da post-imagem, é realmente subjetivo, como o é o do sinoptóforo. Cabe ao técnico perceber quando a criança está mentindo.

Passando a Presidencia ao Prof. Hilton Rocha, o Prof. Cyro de Rezende, torna a agradecer a atenção, o que também é feito pelo novo ocupante da Mesa, sendo então apresentado o 1.º Tema Livre por D. Lygia Alves de Lima, escrito em colaboração com o Dr. José Carlos Gouvea Pacheco, publicado a seguir.

INCIDÊNCIA E TRATAMENTO DA CORRESPONDÊNCIA RETINIANA ANÔMALA

DR. JOSÉ CARLOS G. PACHECO

Do Centro de Estudos de Oftalmologia

LYGIA ALVES LIMA

Do Centro de Estudo de Oftalmologia

O trabalho que ora apresentamos tem a finalidade de contribuir para este assunto tão discutido e de tão grande interesse no tratamento ortópico do estrabismo.

Com relação à Correspondência Retiniana Anômala, as divergências surgem desde a terminologia com que ela é designada, portanto, — para maior clareza do que temos a expôr, dividiremos o assunto em 3 partes: — Conceito, Incidência e Tratamento.

Conceito — O conceito da correspondência retiniana anômala tem sido muito discutido e as opiniões divergem. É bastante consultarmos os tratados para constataremos os inúmeros nomes com que os autores rotulam esta anomalia: Incongruência Retiniana, Correspondência Anômala da Retina, Correspondência Secundária da Retina, Falsa Projeção, Projeção Binocular Anômala, Condição Retiniana Anômala, Falsa Associação de Fixação, Perda da Fixação Central, Falsa Mácula, Fixação Excêntrica e Falsa Fixação.

Como vemos, se por um lado a maioria dos nomes empregados — são sinônimos, alguns estão sendo imprópriamente adotados. Hoje o termo considerado mais adequado e mais largamente usado pelos autores é de — Correspondência Retiniana Anômala.

É importante entendermos perfeitamente o significado deste termo, pois que do seu diagnóstico e sua correção depende em grande parte, o êxito do tratamento ortópico.

Como Lyle e Jackson e grande parte dos autores atuais, consideramos a correspondência retiniana anômala uma "Associação Binocular Anômala" da qual o cérebro lança mão para compensar o desvio dos eixos visuais. Sendo uma condição essencialmente binocular, não deve ser confundida com falsa mácula ou fixação excêntrica, pois esta é uma anomalia monocular.

Além disso, enquanto a fixação excêntrica pode ser congênita ou adquirida, a correspondência retiniana anômala é somente adquirida. Na fixação excêntrica o olho é sempre ambliope, isto é, a visão nunca atinge a mais de 1/10 e na correspondência retiniana anômala pode haver boa acuidade visual.

Para melhor compreendermos a Correspondência Retiniana Anômala será interessante que recapitulemos os fatos elementares da correspondência retiniana normal. Assim, consideremos um par de olhos cujos eixos visuais são paralelos e olham um objeto situado à sua frente; a imagem vai incidir sobre as duas máculas e é, portanto, mentalmente projetada para a frente. As imagens dos objetos situados no campo esquerdo da visão, incidem sobre o lado nasal da retina do olho esquerdo e temporal do olho direito. Estas imagens são projetadas mentalmente para a esquerda e, da mesma forma, as imagens do campo direito serão projetadas para a direita. Isto é o que sucede no olho normal.

Consideremos agora um caso com estrabismo convergente do olho direito com correspondência retiniana normal: a imagem X incide sobre a mácula do olho fixador (no caso olho esquerdo) e sobre a retina do olho desviado. Como é a parte nasal da retina de O.D. que recebe a imagem, esta é projetada para a direita, isto é, para a metade temporal do campo visual de O.D. e o resultado será uma diplopia homônima.

Vejamos agora o mesmo caso, porém com correspondência retiniana anômala: A imagem X incide sobre a mácula do olho que fixa e é projetada diretamente a frente; no outro olho, a imagem, caindo sobre a retina nasal, deveria ser projetada para a direita, mas é projetada na direção real do objeto. Devemos lembrar que a imagem do olho desviado não é nitida porquanto é formada longe da mácula numa região periférica da retina, onde a acuidade visual é baixa.

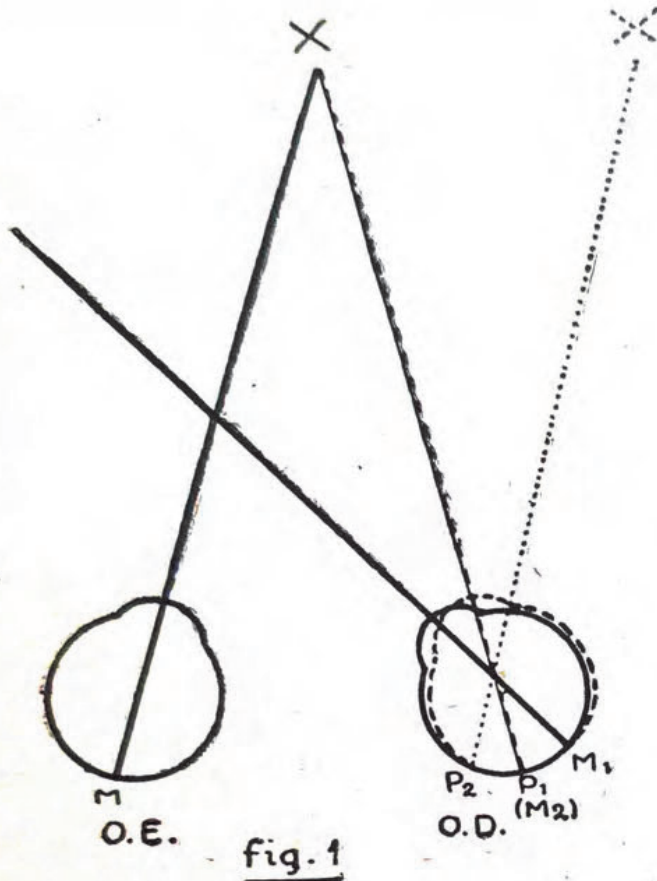


Figura n.º 1 — Diagrama de um estrabismo convergente de O. D., mostrando diplopia homônima.

- X = objeto de fixação
- M = mácula do olho fixador (O. E.)
- M₁ = mácula do olho estrábico (O. D.).
- M₂ = posição da mácula de O. D., como se ele estivesse voltado para direita, dominando o desvio.
- P₁ = posição da imagem X sobre a retina do olho estrábico.
- P₂ = posição de P₁, se O. D. estivesse voltado para direita, como para dominar o desvio.
- X = falsa imagem.

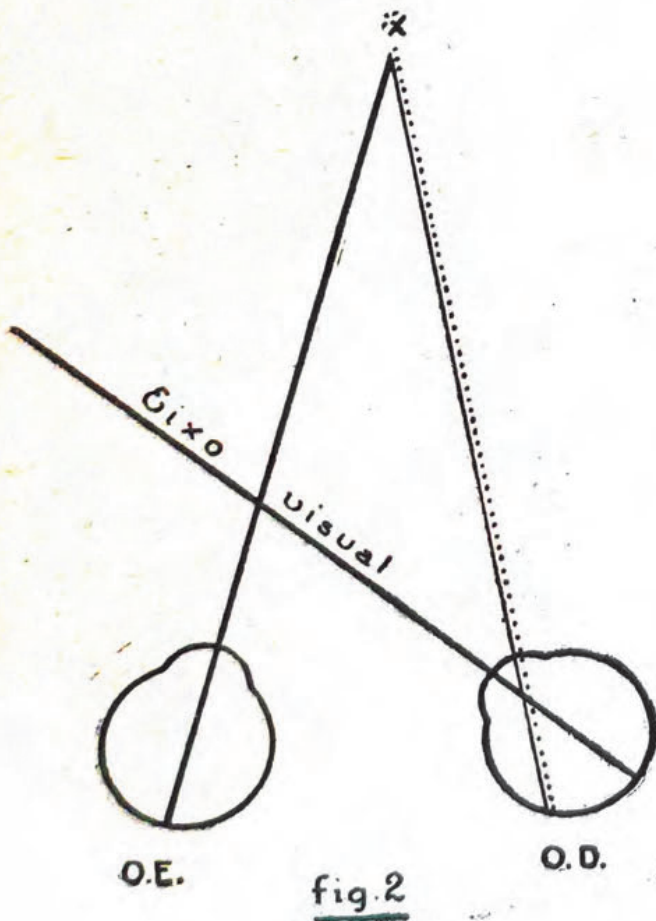


Figura n.º 2 — Diagrama mostrando correspondência retiniana anômala num caso de estrabismo convergente de O. D.

- M = mácula
- X = objeto de fixação
- P = posição da imagem X na retina do olho desviado (O.D.).

Existem varios métodos e aparelhos para o diagnóstico da correspondência retiniana anômala, mas acreditamos que o Synotóforo (e os demais grandes amblioscópios) seja o melhor aparelho para a sua determinação, dada a objetividade do sistema.

Vejamos, portanto, um paciente nas condições acima examinado no Synotóforo: colocamos no aparelho um par de figuras de percepção macular simultânea, o galo e a casa por exemplo, e mandamos que ele ponha o galo dentro da casa. Verificamos que ele sobrepõe as figuras em um ângulo menor que a medida objetiva. Isto sucede porque ele está fixando com a mácula do olho fixador e suprimindo a imagem macular de outro olho, de modo que as imagens incidem sobre pontos dispaes da retina de cada olho. Estas imagens são superpostas no cérebro como se ambas fossem imagens maculares. Se examinarmos os reflexos da córnea, veremos que no caso de estrabismo convergente o reflexo corneano do olho desviado está situado mais para o lado temporal, em comparação com o do olho fixador, desde que seja mantida a fixação. Naturalmente, em um estrabismo divergente o reflexo corneano do olho desviado estará localizado para o lado nasal.

Se mudarmos a fixação de um olho para outro, a superposição das imagens é obtida da mesma forma e se anularmos a imagem do olho fixador, veremos que o olho desviado movimenta-se procurando fixação macular. Estes dois fatos vem provar que a correspondência retiniana anômala é uma condição binocular e não uma falha do olho desviado.

Incidência: — A correspondência retiniana anômala é mais frequente nos estrabismos convergentes e é tanto mais frequente quanto mais cedo se instala o estrabismo. Neste particular os autores estão de acôrdo, mas em se tratando de frequência de seu aparecimento as estatísticas mostram grande divergência de opiniões.

Assim podemos dividir os autores em dois grupos: os que citam elevadas porcentagens e aqueles que nos falam em números baixos. No primeiro grupo temos HARDY que acha que 60% dos estrábicos tem correspondência anômala. KRIMINSKY em seu livro apresenta 50% destes casos: DUKE-ELDER diz que a correspondência retiniana anômala é mais frequente nos estrabismos comcomitantes convergentes alternantes e cita as seguintes estatísticas: MUEGER em 1.911

encontrou 61,5% HINE 71%, SMITH de 50 a 60%, ADLER e JACKSON 64%, WORTH e CHAVASSE revisto por LYLE de 60 a 70%.

No outro grupo temos PETER com 9% e MARY KRAMER estudando 224 casos de heterotropias no Departamento Ortóptico do Hospital George Washington encontrou apenas 8,48% (19 casos). No Departamento Ortóptico do Centro de Estudos de Oftalmologia, após 3 anos de exercício encontramos 9,63% (54 casos) sobre 561 pacientes com heterotropias.

Estudando estes 561 pacientes e de acordo com os dados obtidos no primeiro exame feito, encontramos os seguintes resultados:

TABELA N.º 1

IDADE DO PACIENTE NO INÍCIO DO ESTRABISMO	C. NORMAL		C. ANÔMALA		AUSÊNCIA DE C. RETINIANA		N.º SESSÕES
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
0 — 2	57	23,75	32	13,33	151	62,91	240
2 — 4	90	47,87	19	10,10	79	42,02	188
Maior de 4	100	75,18	3	2,25	30	22,55	133
TOTAL	247		54		260		561

Por esta tabela vemos que a correspondência anômala não é tão frequente, e, que se, apenas considerarmos juntamente a estes os pacientes com ausência de correspondência retiniana, obteremos dados semelhantes aos da maioria dos autores, ou seja:

TABELA N.º 2

IDADE DO PACIENTE NO INÍCIO DO ESTRABISMO	C. ANÔMALA		C. NORMAL		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	
0 — 2	183	76,25	57	23,75	240
2 — 4	98	52,13	90	47,87	188
Mais de 4	33	24,81	100	75,18	133
TOTAL	314		247		561

Mas, isto não é o que entendemos por correspondência retiniana anômala, pois estamos com LYLE e JACKSON quando dizem — “Para maior clareza, é, entretanto, sugerido que o termo correspondência retiniana anômala seja somente usado para os casos nos quais o ângulo subjetivo do desvio está mais próximo de zero do que o ângulo objetivo e onde o paciente não vacila em colocar o Leão na jaula.

É sugerido que o termo “ausência de correspondência retiniana normal” seja usado para descrever aqueles casos mais comuns de supressão completa ou parcial, na qual o paciente ou:

- 1) Vê ambas as figuras (i. é o leão e a jaula) ao mesmo tempo (sem alternar) mas não estabelece relação entre elas.
- 2) Vê o leão primeiro de um lado da jaula, depois de outro, podendo o “cruzamento ocorrer sobre o ângulo objetivo ou sobre um ângulo mais próximo de zero de que este”.

Tratamento: — Inúmeros são os métodos existentes para o desenvolvimento da correspondência normal, e entre eles, elegemos em nossa clínica, o sistema do Estimulo Binocular, com a modificação introduzida por Miss Sheila Mayou.

Este tratamento que é realizado no Synotóforo ou em outro grande amblioscópio, consiste no seguinte:

Usamos um par de figuras de percepção macular simultânea no qual a lâmina fixadora é uma figura para fixação foveal e a outra para-macular (o automóvel e o quadro n.º 1) Fig. 3. A diferença no tamanho das imagens facilita ao paciente a observação dos desvios no sentido vertical, o que é de máxima importância. A lâmina foveal é colocada no Synotóforo em O.D. e a lâmina para-macular em O.E., o ângulo objetivo é medido e feito o ajustamento vertical. Os tubos do Synotóforo são colocados em ângulo maior que o objetivo. Explicamos ao paciente que ele deve procurar

colocar a mira (automóvel) no centro do quadrado, movendo para este fim o quadrado e fazendo passar lentamente, de um lado para outro da mira. Num dado momento quando o quadrado se aproxima da mira (ângulo objectivo) este desaparece e vai reaparecer do outro lado da mesma. Aqui temos a area de supressão sobre a mácula. A medida que os exercícios progridem, esta área vai diminuindo até que o paciente pode ver a mira no centro do quadrado.

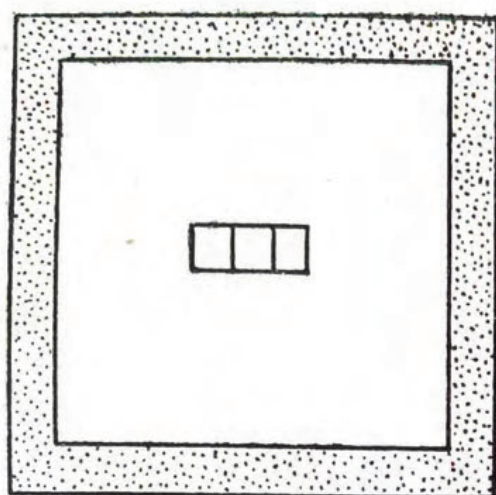
Algumas vezes a área de supressão é muito grande e o paciente somente pode ver o quadro na zona da anomalia; então movemos o quadro rapidamente sobre o ângulo objetivo (massagem) numa área de aproximadamente 10 graus, a fim de estimular a visão macular. Logo que o paciente conseguir ver as imagens cruzarem-se, voltaremos ao movimento lento, que pode ser feito pelo paciente.

A alteração importante neste método consiste em transferir a operação no Synotóforo do técnico para o paciente, aumentando assim o interesse e concentrando a sua atenção; o progresso, dessa forma é mais rápido, pois dá ao paciente a sensação de estar cooperando para a própria cura.

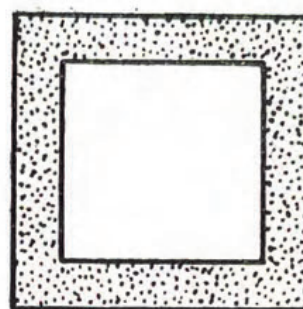
O processo exige que seja feita ao paciente uma explicação do que ele está tentando fazer, e, a supervisão do técnico, com observação atenta do reflexo da córnea, é essencial a-fim-de evitar que o paciente procure o ângulo de anomalia.

Quando o paciente consegue colocar a mira no quadrado, no ângulo objetivo, já está estabelecida a correspondência normal.

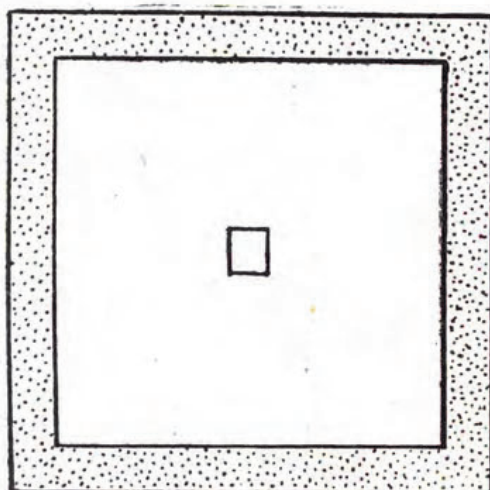
Resultados: — Dos 54 pacientes que apresentavam correspondência anômala apenas 26 se submeteram a tratamento. Destes, 16 eram do grupo de 0 a 2 anos e 13 obtiveram correspondência normal com uma media de 9 sessões de tratamento. Nove pertenciam ao grupo de 2-4 anos e destes, 5 obtiveram correspondência normal, sendo necessarias em media 6 sessões de tratamento. Um, do grupo mais de quatro anos obteve correspondência normal depois de 7 sessões.



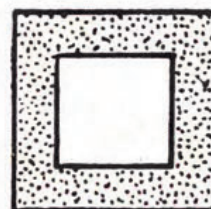
I



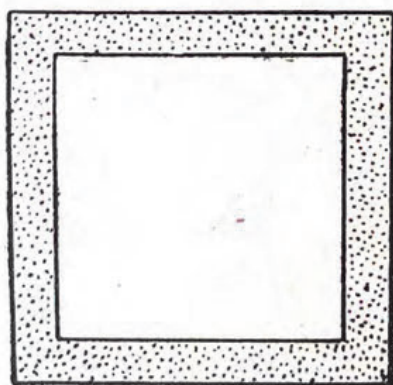
IV



II



V



III

A

B

C

Fig. n.º 3 — Série "Mayou" para desenvolvimento de Correspondência Retiniana Normal.

TABELA N.º 3

IDADE DO PACIENTE NO INÍCIO DO ESTRABISMO	EXAMINADOS		TRATADOS		CURADOS		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
0 — 2	32	59,25	16	61,53	13	68,42	9
2 — 4	19	35,18	9	34,60	5	26,31	6
Mais de 4	3	5,55	1	3,84	1	5,26	7
TOTAL	54		26		19		

BIBLIOGRAFIA

- KRAMER, MARY, Clinical Orthoptics — Duke Elder, W. S. Text-Book of Ophthalmology — Vol. 1.
 LYLE, K and Jackson, S : Practical Orthoptics.
 PETER, L. C. : The Extra-ocular Muscles.
 LYLE K : Worth & Chavasse's Squint.
 MAYOU, Sheila — British Orthoptic Journal — 1947.

O 1.º comentário foi da Dra. Mariana Noronha que veio reforçar a opinião dos A.A. Em um trabalho apresentado nas Jornadas de Campinas, cita 15 expressões diferentes para a correspondência anômala. Corrobora a opinião de D. Lygia no tocante ao tratamento, indicando ainda a oclusão alternada dos olhos.

E o 2.º comentarista foi o Dr. Ruy Fernandes que indaga se é possível haver correspondência anômala em estrabismo alternante.

Agradecendo aos comentadores, D. Lygia Alves de Lima diz que não citou a oclusão alternada, que também pratica, porque apenas se referiu às técnicas de consultório. Termina dizendo poder existir a correspondência anômala no estrabismo alternante.

O 2.º Tema Livre era de autoria do Dr. Raphael Benchimol, sobre "Causas de incapacidade na seleção oftalmológica dos cadetes do ar", que adiante é publicado.

CAUSAS DE INCAPACIDADE NA SELEÇÃO OFTALMOLÓGICA DOS CADETES DO AR

DR. RAPHAEL BENCHIMOL

(Chefe do Gabinete de Oftalmologia do Instituto de Seleção e Contrôlo do Ministério da Aeronáutica)

Embora trabalhando em um setor de oftalmologia diretamente ligado à nossa aviação militar e civil, constitui sempre motivo de interesse, pela abundância do material humano que dispomos, o estudo sobre a incidência das principais afecções oculares nos nossos aeronavegantes.

Assim é que nos ocorreu na última seleção realizada nos meses de fevereiro e março deste ano, em cerca de duas centenas de jovens candidatos a cadetes do ar, a publicação dos resultados dos nossos exames, colhidos com o maior rigor, eliminando-se, o mais possível, as causas de erros, e confrontando com as estatísticas colhidas nestes dois últimos anos, que vimos trabalhando naquele setor da especialidade, incumbido da seleção e do controle dos aeronavegantes, militares e civis.

A idade dos candidatos ao exame, variava entre 16 a 20 anos e provinham eles de quasi todos os estados da Federação.

Os exames oftalmológicos realizados em todos eles foram os seguintes: acuidade visual para longe e perto; a pesquisa do senso cromático; a visão de profundidade a 6 mts. verificada pelo aparelho das hastes de Howard-Dolman; a forometria realizada a 6 mts. com o prisma rotatório de Risley e a vareta de Madox, ou o forômetro de Stevens; o ângulo de convergência e a capacidade de divergência; a acomodação e o campo visual; o exame externo e, fi-

nalmente sob cicloplegia (colírio de atropina a 1%) a prova de esquiastoscopia e o exame do fundo de olho.

As exigências feitas para os candidatos são aquelas requeridas pela Portaria n.º 111, de 28 de maio de 1948, e assim redigidas.

Cadetes de Aeronáutica:

- 1) — Acuidade visual a 6 m.: $V = 1$ em cada olho separadamente, sem correção;
- 2) — Acuidade visual a 50 cms.: $J = 1$ em cada olho;
- 3) — Visão de profundidade a 6 m.: erro máximo de 30 mm. (Howard-Dolman);
- 4) — Heteroforia a 6 m.: esoforia máxima de 6 dioptrias prismáticas; exoforia máxima de 5 dioptrias prismáticas; hiperforia (esquerda ou direita) máxima de 1 dioptria prismática;
- 5) — Abdução: de 3 a 10 dioptrias prismáticas;
- 6) — Poder de convergência: o ponto máximo de convergência (P_{pc}) não deve exceder a distância inter-pupilar (D_p);
- 7) — Acomodação: não deve ser inferior ao valor médio para a idade, na tabela de Duane, subtraído de 3 dioptrias;
- 8) — Campo visual: não deverá apresentar contração superior a 15 graus em qualquer meridiano. Inabilita qualquer escotoma, com exceção da mancha cega;
- 9) — Refração sob cicloplegia: máxima de 1.50 D. em qualquer meridiano e de 0.50 D. de astigmatismo;
- 10) — Senso cromático: normal perquisado pela prancha A. O. C., admitindo-se, no máximo, 3 interpretações incorretas.

Foi examinado um total de 210 candidatos, tendo sido incapacitados 46 por não preencherem os índices acima exigidos; a percentagem de inabilitados foi de 21% cifra superior a que Lyons encontrou no estudo das causas de desclassificação em 164.687 candidatos a aviação nos Estados Unidos, que atingiu 13%, vindo depois dos incapacitados em psicologia e do exame físico geral.

Entre nós foi o exame ocular o que apresentou maior índice de incapacidade.

Os 46 candidatos reprovados, apresentaram os seguintes defeitos oculares relacionados pela ordem de incidência:

1) — Vícios de refração	17
2) — Discromatopsia	10
3) — Heteroforia	8
4) — Insuficiência da convergência	3
5) — Insuficiência da acomodação	3
6) — Corioretinite	3
7) — Opacificação cristalíniana	1
8) — Edema de papila	1
Total: —	46

Vícios de refração

Vemos, portanto, que os vícios de refração ocupam o primeiro lugar como causa de incapacidade (37%) em nossos exames. Eles estão assim representados:

Antigmatismo hipermetropico	5
Hipermetropia	3
Miopia	2
Hipermetropia com astigmatismo	2
Miopia com astigmatismo	2
Astigmatismo miopico	2
Astigmatismo misto	1
Total: —	17

Nos 3 casos de hipermetropia assinalados acima, os candidatos apresentavam visão de 20/20 em ambos os olhos; bom equilíbrio muscular; amplitude de fusão, convergência e divergência normais, e visão de profundidade deficiente (média dos erros acima de 50.); só a cicloplegia, é que nos permitiu a explicação até então em discordância para nós desta baixa visão de profundidade, com visão e equilíbrio muscular em boas condições. A visão sob cicloplegia

baixou para 0.10, revelando a presença nêstes 3 casos de hipermetropia entre 3 a 4.50 D.

No relatório de 1949, que apresentamos ao Instituto de Seleção e Contrôlo, em 1.725 examinandos, os vícios de refração contribuíram com uma percentagem de 18%, constituindo a maior incidencia das perturbações oculares; entre êles os mais freqüentes foram representados pelo astigmatismo miopico (28%); pelo astigmatismo hipermetropico (27%); a miopia com astigmatismo e a hipermetropia com astigmatismo na mesma percentagem (12%), a hipermetropia com 7%, a miopia com 5% e o astigmatismo misto com 2%.

E' preciso assinalar que êstes exames referem-se apenas a um grupo selecionado, pois muitas vezes candidatos com pequenos defeitos nem comparecem aos exames, com receio de serem inabilitados.

Os vícios de refração ocupam sempre em nossas estatísticas, a primeira colocação sôbre as demais afecções oculares.

Durante o ano de 1950, de 4.165 aeronavegantes, 789 apresentaram vícios de refração (18%) assim discriminados: astigmatismo miopico (29%); astigmatismo hipermetropico (15%) hipermetropia com astigmatismo (12%); miopia com astigmatismo (11%); miopia simples (7%); astigmatismo misto (3%); hipermetropia (5%).

Comparando os nossos dados estatísticos atuais com os dados anteriores, verificamos que os vícios de refração esférica simples foram encontrados sempre em muito menor número do que os vícios cilíndricos ou esféro-cilíndricos. Isto vem provar que, com a evolução da técnica refracionista, e a sistemática realização da queratometria e da esquiascopia, os antigos defeitos esféricos se "transformaram" atualmente em defeitos cilíndricos.

E' interessante um confronto dos nossos achados, com relação a outros povos. Assim é que, na Inglaterra, HARMAN (1936) em 30.000 pacientes, maiores de 16 anos, apresentou os seguintes índices: miopia simples 4.5%; miopia acima de 5 D. — 3%; miopia com astigmatismo ou astigmatismo miopico 19.% — Total: — 27%.

Hipermetropia — 14%; hipermetropia com astigmatismo ou astigmatismo hipermetropico — 42% — Hipermetropia total — 56%.

Astigmatismo misto — 2.25%. JACKSON (1932) nos Estados Unidos, entre 1.482 pacientes de 20 a 30 anos de idade, encontrou 13.7% de emetropes, 66.7% hipermetropes e 19% miopes.

Na Europa Central, a proporção é aproximadamente igual a da Inglaterra.

Uma grande incidência de miopia ocorre no Japão (MIYASHITA 1941) como também na China. LI (1920) encontrou 53% de miopes entre os estudantes chineses, e RASMUSSEN (1936) estudando 120.000 casos que se apresentaram para correção visual, encontrou 70% de miopia e astigmatismo miopico, 20% de hipermetropia com e sem astigmatismo e 10% presbitia.

Com relação aos animais, temos dados interessantes que nos mostram serem os cavalos, em sua maioria, hipermetropes, existindo também uma considerável percentagem de miopes; cães e gatos são na maioria emetropes e os macacos, independentemente da sua idade e do seu tempo de cativeiro, apresentam uma grande percentagem de miopes, algumas vezes de alto grau (acima de — 20 D.).

Na seleção para a aviação militar, a eliminação de indivíduos portadores de vícios de refração é muito comum, não significando isto, contudo, que tais indivíduos não possam aprender a voar tão bem, quanto os outros.

LORENZ (1945) da aviação alemã, durante a II Grande Guerra, estudou a relação entre vícios de refração e eficiência de vôo. Ele examinou 158 cadetes do ar e verificou seu progresso durante o treinamento de vôo. De 17 emetropes somente um falhou durante o treino, tendo os outros 16 apresentado bons índices. De 17 miopes, 16, totalmente corrigidos, apresentaram também boa aprendizagem. Entre 121 hipermetropes os que apresentavam defeitos esféricos puros, tiveram melhor aprendizado do que os que tinham associação com astigmatismo. Os mais baixos índices foram assinalados pelos portadores de astigmatismos compostos e hipermetropes anisométricos, muito dos quais foram eliminados durante o curso.

LORENZ, observou também cadetes virtualmente monoculares, apresentando contudo um olho normal receberem bons graus no treinamento, não encontrando dificuldade no pouso ou na decolagem.

Acredita LORENZ que a alta incidência de vícios de refração por ele verificada entre os cadetes do ar, comparada com a baixa percentagem encontrada nos pilotos veteranos, deve-se a um pro-

cesso de seleção natural, durante o treinamento e o combate, sendo eliminados os portadores de maiores defeitos. Esta hipótese, embora provável, não foi verificada estatisticamente, mesmo porque os velhos pilotos foram selecionados numa época em que a exigência de visão quanto a refração era muito restrita.

Com referência às discromatopsias, encontramos nos 210 examinandos, 10 discromatopsicos (4.7 %), cifra superior aquela por nós encontrada em 1949, examinando 1.725 indivíduos — 2.7% e, em 1950 em 4.165 exames com 99 portadores de anomalias do senso cromático (2.3%). Esta percentagem está de acôrdo com as estatísticas americanas, pois em 1936, nos exames para admissão na academia de West-Point, em 1751 candidatos examinados encontraram 47 discromatopsicos (2.68%).

As heteroforias inabilitaram 8 candidatos, apresentando 5 portadores de endoforia e 3 com hiperforia de mais de um: a insuficiência de convergência 3, e a de acomodação também 3; tivemos, ainda, um caso de opacificação cristalíniana (catarata coraliforme) e um edema de papila bilateral.

Foram estas as principais causas de incapacidade encontradas na seleção destes 210 candidatos a aviação militar, estatística que, examinandos, 10 discromatopsicos (4.7%), cifra superior aquela por embora pequena, está de acôrdo com as anteriores, em exames por nós realizado nos anos de 49 e 50, em mais de 7.000 aeronavegantes, no Instituto de Seleção e Contrôle do Ministério da Aeronáutica.

SUMÁRIO

O A. selecionando 210 candidatos a aviação militar, cuja idade variam entre 16 a 20 anos, encontrou 17 portadores de vícios de refração, 10 discromatopsicos, 8 com heteroforias elevadas, 3 com insuficiência da acomodação, 3 com insuficiência da convergência, 3 com focos de corioretinite atrófica, 1 com opacificação cristalíniana (catarata coraliforme) e 1 com edema de papila bilateral, ao todo 46 candidatos eliminados para a aviação militar.

O A. após divulgar os métodos de seleção oftalmológica e os padrões exigidos para os cadetes do ar, apresenta os resultados estatísticos de exame oculares de aeronavegantes realizados em 1949 e 1950.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ARMSTRONG, H. G. — Principles and practice of aviation medicine — Baltimore, 1943.
- 2 — Department of the Air Force-German Aviation Medicine World War II — Washington, 1950.
- 3 — DUKE — ELDER — Text — book of ophthalmology — Vol IV — 1949.
- 4 — HOFF, ELBE CURTIS, FULTON e JOHN FARQUER — A Bibliography of aviation medicine 1942.
- 5 — LYONS — Robert E. — Analysis of the causes of disqualification of 164.687 applicants rejected for aviation training — The journal of aviation Medicine. Vol. 20 — n.º 3 — junho 1949.
- 6 — War Department — TM 8 — 300 — Notes on Eye Ear, Nose and Throat in aviation medicine. Washington, 1940.
- 7 — WRIGHT, W. D. — Researches on normal and defective colour vision — London, 1946.

Foi único comentador o Dr. Arthur Borges Dias que felicita o seu colega da Aeronáutica, sendo então apresentado o 3.º Tema Livre pelo Dr. Jonas de Arruda sobre "O problema da flictenulose no Hospital Jesus".

O PROBLEMA DA FLICTENULOSE OCULAR NO HOSPITAL JESUS

DR. JONAS DE ARRUDA

(Rio)
Chefe do Serviço de Olhos dos Hospitais
Jesus e Pedro Ernesto

Quando, há 5 anos, iniciamos o nosso trabalho no Hospital Jesus, verificamos que duas categorias principais de doenças oculares, atingiam as crianças ali matriculadas. De um lado, as manifestações de carência e do outro, as sequelas da primo-infecção tuberculosa, numa das suas formas mais características, a querato-conjuntivite flictenular.

As primeiras, constituíram motivo para uma publicação feita na Revista Brasileira de Oftalmologia, Volume 7 — N.º 1 de 1948; neste momento nos ocupamos da segunda categoria.

A partir de 1947 até hoje, num total de 1767 fichas do Serviço de Olhos, tivemos 240 casos de querato-conjuntivite flictenular; é o estudo e a análise clínica destes casos que representam nossa experiência e fundamentam este trabalho.

Dividimos o presente estudo em 4 capítulos: Incidência — Etiologia — Formas clínicas — Tratamento.

INCIDÊNCIA

E', sem dúvida, bastante elevada a incidência dessa doença no H. Jesus. Ela é representada por 13,5 % de todas as doenças oculares fichadas. Duas razões explicam este fato: a) Trata-se de hospital infantil, e sabemos que a Q-C-Fl. é doença muito comum na criança; a este respeito já nos dizia WEEKERS: "as flictenas oculares, na

maioria dos casos, estão intimamente ligadas ao processo de imunização contra a tuberculose, que se opera nos primeiros anos de vida”; b) os nossos doentes, em quase sua totalidade, são favelados, porque o H. Jesus situa-se na vizinhança de numerosas favelas; sendo a promiscuidade e a miséria dos nossos morros e cortiços, o ambiente propício ao contágio e a disseminação da tuberculose, não nos surpreende o elevado índice de flictenulose, atingido em nosso Serviço.

Devemos ainda lembrar, que o estado de desnutrição e da saúde precária daquelas crianças, são condições que favorecem o aparecimento da flictenulose; com efeito, temos constatado muitas vezes a coexistência de flictenulose com outros sintomas de carência, como sejam, a hemeralopia, a xeroftalmia, a quilite.

Seguindo esta ordem de idéias, cumpre-nos fazer referência ao trabalho que STERN e LANDAU publicaram no Am. J. of Ophtalmology de Dezembro de 1948. Eles nos davam conta dos ótimos resultados obtidos com a Riboflavina na Q. C. Flictenular e chegavam a conclusão de que: embora outros fatores pudessem determinar a doença, a ariboflavinose era a condição básica essencial. Posteriormente faremos alusão aos nossos resultados com este tratamento.

Muito frequentemente, os acompanhantes dos nossos doentinhos, atribuem a doenças gerais, como sarampo, rubéola, varicela, etc., a razão de ser da doença ocular. Este ponto de vista leigo, encontra apoio científico no conceito de hetero-alergia, segundo o qual a eclosão das flictenas é ajudada por outros fatores independentes da alergia tuberculínica.

ETIOLOGIA

A idéia, ainda hoje preponderante, é a de VON SZILY, que considera a Q-C-Fl. uma tuberculide, isto é, manifestação de alergia tuberculínica. Experimentalmente, a flictena ocular foi obtida por meio da toxina gonocócica ou do sôro de cavalo, em animais previamente sensibilizados para estas substâncias.

BOTHMAN afirma ter chegado a idêntico resultado, usando a sensibilização polínica e alimentar; estas últimas experiências, têm sofrido, entretanto, fortes restrições.

O estudo etiológico das nossas observações, não constata outra causa que não seja a tuberculose. Um interrogatório bem conduzido, conseguiu quase sempre localizar o provável elemento infectante.

Muitas vezes, é o pai, que ficou em casa preso ao leito, ou a própria mãe que traz o filho à consulta. Outras vezes ele está na casa do vizinho, que o garoto frequenta livremente. Mau grado a natural tendência de enconder doença tão humilhante, conseguimos reunir os seguintes dados: em 37 casos, a fonte contagiante era o pai ou a mãe; em 5 casos, ambos os pais estavam tuberculosos; em 24 casos, eram avós, tios, e outros parentes, que conviviam com as crianças.

As reações de MANTOUX foram frequentemente positivas, na diluição 1/10.000. Positivas fracas, 30 — Positivas médias, 64 — Positivas fortes, 26 — Negativas, 7 (duas das quais, repetidas, resultaram positivas médias). Estes resultados têm especial importância, por serem obtidos em crianças, a maioria, na idade pré-escolar, pois sabemos que nessa idade, o teste alérgico tem um valor absoluto. A prova terapêutica, foi muitas vezes evidente, pois em 26 casos, as flictenas desapareceram apenas com o Mantoux, havendo recidiva apenas em 8 casos.

A radiografia dos pulmões, feita em 48 casos, encontrou sinais evidentes de primo-infecção ou lesões mais importantes, como mediastinite difusa, basite, adenopatia, condensação do parenquima, lesão pleuro-pulmonar, algumas delas, capazes de assumir caráter evolutivo.

Um aspecto das nossas observações, que reputamos de grande importância e que reafirma a origem tuberculosa, é a recidiva, que se fez de forma insistente em grande parte dos nossos doentes e que encontra a sua melhor explicação, na reinfecção, uma vez que os doentes continuaram no mesmo ambiente, recebendo novos contágios e tornando nulo o efeito do tratamento instituído.

FORMAS CLÍNICAS

A flictenulose apresenta-se sob duas formas determinadas: a forma “conjuntivo-límbica” e a forma “corneana”. Na prática, é comum encontrarmos estas duas formas, associadas.

Depois de cicatrizada, a flictena corneana deixa uma nébula; a repetição destas lesões, determina uma opacificação difusa, o “panus escrofuloso”. Esta mancha, produz acentuada diminuição visual. Entre os nossos doentes, no momento da alta, anotamos perdas visuais que oscilaram entre 0,2 e 0,9.

Houve 5 casos com úlcera de córnea e hernia de iris nos quais a acuidade reduziu-se a contagem de dedos a 1 mt. aproximadamente. Tivemos ainda 4 casos de leucoma central, 26 de nébula central e 54 de nébulas paracentrais e periféricas.

Este aspecto da flictenulose, deve ser considerado em seu valor social, pois êle nos mostra que a tuberculose, além dos inúmeros malefícios que causa às suas vítimas, contribue frequentemente para diminuir, ou mesmo, aniquilar a sua visão.

TRATAMENTO

Os doentes, separados em grupos, foram tratados pelos seguintes métodos:

Vacina B. K. — Há 10 anos, publicavamos na Revista Médica Municipal, um trabalho intitulado “Antigenoterapia em tuberculose ocular”; nesse trabalho, afirmavamos ter obtido resultados muito bons, com a antigenoterapia, na flictenulose. Os primeiros 37 casos do presente estudo, foram tratados pela V.B.K. (antígeno de Arêa Leão) e os resultados foram: 25 curas, — 12 recidivas. Não satisfeitos com a percentagem de recidivas e admitindo que o antígeno não chegasse a obter uma dessensibilização suficiente, passamos a usar tuberculinoterapia.

Tuberculinoterapia — Adotamos a tuberculinoterapia, seguindo o processo das doses elevadas, entre nós preconizado, pelo Dr. Fernando Carneiro. Orientados pelo Dr. Alcides Sá, fisiologista do H. Jesus, adotamos o seguinte plano: O tratamento era iniciado com 0,25 de cc. da Sol. 1/100.000 e repetíamos a injeção de oito em oito dias, multiplicando a dose inicial por 2, 3 e 4. Então, passavamos a 0,25 de cc. da solução imediatamente mais forte, isto é 1/10.000 e proseguíamos no mesmo sistema de multiplicação até atingir 1 cc. da solução 1/1.000. Caso os sintomas oculares houvessem desaparecido, antes de terminada a série, fazíamos mais 2 ou 3 picadas e interrompíamos o tratamento. Caso aparecessem reações gerais intensas, repetíamos a dose anterior e voltavamos a aumentar de acôrdo com as reações observadas. Desta forma, tratamos 57 casos de flictenulose, com os seguintes resultados: 43 curas — 14 recidivas. 32,5 % de recidivas.

Estreptomícina — Temos 26 casos tratados com êste antibiótico. Os resultados podem ser classificados de excelentes. A cura se fez em 21 casos e foi obtida com uma dose média de 5 gramas. Em muitos casos, os sintomas oculares desapareceram à 3.^a grama. A dose usada foi de 0,030 milg. por kilo de pêso dividida em duas doses, aplicadas de 12 em 12 horas.

A característica mais importante da *Estreptomícina* é a rapidez com que ela melhora os sintomas agudos (fotofobia, blefarospasmo, lacrimejamento). Nos casos mais graves preferimos usar a *Estrepto*, porque a dissensibilização melhora mais lentamente e isto prolonga o sofrimento do doente. Embora o pequeno número de casos não autorize conclusões estatísticas, devemos dizer que as recidivas atingiram a 19 %.

A grande indicação da *Estrepto* é nos casos de flictenulose que coexistem com lesões pulmonares passíveis de sofrer surtos evolutivos; nestes casos, a tuberculina está formalmente contraindicada.

Tivemos um caso de flictenulose corneana e panus escrofuloso, no qual a *Estrepto* trouxe apenas ligeira atenuação dos sintomas agudos; tendo-se atingido a dose de 16 gramas, o doente apresentou intolerância ao medicamento. Foi usada a tuberculinoterapia e terminada a serie, as melhoras eram muito discretas.

A título de tentativa, foi aplicado o T.B.1 (Labor); o resultado foi surpreendente, tendo a cura completa dos sintomas agudos sido verificada, com um mês de tratamento. Em vista dêste sucesso, e sendo a *Estrepto*, um medicamento extremamente solicitado por todas as clínicas do Hospital, o que dificultava muitas vezes a sua obtenção, resolvemos experimentar o T.B.1 em uma série de casos.

T. B. 1 — Esta substância pertence ao grupo das tio-semicarbazonas, que em 1946 foi descoberto por DOMAGK e colaboradores. Ela age diretamente sobre o bacilo tuberculoso e também sobre a toxina; teoricamente, por conseguinte, ela tem uma formal indicação nas manifestações alérgicas da tuberculose ocular. Sua administração é muito prática, não obrigando o doente a frequentar assiduamente o hospital. E' aconselhável controlar mensalmente a curva leucocitária, em vista das alterações que algumas vezes têm sido verificadas, neste sentido. Como só recentemente, começamos a usar êste preparado, temos apenas 16 doentes em observação; por enquanto, 8 estão

curados, 4 apresentam grande melhora os restantes (4) não se influenciaram com o tratamento.

Outros medicamentos usados: a) Riboflavina — Proseguindo as observações de STERN e LANDAU, aplicamos Riboflavan, em 8 doentes; obtivemos apenas ligeiras melhoras, não se curando nenhum dos doentes, apesar de termos adotado todas as recomendações dos autores. Em vista dos resultados, pareceu-nos inútil prosseguir. b) Ácido p-amino-salicílico — Os poucos casos observados, não nos trouxeram resultados animadores. A inexistência do medicamento no hospital e o seu alto preço no mercado, não nos permitiram coligir um número maior de casos. A opinião corrente entre os fisiologistas, a respeito do PAS, é de um elemento adjuvante no tratamento da tuberculose e que tem como principal efeito aumentar a tolerância dos doentes à Estreptomicina.

COMENTÁRIOS

Foi nosso intuito, ao apresentar êste trabalho, levar ao conhecimento dos colegas, as observações que pudemos fazer, localizados como ficamos, em um setor estratégico para o estudo da flictenulose. Desejamos ressaltar a importância que assume o problema da flictenulose, como causa de deficit visual entre as pobres crianças dos morros e favelas que infestam o Rio de Janeiro. Estamos verificando que a tuberculose dos pais, não somente deixa as crianças na orfandade; procura cegá-las também.

A flictenulose, como problema social, é porém, apenas um dos ângulos do grande problema nacional que é a tuberculose.

Que nenhum esforço, por conseguinte, seja poupado, para ampliar a campanha que os poderes públicos, as organizações particulares e a classe médica, empreendem contra tão terrível flagelo.

CONCLUSÕES

1) A tuberculino e a antigenoterapia, apresentaram resultados terapêuticos equivalentes; entretanto, o número de recidivas foi menor no grupo tratado pela tuberculina.

2) A estreptomicina revelou-se a melhor medicação para a flictenulose, tanto ao seu poder curativo, quanto ao menor número de recidivas.

3) A T. B. 1 constitue uma grande esperança no tratamento da flictenulose.

4) As recidivas da flictenulose, que constituem o maior transtorno durante o tratamento, muitas vezes decorrem de fenômenos de heteroalergia, ou de reinfecção, devida ao doente continuar em contacto com o elemento contagiante. Neste último caso, uma organização social que fôsse ao próprio domicílio do doente, investigar o motivo das recidivas e procurar afastá-lo, seria a única medida util.

Sendo a flictenulose, doença multiforme, que apresenta variações de intensidade e de tempo de evolução e que pode ou não acompanhar-se de complicações, torna muito difícil o julgamento para escolher o seu melhor remédio.

6) Nos casos de flictenulose em coexistência com lesões pulmonares, fato que constatamos com relativa frequência, embora em contradição com um antigo conceito, a cura da manifestação ocular fica na estrita dependência da extinção do foco principal.

7) A radiografia de pulmões deve ser feita sistematicamente em todo doente de flictenulose.

A discussão foi aberta pelo Dr. José de Almeida Rebouças que diz fazer a prova de Mantoux com várias concentrações de tuberculina ao mesmo tempo, de 1:10 milhões, 1:1 milhão e 1:100.000. Se forem negativas, faz em concentrações maiores, 1:10.000 e mais. Aliás, já é um início de tratamento, diz o Dr. Rebouças.

O Dr. Jacques Tupinambá achá que a flictena não é 100% de origem tuberculosa. Tem inúmeros casos de verminose como causa da mesma. Desaparecida esta, mais tratamento tônico, há cura. Pergunta se o Dr. Arruda tem feito sistematicamente o exame de fezes.

Por fim o Dr. Décio Brito de Oliveira diz ter usado com grande entusiasmo T B₁ porem um fisiologista o advertiu contra os perigos do mesmo. Em 2 doentes houve acentuada anemia. Já empregou a cortisona diluída na proporção de 1:4 em colírio com resultados excelentes, curando em 24 e 48 horas.

Encerrando a discussão o Dr. Jonas de Arruda diz que não há necessidade de tornar os individuos analérgicos. Suspende o tratamento logo que desaparecem os sintomas oculares. Nunca teve

casos de fenômeno de Koch com a diluição de 1:10.000. Nunca fez exame de fezes, porque no Hospital Jesus todos seriam positivos... Acha que o tratamento com tônicos já é suficiente para a cura, mesmo com verminose. Nunca observou anemia nos primeiros doentes tratados com T B₁, nos quais controlou o sangue, pelo que acabou por abandonar esta verificação, que vai retomar em consequência do conselho do Dr. Décio. Infelizmente, não tem experiência com a cortisona por serem paupérrimos os seus doentes.

O Tema Livre do Dr. Egon A. Krueger sobre "Simulação nos acidentes do trabalho foi o 4.º apresentado, e vai publicado a seguir.

SIMULAÇÃO NOS ACIDENTES DO TRABALHO

DR. EGON KRUEGER

Curitiba, Paraná

A nossa pequena e modesta contribuição a este 7.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia não é propriamente científica mas sim, mais de caráter medico-social.

Abordamos o assunto com a única finalidade de alertar os ilustres colegas sobre o número sempre crescente de simuladores que se nos apresentam, visando benefícios pessoais em prejuízo das instituições a que estão filiados.

Poucas as especialidades médicas que tão bem se prestam para a simulação como a oftalmologia e é a facilidade de simular alterações visuais e a proteção que as nossas leis de amparo social concedem aos acidentados, que devemos esta grande quantidade de simuladores.

Diagnosticar a simulação requer do especialista uma série de conhecimentos especializados dentro da especialidade e si, não dispuzermos destes conhecimentos ou não tivermos a aparelhagem necessária para tais diagnosticos, ficamos sujeitos a emitir laudos falsos que acarretam prejuízos a instituição seguradora e que poderão comprometer o medico emissor.

O simulador ciente de sua ação fraudulenta e da ilegalidade de seu ato procura sempre, e por todos os meios ao seu alcance, dar ao seu estado a maxima semelhança com a entidade morbida real que pretende simular. Assim, o simulador de uma amaurose unilateral terá que ser considerado um cego monocular até o momento em que o medico, com os recursos de que dispõe, prove o contra-

rio e mesmo assim, muitas vezes, permanece na sua afirmativa ou, como já nos tem acontecido, tenta subornar o medico para que lhe seja atestado ser realmente portador do mal que tentara simular.

Simular com perfeição é difícil porem, mais difícil é a tarefa do medico que se propõe diagnosticar a simulação tendo como paciente simulador um individuo inteligente e portador de alguma cultura sobre o assunto. A maior ou menor dificuldade que temos para a evidenciação da simulação está na razão direta da inteligencia e gráu de cultura do candidato simulador. Felizmente para nós, a grande maioria dos simuladores é composta de pessoas de pouca cultura sendo relativamente fácil o diagnostico.

Como todos são iguais perante a lei e, adotado o criterio juridico vigente em nossas leis trabalhistas de que nada é pedido ao trabalhador mas tudo lhe é dado em materia de assistencia, faz-se necessario, diante das vantagens e regalias hoje oferecidas pelos institutos de previdencia social, que o oftalmologista, diante de um quadro qualquer que esteja enquadrado nos previstos para o recebimento de beneficios e em que não encontre a etiologia do mal exposto lance mão, e com toda razão, de todos os meios de que dispõe para descobrir uma possivel simulação.

Como em sua quasi totalidade os casos de simulação conciente são encontrados em operarios sujeitos ás leis trabalhistas pelas quais, como já dissemos, tudo lhes é dado e nada lhes é pedido, julgamos oportuno analisar aqui os motivos determinantes da frequencia com que se vêm apresentando os casos de simulação em oftalmologia. Para tal fim, e, para melhor esclarecer o assunto, transcrevemos aqui o conceito de acidente de trabalho emitido pelo Ministerio do Trabalho no decreto-lei n.º 7.036 de 10 de novembro de 1944.

“A legislação atual considera como acidente de trabalho todo aquele que se verifique pelo exercicio do trabalho provocando direta ou indiretamente, lesões corporais, perturbação funcional ou doença que determine a morte, a perda total ou parcial, permanente ou temporaria da capacidade para o trabalho.”

A lei concede indenizações e auxilios monetarios elevados em se tratando dos órgãos visuais e encarando o conceito sobre aciden-

tes do trabalho, vemos que dentro dele a possibilidade do individuo se apresentar com pseudo-acidentes é muito grande dando margem a numerosas e variadas simulações. É tal o valor dado aos órgãos visuais que na lei existem diversos paragrafos dedicados tão somente aos olhos. Estudando a lei e analisando numerosos casos julgamos que a frequencia com que deparamos quadros simulados em nossa especialidade decorre principalmente dos motivos seguintes: —

1 — Do alto valor funcional dos olhos para o desempenho das mais elementares funções; falta de visão é igual a incapacidade para o trabalho.

2 — Da delicadeza do órgão diante traumatismos; os pequenos traumatismos oculares são quasi sempre agravados pelo acidentado afim de obter vantagens pessoais.

3 — Da facilidade que tem o individuo de alegar perturbações visuais supondo ser impossivel verificar sua falsidade.

4 — Do alto valor monetario dado a titulo de indenização a quem por acidente de trabalho perde sua visão.

5 — Da influência que exerçam companheiros de trabalho inescrupulosos e já bem sucedidos em simulações anteriores animando-os a pratica da simulação.

6 — Da inexistencia de meios legais que coibam a pratica simulatoria.

A lei que rege os accidentes do trabalho não menciona os casos de simulação. Observamos, ao analisá-la, o cuidado com que foi elaborada no sentido de dar todas as regalias aos que, por infelidade, sofrem algum acidente no exercicio de seu trabalho. Louvavel foi a intenção dando ao trabalhador brasileiro este direito de, em caso de acidente, estar com a sua subsistencia garantida. Não somos nós autoridade suficiente no assunto para apontarmos possiveis falhas desta lei pois, é nossa intenção tão somente, justificar porque atualmente se nos apresentam com tanta frequencia, acobertados por esta lei, tantos que, criminosamente fazem uso desta assistencia legal para fins fraudulentos. Desde que, conforme especificações no Capitulo XV — artigo 94 — “Todo empregador é obrigado a segurar os seus empregados contra os riscos de accidentes de trabalho”

seria, achamos nós, justo que arcando com esta obrigação, lhe fosse concedido o direito de, num caso de simulação em que ilegítimamente o operário usufrue dos direitos previstos por lei, lhe fosse imposta uma penalidade sinão mais seria, pelo menos igual ao prejuízo que o seu afastamento do trabalho acarreta ao empregador. Com tal medida a lei preveniria numerosos casos de simulação impondo ao empregado a noção da ilegalidade e responsabilidade de tais atos.

Feitas estas pequenas considerações, vistas sob um prisma de absoluta neutralidade e considerando o grande prejuízo que estes casos trazem não só à nação por intermédio de seus institutos de previdência como também às instituições particulares, foi que nos animamos trazer a público esta questão até agora tão pouco difundida.

E' analisando as considerações acima expostas que o médico, na sua espinhosa missão de descobrir simuladores destruindo neles uma serie de esperanças e ilusões baseadas no benefício a ser usufruído com a sua pretensa doença ocular, é muitas vezes alvo das mais severas criticas e maledicencias não só do simulador interessado como também, de todos a quem êle havia impingido a sua falsa historia. Quem a este mister se dedica deve pôr acima de seus sentimentos humanitarios os seus deveres na função que exerce.

Iniciou os comentários o Dr. Laborne Tavares que corrobora a opinião do A. e pede uma Lei que imponha uma penalidade severa ao simulador.

O Dr. Jonas de Arruda acha que 90% das queixas é simulada. Muita vez doenças antigas são acusadas como provocadas pelo acidente. Sugere que os dois oculistas, o da vítima e o perito, entrem em contato antes de ser dado o laudo.

Um caso é contado pelo Dr. Colombo Spínola no qual uma irite com seclusão pupilar em operário levemente traumatizado foi comunicado imediatamente ao Juiz e à Cia. de Seguros. Tempos depois o operário foi a Juizo alegando perda da visão como decorrente do traumatismo e ganhou a questão.

Outro comentário foi do Dr. Pedro Moacyr de Aguiar que diz favorecer ao operário a Lei de Acidentes do Trabalho. Acha que o

Congresso deve propor uma Moção contra este fato. Quasi sempre o perito examina o operario muitos meses depois do acidente, sendo impossivel precisar se o traumatismo agravou realmente ou causou a diminuição da capacidde visul.

O Dr. José Lucas de Souza cita casos de operários com focos antigos de corioretinite, etc. que vinham questionar alegando que o acidente havia causado a baixa da agudeza visual.

Também o Dr. Evaldo Campos cita passagens ocorridas quando agia como perito da Vara de Acidentes, sendo de opinião que o Congresso deve votar a Moção aos poderes públicos pedindo maior realismo na avaliação da incapacidade.

Por fim, o Prof. Paulo Cezar Pimentel sugere o exame prévio dos operários como já fazem algumas Companhias. Acha que a solução apenas punitiva encara somente um dos lados da questão. Em 1941 apresentou um trabalho em colaboração com o Dr. Lech Junior, no qual era proposta uma tabela de indenizações para substituir a atual, sendo a mesma recusada pelo Ministério do Trabalho.

Com a palavra o Dr. Egon A. Krueger diz sentir-se surpreso com a repercussão do seu trabalho. Cita também casos de corioretinite antiga que foi acusada de ser causada por corpos estranhos na córnea. Acha que a moção do Congresso deve pedir uma multa equivalente aos dias perdidos e ao prejuizo causado pelos operarios simuladores.

Não estando presente o Dr. Armando Novaes, autor do 6.º Tema Livre inscrito ("Calibração dos tonômetros"), foi encerrada a sessão pelo Sr. Presidente, depois de agradecer novamente a homenagem.

Terceira sessão plenária

Teve lugar no Auditório do Instituto dos Comerciários, às 21 horas, sendo destinada a trabalhos que fossem acompanhados de filmes cinematográficos.

Aberta a sessão pelo Prof. Paulo Cezar Pimentel, foi projetado o filme do VI Congresso Brasileiro de Oftalmologia, realizado em Recife, em 1949, sendo bastante apreciado pelos presentes, tanto que foi resolvido passá-lo novamente para as famílias dos congressistas.

O primeiro inscrito era o prof. Cyro de Barros Rezende com o Tema Livre "Nossos resultados da queratoplastia no queratocone". Com a palavra o A. diz que o seu trabalho não tinha filmes e sim diapositivos, não se prestando o local para a projeção dos mesmos. O Dr. Evaldo Campos diz que na ficha de inscrição constava como acompanhado de filme, daí ter sido programado para hoje. Resolveu-se então adiar a apresentação para outra oportunidade.

O oposto se deu com o Tema Livre do Dr. Jorge Cavalleiro Willmersdorff, que foi inscrito como tendo diapositivos e era portador de um filme, o qual foi então projetado. Tratava-se de "Pequenas modificações na técnica da dacriocistorinostomia", magnificamente realizado, permitindo a visão dos menores detalhes da intervenção.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO

Clínica Oftalmológica, Serviço do Professor Cyro de Rezende

DACRIOCISTORRINOSTOMIA

DR. JORGE CAVALHEIRO WILLMERSDORF

(Assistente)

Algumas modificações na sua sistematização
e na técnica operatória

A dacriocistorrinostomia é uma das operações mais elegantes da especialidade e que apesar de pertencer ao cabedal classico oftalmologico, ainda é considerada uma operação não muito facil.

Por este motivo, em todos os centros oftalmologicos, é grande o número de oculistas que não a praticam. A sistematização dos seus tempos operatórios, nos compendios classicos, é perfeita, mas ha certos tempos que não satisfazem ao operador e representam dificuldades constantes na sua realização. A dacriocistorrinostomia é indicada na obliteração do conduto lacrimo nasal, e visa a formação de uma nova via de escoamento acima da via anterior e normal, procurando sempre manter integra a parte alta da via condutora. A operação como a praticamos atualmente, apresenta algumas modificações na sua sistematização e nos tempos operatórios. Pode ser dividida em quatro tempos e cada um destes em varios subtempos.

Para facilitar a sua exposição, apresentamos um quadro esquematico, evolutivo da operação.

Dacriocistor- rinostomia.	1.º tempo. Via de acesso à goteira lacrimal.	Incisão da pele. Divulsão dos planos até o periosteio Incisão do periosteio Descolamento do periosteio.
	2.º tempo. Osteotomia	Fractura do unguis unguis Osteotomia apofise montante
	3.º tempo. Formação da noya comunicação.	Incisão das mucosas Sutura dos retalhos posteriores Passagem do fio condutor e colocação do moldador Sutura dos retalhos anteriores.
	4.º tempo. Recomposição da via de acesso.	Sutura do periosteio Sutura da pele

Operação

1.º tempo. Via de acesso à goteira lacrimal.

a) A incisão da pele é feita entre a comissura interna e o dorso do nariz, fóra dos vasos angulares, acompanhando o rebordo orbitário interno e infero-interno, de $2\frac{1}{2}$ cms. de comprimento. A aplicação do afastador de MULLER nas extremidades a distende, para podermos fazer uma pequena divulgação das bordas da incisão, com tesoura romba.

b) Divulsão dos planos sob a pele até o periosteio.

A aplicação de 2 afastadores de Muller, cruzados, expõem a ferida operatória. Com tesoura romba, fazemos a divulsão visando deixar os vasos angulares entre a comissura interna e a ferida operatória. Os movimentos de divulsão são dirigidos para o periosteio, fóra da inserção do tendão direto do orbicular. Depois de atingirmos o periosteio, podemos continuar a divulsão com gase, pois ela facilita a exposição do periosteio e a hemostasia do campo operatório.

c) Incisão do periosteio é feita bem para fóra da inserção do tendão do orbicular, ao longo do rebordo orbitário interno e infero-

interno. Deve ser bem regular, feita com bisturi, pois no fim da operação, precisamos recompôr o periosteo. Esta incisão apresenta duas bordas sendo uma borda medial ou interna e uma borda temporal ou externa.

d) Descolamento do periosteo. Com espatula gancho, descolamos a borda temporal do periosteo, em direção á orbita e á goteira lacrimal. O periosteo é descolado completamente em toda a goteira expondo o unguis até á sua crista posterior. Em seguida, descolamos a borda medial, em direção ao dorso do nariz. O levantamento desta borda deverá ser muito pequeno, de 2 m/m mais ou menos. Este tempo operatorio expõe completamente a goteira lacrimal até á sua penetração na orbita, parte do rebordo orbitário interno e rebordo infero-interno, o periosteo correspondente á face interna do saco lacrimal, e visa lesar o minimo possível os vasos angulares e a parte alta da via condutora das lagrimas. Se ferirmos os vasos angulares teremos hemorragia, Esta é perfeitamente controlada pela aplicação de 2 afastadores cruzados de Muller, que fazem hemostasia por compressão direta dos vasos lesados. No final deste tempo operatorio, os afastadores de Muller devem também afastar as bordas do periosteo, dando exposição ampla do campo osseo onde vamos agir no tempo seguinte.

2.º tempo. Osteotomia.

O unguis no fundo da goteira é perfeitamente reconhecível. É' fracturado pela ponta da espatula-gancho, descolado da mucosa sub-jacente, e uma esquirola ossea é retirada. Pela pequena abertura introduzimos a pinça de DONATO VALLE, e iniciamos a osteotomia em direção á crista anterior. Toda ela é retirada e também a porção da apofise montante do maxilar superior, que forma a goteira.

Os cirurgiões que praticam a dacriocistorrinostomia são unânimes em afirmar que uma ampla abertura ossea facilita a operação e o post-operatorio. A osteotomia visa somente alcançar e expor a mucosa nasal do agger nasi. Às vêses encontramos entre a goteira e a mucosa nasal, celulas etmoidais, maiores ou menores, que dificultam a execução deste tempo. Nestas condições, como existe ainda lamina ossea que a separa da mucosa nasal, temos que retirá-la também. Desde que e celula etmoidal, em questão, tenha ampla via

de comunicação com a fossa nasal, poderíamos aproveitá-la ligando a sua mucosa à do saco lacrimal. Entretanto, como a mucosa da célula etmoidal é muito delgada e friável, não é conveniente fazer esta ligação. Uma vez exposta a mucosa nasal iniciamos o 3.º tempo.

3.º tempo. Formação da nova via de comunicação do saco lacrimal à fossa nasal.

a) A incisão da mucosa nasal é fácil, será feita de cima para baixo, e suas extremidades serão alongadas até encontrar as bordas da abertura ossea.

A incisão da mucosa do saco lacrimal é mais trabalhosa. Uma sonda de BOWMANN é introduzida pelo orifício lacrimal, até o saco lacrimal e dirigida para a abertura da mucosa nasal e nos apresentará uma saliência na face interna do saco lacrimal e periosteo correspondente. Damos um golpe de tesoura ou bisturi, um pouco antes do apice da saliência, aparecendo então o brilho do metal da sonda. Por este orifício formado, introduzimos a ponta de uma tesoura romba, até a obliteração do conduto lacrimo nasal e seccionamos. A incisão assim obtida é alongada até a cúpula do saco lacrimal.

b) Sutura dos retalhos posteriores das mucosas.

Com agulha própria, suturamos as bordas posteriores das mucosas, nasal e do saco lacrimal. Para obter melhor curvatura e coaptação, precisamos algumas vezes incisar as extremidades das bordas, perpendicularmente às mesmas.

c) Passagem do fio condutor e do moldador.

Para realização deste tempo, necessitamos de uma agulha de raque, com mandril e trochater, 50 cms. de fio nylon n.º 2 e um cilindro oco elástico. Após dilatação do orifício lacrimal, introduzimos por ele, a agulha de raque, que irá até a abertura do saco lacrimal. O seu trochater é retirado e substituído pelo fio nylon. A ponta deste é presa por uma pinça, que foi introduzida pela narina até a abertura da mucosa nasal no campo operatório. Esta pinça prende o fio e na sua retirada o leva para o exterior.

O cilindro oco elástico dobrado pelo meio tomará a forma de uma alça, e na sua dobradura amarramos o fio nylon. A alça é introduzida pela narina, até o saco lacrimal, e este movimento de in-

trodução é auxiliado pela tração na extremidade superior do fio nylon, que sai pelo orifício lacrimal. A sua dobra deverá moldar a abertura do saco lacrimal na fossa nasal e evitar se possível, a formação de conduto.

d) Sutura dos retalhos anteriores das mucosas.

A borda anterior da mucosa nasal é suturada á mucosa do saco lacrimal. Neste sub-tempo, só incisaremos as extremidades das bordas, se houver necessidade de melhor cóaptação das mucosas suturadas.

4.º tempo. Recomposição da via de acesso.

Para completar a operação realizamos a sutura do periosteo e em seguida a sutura cutanea.

O post-operatorio em geral é bom. No 7.º dia retiramos o fio de sutura cutanea, e no 12.º dia, o fio condutor e a alça moldadora da abertura do saco lacrimal na fossa nasal.

As lavagens da via lacrimal só serão feitas, depois da retirada do moldador de abertura da nova via.

A sua finalidade é controlar a existencia de permeabilidade da via condutora da lagrima.

O trabalho foi elogiado pelo Dr. Sylvio de Abreu Fialho e pelo Prof Cyro de Rezende. O Dr. Martins Rocha pergunta qual a vantagem do tubo de borracha. Tem cerca de 700 operações, com quasi 98% de bons resultados. Acha muito interessante a incisão do periosteo praticada pelo A. Respondendo aos comentários, o Dr. Willmersdorff agradece as referencias elogiosas e diz que tem procurado melhorar a técnica. O tubo de borracha visa impedir o fechamento do saco.

Em seguida o Prof. Cyro de Rezende projeta um film sobre Queratoplastia que foi comentado pelo Dr. Sylvio de Abreu Fialho que o elogia e chama a atenção para o modo pelo qual o A. fixa o olho doador. O Dr. Laborne Tavares diz que faz a fixação do transplante por meio de sutura conjuntival. Em resposta o Prof. Cyro de Rezende diz que a sutura é original de Franceschetti, julgando-a a melhor. Já fez sutura conjuntival, abandonando-a.

Não tendo comparecido o Dr. Justo Lijó Pavia, que se inscrevera para projetar dois films, o Dr. Adriano Bonanomi projeta um film produzido pela Abbot, e critica o uso do pentotal sódico nos velhos e o ponto de tração passado na lingua.

Finalmente, são projetados dois filmes cedidos pela Embaixada Americana o primeiro sobre "Remoção de corpos estranhos intra-oculares" e o segundo sobre "Dois métodos de tratamento cirúrgico do glaucoma (op. de Elliot modificada e iridencleisis)".

Quarta sessão plenária

Sob a Presidencia do Prof. Paulo Cezar Pimentel teve inicio ás 9 horas do dia 13 de julho, secretariado pelo Dr. Lincoln Caire. Iniciados os trabalhos, convida o Dr. J. Martins Rocha, representante da Associação Médica do Instituto Penido Burnier, para assumir a Presidencia, o qual agradece e toma a palavra para a leitura do seu relatório sobre "Micoses em oftalmologia", já publicado no Vol. I dos Anais.

Os debates são iniciados pelo Dr. José de Almeida Rebouças, de Vitoria, Espírito Santo, que fez as seguintes considerações.

MICOSES OCULARES

Anotações ao trabalho "MICOSES OCULARES" apresentado por Dr. J. MARTINS DA ROCHA ao VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, reunido no Rio de Janeiro em 11 de Julho de 1951.

J. ALMEIDA REBOUÇAS

Vitoria — Espirito Santo

Lemos e relemos, atentamente, o magnífico trabalho apresentado por Dr. J. MARTINS ROCHA e, para melhor compreendê-lo, tivemos que rever os complicados capítulos da micologia.

Quem estuda os cogumelos, de logo se depara com um grande escolho que é sua sistemática, quase toda ainda em período anárquico. A respeito disto, diz DUKE-ELDER (Text-book of ophthalmology vol. 2-1938 pg. 1.654): "Sua nomenclatura está n'um estado de consideravel caos".

MANUEL C. BLANCO (Las Blastomicoses oculares — 1943), na introdução de sua monografia sobre as blastomicoses oculares diz: — "a anarquia reinante no que se refere á nomenclatura e á sistemática dos fungos, assim como ás incognitas que existem na patologia geral das micoses, dão uma ideia do intrincado do problema."

Justamente por causa dessa dificuldade, foi que nos preocupamos com a sistemática afim de que pudessemos ter, ao estudar os cogumelos patogênicos de interesse oftalmológico, uma visão panorâmica de sua situação no quadro geral dos fungos.

Organizamos um esquema baseando-nos nos trabalhos mais recentes e de maior autoridade sobre o assunto.

A não ser os micologistas, que por dever de ofício se mantêm em dia com os progressos dessa especialidade, pensamos que poucos médicos se interessam por esse problema, embora sua importância na patologia seja imensa.

Nesse quadro encontrarão, por exemplo, as actinomycetales entre as bactérias, porque assim o faz BERGEY na mais recente edição de seu "Manual of Determinative Bacteriology — 6.^a ed. 1948".

Nesta mesma chave situam-se o *Streptothrix* e o *Leptothrix*, o primeiro, responsável por grande número das dacriocanaliculites e o segundo, atribuído por VERHOEFF como causador da síndrome oculo-ganglionar de Parinaud.

As famílias coccidioideaceae e paracoccidioideaceae foram colocadas na ordem chytridiales por CIFERRI e REDAELLI em trabalhos recentes.

Há uma porção de fungos para os quais foi necessário abrir uma chave especial na classificação e lá os micologistas colocaram-nos, denominando-os, em conjunto, de "Fungi imperfecti".

À medida que os conhecimentos sobre as espécies se vão consolidando, vão-se fazendo as mudanças de posições na sistemática e creio que poucos terão seu lugar definitivo.

Lembramos ao Dr. MARTINS DA ROCHA a inclusão no seu trabalho de um quadro sistemático, organizado, baseando-se nas fontes que lhe parecessem merecedoras de maior crédito, para facilitar, aos que o lerem, o fácil entendimento da posição dos cogumelos estudados. Se o ilustrado colega concordar com essa sugestão, pomos à sua disposição aquele que organizamos, certamente incompleto, e que póde, com as correções necessárias, servir-nos de guia, embora obviamente provisório, a aguardar as frequentes mutações por que passa a classificação dos fungos.

Pedimos permissão ao Dr. MARTINS DA ROCHA para apresentar-lhe algumas sugestões que a nós nos parecem justificáveis. Seria interessante a substituição do título Sacaromicoses pelo de Blastomicoses, subdividindo-o em 3 partes, como o faz NIÑO:

Blastomicoses verdadeiras
Parablastomicoses
Pseudoblastomicoses

Na primeira parte seriam estudados os fungos que produzem gemação nos tecidos e nas culturas; Ex.:

Mycotoruleae ou *Monilias*.

Na segunda os que a produzem exclusivamente nas lesões; Ex.:

Coccidioides immitis
Paracoccidioides brasiliensis
Paracoccidioides dermatitides

Na terceira agrupar-se-iam:

Rhinosporidium Seeberi
Phialophora,
etc.

Parece que as primeiras observações feitas de dacriocanaliculites produzidas por *mycotoruleae* (espécie candida) foram as de ROBERTO F. PEREIRA — Arquivos de Oftalmologia de Buenos Aires — 1944 — pág. 415 — e as registradas por MANUEL BLANCO e BENJAMIN RÉ — (Las blastomicoses oculares).

No capítulo das Mucormicoses o autor, seguindo CAVARA e SACCARDO, filia a espécie *Lichthemia cornealis* ou *mucor cornealis* como sub-espécie da *Lichthemia corymbifera*. Na última edição do *Pre-cis de Parasitologia* de BRUMPT (1949) encontram-se essas duas espécies separadas.

Neste mesmo capítulo estuda o *Rhinosporidium Seeberi* quando nos parece que deveria fazê-lo no consagrado às *Pseudoblastomicoses*.

O capítulo dedicado às *Actinomycetaceae* é de grande interesse para os oftalmologistas e muito bem se conduziu o autor em dar-lhe desenvolvimento. Além das espécies patogênicas ali estudadas — *Acti-*

nomycetes, Nocardia e, talvez, o Leptothrix, encontra-se um grande número de espécies produtoras de antibióticos:

Streptomyces	griseus	—	Streptomycina
"	Lavandulae	—	Streptotricina
"	Antibioticus	—	Actinomicina
"	Venezuelae	—	Cloromycetina
			etc.

Por esta razão as Streptomycetaceae são as melhor estudadas.

Não encontramos no trabalho do Dr. MARTINS DA ROCHA referência ao Pityrosporum Ovale, ressaltado por THYGHESEN na magnífica publicação sobre a etiologia das blefarites e atribuindo-lhe papel patogênico nesta infecção. É possível que a omissão tivesse sido devido á duvida reinante quanto á patogenicidade do P. ovale. Embora já o tivessem responsabilizado como agente da dermatite seborréica, a tendência é considera-lo como saprófita, uma vez que foi verificado que sua proliferação está na dependência da riqueza do meio em gordura.

Ao capítulo das aspergiloses oculares, onde o autor estuda as lesões palpebrais, conjuntivais, esclerais, corneanas e orbitárias, juntamos a observação que se segue, na qual relatamos um caso de dacriocanaliculite produzida pelo Aspergillus niger.

F. M. S., de 36 anos de idade, sexo feminino, branca, casada, residente no interior do Estado do Espírito Santo.

HISTÓRICO: Ha cerca de dois anos sofre do olho direito onde ha secreção permanente aglutinando-lhe as palpebras pela manhã. Notou, ha cerca de um ano, um pequeno tumor no canto interno da pálpebra superior.

Consultou um oculista que lhe receitou alguns colirios que não deram resultado.

EXAME — Conjuntivas tarsais superior e inferior congestas, espessadas e cobertas de secreção muco-purulenta viscosa. Bordas ciliares engrossadas e congestas. Conjuntiva bulbar hiperemiada. Córnea normal. Ósteo canalicular ectropiado, dilatado e obstruído por massa espessa difícil de ser desagregada com a pinça.

Ao nível do percurso do canaliculo encontrava-se formação tumoral do tamanho de uma azeitona pequena, indolor.



Fotografia da placa onde se desenvolveu, em meio de Sabouraud, cultura pura de *aspergilus Niger*. Material colhido de uma Dacriocanaliculite. — Dr. J. Almeida Rebouças.

A lavagem, feita pelo canaliculo inferior, permitiu verificar a permeabilidade das vias lacrimais. Não foi possível a lavagem através do canaliculo superior.

Fizemos o diagnóstico de dacriocanaliculite, provavelmente micótica, e propuzemos a abertura e curetagem do canaliculo o que foi feito no dia seguinte.

Retiramos com a cureta grande quantidade de concreções e tecido de granulação deixando extensa cavidade, muito mais ampla do que fazia supor o exame externo.

O material foi colhido com os cuidados de assepsia, para evitar contaminação exterior, e semeado em meio de SABOURAUD.

Os tubos foram incubados a 37°. Depois de 96 horas de permanência na estufa começaram a desenvolver-se as colônias que, nos dias imediatos, apresentaram o aspecto típico do *aspergillus niger*.

Foi feita a transferência para a placa de Petri afim de permitir fotografar. As características microscópicas, possibilitaram a exata identificação da espécie.

À curetagem seguiram-se lavagens diárias com solução de sulfatiazol sódico a 10% e com solução aquosa de violeta de genciana a 0,25%.

A cura clínica deu-se em 5 dias. É digna de referência a modificação do aspecto da conjuntiva e a quase cessação da secreção conjuntival logo no dia imediato à curetagem.

Na revisão que fizemos na literatura que possuímos e cuja lista anexamos a esses comentários, encontramos um trabalho de HUGH C. DONAHUE, American Journal Of Ophthalmology, vol. 32-1941-pg. 207.

“Unusual mycotic infection of the lacrimal canaliculi and conjunctiva”.

Diz o autor que seu caso, onde foi isolado o *Aspergillus niger*, era o primeiro na literatura oftalmológica, segundo deduzira da pesquisa feita.

Terminando nossos comentários á magnífica contribuição feita á literatura oftalmológica nacional pelo Dr. MARTINS DA ROCHA, quero fazer-lhe um apêlo: não o deixe nesta edição, renove-o periodicamente, para que possamos ter uma fonte de consulta imediata, evitando-nos as fastidiosas procuras nas publicações esparsas.

LITERATURA CONSULTADA

- 1 — E. BRUMPT — *Precis de Parasitologie* — II vol. 6.^a edição, 1949.
- 2 — OLIMPIO DA FONSECA FILHO — *Parasitologia Médica* — Tomo I, 1943.
- 3 — JACOB H. SWARTZ — *Elements of Medical Mycology*.
- 4 — ANTONIO VILA CORO — *Las conjuntivites*, 1942, pgs. 110-111.
- 5 — TASSMANN — *Eye manifestations of internal diseases*, edição de 1951, pg. 425.
- 6 — FUCHS — *Tratado de oftalmologia* — pg. 279.
- 7 — FLORIANO DE ALMEIDA — *Micoses oculares* — *Resenha Clínico Científica* — Setembro, 1950 — pg. 339.
- 8 — OPHTHALMOLOGY IN THE WAR YEARS — Vol. I — pgs. 67 — 351 — Vol. II — pg. 263.
- 9 — ANIBAL CASTAÑE DECOUD e SALOMON SCHYMAN — *Anales Argentinos de Oftalmologia*, 1940 — pg. 422.
- 10 — S. V. CASSADY — *Blastomycose uveal* — *Archives of Ophthalmology* — 1946 — vol. 35 — pg. 84.
- 11 — JEAN SEDAN e YVES POURSIENES — *Blastomycose intraocular do tipo Cryptococcus de origem não traumática* — *Anales d'oculistique* — 1946 — pg. 398.
- 12 — GORDON M. BRUCE e DEVORAH LOCATCHER E. KHORAZO — *Recovery of the Streptothrix in a case of superficial punctate keratitis*. — *Arch. of ophth.* — Fev. 1942 — vol. 27 — pg. 294.
- 13 — ARTHUR J. BEDELL — *Ceratite por Cephalosporium* — *Am. Journal of Ophth.* — 1947 — vol. 30 — pg. 997.
- 14 — ALFRED KANT — *Um caso raro de leptotricose da conjuntiva* — *Am. Journal of Ophthalmology* — 1948 — pg. 607.
- 15 — SANFORD R. GIFFORD — ALEXANDER A. DAY — *Leptothricosis conjunctivae* — *Arch. Ophth.* — 1944 — Abril — vol. 31 — pg. 423.
- 16 — SANFORD R. GIFFORD e E. E. DILLON — *Síndrome conjuntivoganglionar de Parinaud*. — *Arch. of Ophth.* — 1934 — vol. 12 — Outubro — pg. 518.
- 17 — PAUFIQUE e R. ETIENNE — *Contribuição ao estudo da etiologia da Síndrome conjuntivo ganglionar de Parinaud*. — *Annales d'Oculistique* — 1949 — pg. 445.
- 18 — VASQUEZ BARRIERE e R. V. TALICE — *Conjuntivites crônicas do ângulo interno consecutivas a micoses canaliculares ignoradas* — *Arquivos de Oftalmologia de Buenos Aires* — 1944 — pg. 1.
- 19 — ROBERTO F. PEREIRA — *Canaliculite lacrimal micótica* — *Arquivos de Oftalmologia de Buenos Aires* — 1944 — pg. 415.
- 20 — JOAQUIM TINOCO — *Streptothrix das vias lacrimais* — *Rev. Bras. de Oftalmologia* — Junho — 1945 — pg. 207.
- 21 — DAN M. GORDON — *Ocular Sporotrichosis* — *Arch. Ophth.* — 1947 — vol. 37 — pg. 56.
- 22 — JESSE M. LEVITT — *Ocular manifestations in coccidioidomycosis* — *Am. Journal of Ophth.* — 1948 — pg. 1926.

- 23 — HUGO C. DONAHUE — Unusual Mycotic infection of the lacrimal canaliculi and conjunctiva — Am. Journal of Ophth. — vol. 32 — 1949 — pg. 207.
- 24 — R. E. WRIGHT — Isolation of Verhoeff's, Leptothrix in a case of Parinaud's Syndrome — Arch. Oph. — 1937 — Agosto — pg. 233.
- 25 — MAYNARD A. WOOD — Parinaud's oculo glandular Syndrome. — Am. Journal Ophth. — 1943 — vol. 43 — pg. 141.
- 26 — FREDERICK H. THEODORE — Parinaud's oculo-glandular syndrome due to a Yeastlike organism.
- 27 — VICTORIO MUHLMAMM e RODOLPHO LACHMAM — Distinta evolucion de dos casos de conjuntivites de Parinaud — Archivos de Oft. de Buenos Aires — 1946 — pg. 268.
- 28 — DAVID G. COGAN — Endogenous intraocular fungous infection — Arch. of Ophth. — 1949 — vol. 42 — pg. 666.
- 29 — CONRAD STONE — Mucormycosis of the eye — Arch. of Ophth. — 1950 — vol. 44 — pg. 746.
- 30 — SYDNEY G. STERNEY e MAX N. KULVIN — Aspergillosis of the Cornea — Am. Jour. of Ophth. — 1950 — pg. 111.
- 31 — E. THEODORIDES e KOUTROLIKOS — Blastomycosis of the conjunctiva — Am. Journal of Ophth. — 1950 — pg. 535.
- 32 — WILLIAM G. HOPKINS e ARLINGTON C. KRAUSE — Infection of the eye lashes with Microsporon Andouini — Amer. Journal of Ophth. — 1950 — pg. 1793.
- 33 — MANUEL C. BLANCO e BENJAMIN O. RE — Las Blastomicoses Oculares — 1943.
- 34 — FREDERICK H. THEODORE — Streptothrix as a cause of follicular conjunctivites and other obscure conjunctivites — Am. Journal of Ophthalmology — 1950 — pg. 1225.
- 35 — DUKE ELDER — Text Book of Ophthalmology — vol. 2 — 1938 — pg. 1225.
- 36 — A. ROCHON — DUVIGNEAUD e DESCOLA — Ofthalmologie en Clientele.
- 37 — A. POULARD — Traité d'Ophtalmologie — 1923.

Relação dos cogumelos até agora encontrados em lesões oculares:

- 1 — Sporotrichum Schencki ou Beurmanni
- 2 — Paracoccidioides dermatitides
- 3 — Paracoccidioides Brasiliensis
- 4 — Cryptococcus neoformans
- 5 — Actinomyces ou Streptothrix Foersteri
- 6 — Cephalosporium
- 7 — Leptothrix
- 8 — Actinomyces (várias espécies)
- 9 — Mycotorulea ou Monilias (Candida albicans)
- 10 — Phialophora (Cromoblastomicose)

- 11 — *Coccidioides immitis*
 - 12 — *Aspergillus niger* e *fumigatus*
 - 13 — *Microsporum audouinii*
 - 14 — *Verticillium graphii*
 - 15 — *Trichophyton Schoenleini* ou *Achorion Schoenleini*
 - 16 — *Mucor cornealis*
 - 17 — *Rhinosporidium Seeberi*.
-

Achando-se presente o Dr. Coto, micologista do Instituto Oswaldo Cruz, é-lhe concedida a palavra para comentar o relatório. Depois de elogiá-lo, diz que na doença de Lutz o importante é o diagnóstico precoce. Relata um caso de um "terçol" que deixou uma ulceração na pálpebra. No instituto de Cancer a biopsia revelou a presença do *Paracoccidioides Brasiliensis*.

O 2.º comentário foi do Dr. Nicolino Rebello Machado que agradece a colaboração que o Instituto Penido Burnier deu ao seu trabalho apresentado ao Congresso Interim, de Miami; destaca a confusão que existe entre os micologistas, dificultando o diagnóstico. Refere-se a dois casos de canaliculite micótica que observou e a 2 ou 3 casos de esporotricose, nos quais a cor violacea era característica, havendo secreção muco-purulenta. Acha que não se deve esquecer as sulfas no tratamento da blastomicose.

Finalmente, o Prof. Hilton Rocha faz comentários acompanhados de projeção de diapositivos nos quais apresenta casos pessoais de blastomicose e actinomicose.

Encerrando a discussão, o Dr. J. Martins Rocha discorda das modificações propostas pelo Dr. Rebouças, alegando que os oftalmologistas não podem discutir com os micologistas, já empenhados em tantas dúvidas.

Passando a Presidencia ao Dr. Paulo Braga Magalhães, representante da Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, o Dr. J. Martins Rocha agradece ainda uma vez a Presidencia.

Foi então iniciada a apresentação de Temas Livres, tendo antes o Prof. Paulo Cezar Pimentel comunicado o falecimento do Dr. Jacob Volfzon, jovem oculista de Natal, Rio Grande do Norte, ocorrido em consequencia do desastre do avião que caiu em Sergipe ontem. Propoz um minuto de silencio, observado pelo plenário. Disse ainda o Presidente que o trabalho do Dr. Volfzon seria lido pelo seu companheiro, Dr. Heitor Felix, não sendo discutido, obviamente.

TERAPÊUTICA OFTALMOLÓGICA PELA TIOTRICINA

JACOB VOLFZON

Natal — Rio Grande do Norte

O largo emprêgo da tirotricina e os resultados obtidos permitem a ampliação do seu já considerável campo terapêutico. Em oftalmologia, seu uso, embora com indicações limitadas, deu-nos vários trabalhos onde as conclusões, por vêzes divergentes, credenciam ainda mais sua aplicação.

Ao iniciarmos êste trabalho, como introdução faremos um pequeno estudo sôbre o antibiótico descoberto por DUBOS, para, depois de uma revisão da literatura, emitir nosso parecer, sôbre a terapêutica oftalmológica pela tirotricina.

A tirotricina é composta de gramicidina e tirocidina. O exame químico da tirotricina mostra que se trata de polipeptídios, cuja fórmula ainda não foi determinada. Tanto a gramicidina como a tirocidina são muito pouco solúveis na água, enquanto são solúveis no álcool.

O mecanismo de ação da tirotricina pode comparar-se ao dos detergentes catiônicos. Produz inativação completa dos processos de oxidação e redução das células bacterianas. A gramicidina tem ação bacteriostática e a tirocidina tem uma ação bactericida. Vale ressaltar que na presença de líquidos orgânicos a tirotricina conserva as propriedades bacteriostática e bactericida.

A tirotricina é pois inibidora do desenvolvimento dos cocos gram positivos em diluições que variam de 1/1 milhão até 1/10 milhões ou mais.

HERRELI, um dos primeiros a usar a tirotricina avaliou ser o seu poder bacteriostático 10 vezes maior que a penicilina em uso local e para determinados germes.

REILLY crê que a tirotricina tem ação sete vezes mais rápida do que as sulfamidas.

Ao contrário dos outros antibióticos, a tirotricina pode conservar-se muito tempo em suspensões aquosas ou soluções alcoólicas tendo, portanto, estabilidade definida.

MONDOLFO e HOUNIE mostraram sua atividade inalterada durante 2 anos. As sulfamidas também não diminuem a atividade da tirotricina. A estabilidade da tirotricina ao calor é muito grande, pois até a temperatura de 100° C a tirotricina não perde seu poder antibiótico.

A tirotricina ao contrário da penicilina, sulfamidas e mesmo da aureomicina não oferece o perigo da sensibilização. Não há na literatura revista por nós caso algum de sensibilização da pele ou das mucosas à tirotricina. Pelo contrário, GROLNICK, em estudo experimental, provou a ausência completa de sensibilização após o seu uso.

Tirotricina em oftalmologia

Ao iniciarmos o estudo da tirotricina em oftalmologia, queremos assinalar as primeiras observações feitas por WILLIAMS e BELLOWS em 1943, que usaram o antibiótico de DUBOS em infecções externas do olho, com grande sucesso.

HEATH foi quem lançou a tirotricina no campo da oftalmologia reportando sucessos obtidos na conjuntivite pneumocócica, querato-conjuntivite epidêmica e blefarites devido a estafilococos.

Logo após, MOLNER e COOPER, na chamada experiência de Detroit, fazem um largo uso da tirotricina na querato-conjuntivite epidêmica e obtêm a menor média até então registrada de opacidades corneanas na afecção em curso. Vale ressaltar que nas observações destes autores foram usadas o sulfatiazol e outras drogas que se mostraram inferiores à tirotricina.

Destas primeiras experiências de 1944 seguiram-se outras observações em vários centros de estudos. Assim, BLOOMFIELD relata os bons resultados que obteve com a tirotricina nas úlceras mar-

ginais da córnea. STREICHER obteve êxito com o tratamento das conjuntivites agudas pela tirotricina. Usou 1 cm³ de tirotricina a 2% adicionando 2 cm³ de água destilada esterilizada. WONG relata também o êxito obtido nas afecções superficiais dos olhos com a aplicação do medicamento.

Em 1945, HERRELL num estudo sôbre a penicilina e outros agentes antibióticos referindo-se à aplicação da tirotricina em oftalmologia diz: "aplicaram-se nuns poucos casos suspensões de tirotricina localmente, no tratamento de infecções que comprometiam o ôlho, inclusive a conjuntivite aguda e a querato-conjuntivite. A tirotricina em suspensões de 0,5% pode ser usada para aplicação local na conjuntiva e via de regra não se mostra irritante. Todavia, concentrações maiores causam irritação e devem ser evitadas".

Ressaltamos estas observações dos pesquisadores americanos WILLIAMS, BELLOWS, HEATH, MOLNER, COOPER, BLOOMFIELD, STREICHER e WONG, justamente porque depois dêstes estudos e pesquisas, a não ser talvez as citações de SELINGER, os norte-americanos olvidaram inteiramente o uso da tirotricina e substituíram-na pelos outros antibióticos conforme observamos nos recentes trabalhos de BELLOWS.

Noutros países, pesquisadores e oftalmologistas aplicavam o antibiótico de DUBOS nas afecções oculares e traziam à luz os resultados obtidos. VOLFZON, no Brasil, relata os resultados obtidos com o uso do antibiótico, isolado, em blefarites ulcerosas rebeldes a vários tratamentos anteriores. Ao mesmo tempo mostra também êxitos surpreendentes da combinação tirotricina com sulfatiazol em úlcera pós-variólica e úlcera com hipópio, usando sômente êstes dois medicamentos.

Em 1947, SELINGER aconselha o uso da tirotricina para irrigação após incisão de abcesso do saco lacrimal, em blefarites ulcerosas e conjuntivites. Recomenda também seu uso para irrigação após abertura de abscessos retrobulbares.

THYGESON faz especial referência ao uso da tirotricina nas conjuntivites e blefarites causadas pelo estafilococo.

Em 1948, ainda em nosso meio, UCHÔA CAVALCANTI, em bem documentado trabalho, apresenta ótimos resultados obtidos com a tirotricina como agente profilático e curativo. O uso profilático do antibiótico refere-se a acidentes e intervenções cirúrgicas. O valor

curativo do antibiótico foi assinalado em queimaduras da conjuntiva, queratite superficial, úlcera da córnea, úlcera infectada com hipópio, conjuntivite traumática, conjuntivite catarral aguda, conjuntivite catarral crônica, blefaro-conjuntivite catarral, blefarite escamosa, blefarite ulcerosa, hordéolo, dacriocistite purulenta crônica.

De um modo geral, UCHÔA teve 90% de ótimos resultados e 10% de resultados satisfatórios, o que, a nosso ver, representa uma estatística bem favorável à tirotricina. UCHÔA também ressalta com ênfase a ausência de fenômenos de sensibilização, não raros com outros antibióticos inclusive a novel aureomicina.

— I — A hipertensão preexiste à iridociclite — II — A hipertensão é contemporânea à iridociclite — III — A hipertensão é secundária à iridociclite.

De etiologia mais variada podemos, a grosso modo, baseado nas estatísticas européias, dizer que entre a tuberculose, sífilis, infecção focal, perturbações endócrinas, reumatismo, etc. encontraremos a origem da quase totalidade das uveítes hipertensivas.

Ao fazermos esta pequena digressão do tema básico dêste trabalho, tivemos apenas em mira um ponto; é que a ação hipotensora da tirotricina nas iridociclites hipertensivas ainda não está esclarecida e dada a diversidade de etiologias, algumas hipóteses poderiam ser formuladas. TALICHEVSKY como que sugere ser a iridociclite hipertensiva uma entidade absolutamente autônoma e daí o sucesso da ação hipotensora da tirotricina nas uveítes hipertensivas de várias origens.

Não seria despropósito imaginar que a tirotricina agisse como um estimulante biogênico de FILATOV, pois sabemos que a tirotricina é isolada de um bacilo esporulado da terra e FILATOV crê que os extratos obtidos do barro e da lama da praia esterilizados, podem produzir efeitos idênticos aos dos tecidos. Vale ressaltar também que o exame químico dos componentes da tirotricina — gramicidina e tirocídina — revela polipeptídios cuja fórmula estrutural, até a presente data, não se conseguiu determinar. E na preparação dos extratos placentários para histioterapia, as albuminas são eliminadas mas os polipeptídios são conservados, o que é facilmente constatado em reações específicas com álcool, ferrocianeto de potássio, sulfato de zinco, etc. Seria, pois, o caso de julgarmos que os componentes químicos da tirotricina agissem como estimulantes biogênicos

à maneira dos componentes químicos do extrato placentário. Das dúvidas sobre o modo de ação da tirotricina nas uveítes hipertensivas, passamos aos resultados concretos da sua ação hipotensora já confirmados por CORRÊA MEYER e TELICHEVSKY. Podemos, pois, dizer que as indicações operatórias nas iridociclites hipertensivas sofreram um declínio considerável.

Há referência, entretanto, que fazem restrições a aplicação da tirotricina em oftalmologia. LAERTES GUIMARÃES, em setembro de 1948 nas 5.^{as} Jornadas Brasileiras de Oftalmologia, nos alertava sô-

Em outros países, o antibiótico de DUBOS era experimentado com êxito. OXILIA, na Itália, observou que a tirotricina era ativa contra germes que se tinham tornado penicilina e sulfamida resistentes e obtinha u'a média bem alta de curas em blefarites ulcerosas e blé-faro-conjuntivites.

A média foi todavia mais alta no tratamento das conjuntivites, dacriocistites crônicas, querato-conjuntivites e infecções por lesões da córnea.

Na Dinamarca, OSTERBERG obteve resultados surpreendentes usando o "Tyrosolvin" que é uma preparação hidrossolúvel de tirotricina consistindo de partes iguais de tirotricina e cloreto de cetyl pyridinium.

OSTERBERG acha que não há perigo de sensibilização e desenvolvimento de resistência à tirotricina. Apresenta depois 131 pacientes com blefarite, 24 pacientes com conjuntivite aguda e 32 com queratite superficial, que foram curados em duas semanas de uso do medicamento. Nestes casos inclui portadores de blefarites há vinte anos, que ficaram curados em duas e três semanas. As médias de curas de OSTERBERG são as mais altas obtidas com o uso da tirotricina por qualquer oftalmologista. A tirotricina que estava praticamente excluída do cenário oftalmológico americano parece ressurgir em janeiro de 1951, na revisão dos Archives of Ophthalmology, entregue à sábia direção de ALLEN.

ALLEN aconselha, como terapêutica que tem provado ser rapidamente efetiva, o uso da tirotricina nos ordéolos e cita um trabalho de PETROV em que êste autor obteve bons resultados com o uso da gramicidina nas blefarites ulcerosas. Analisamos, por assim dizer, a fase antibiótica da tirotricina e propositadamente deixamos para o fim a aplicação da tirotricina nas iridociclites hipertensivas.

Em junho de 1949, IVO CORRÊA MEYER, em nota prévia apresentada na Sociedade de Oftalmologia do Rio Grande do Sul, salientava as vantagens do uso da tirotricina nas iridociclites hipertensivas. Não nos interessa, no momento, precisar de um modo claro o que é uma iridociclite hipertensiva. De u'a maneira geral, aceitamos a definição de KALT que diz ser a uveíte hipertensiva uma síndrome, onde a iridociclite se encontra complicada de uma hipertensão concomitante; todavia para que possamos observar o efeito da tirotricina nas iridociclites hipertensivas, temos que nos basear na divisão de CATTANEO que classificou as iridociclites hipertensivas em três grupos: bre a diminuição da atividade das suspensões aquosas e indicava com precisão as afecções em que a tirotricina deveria ser usada — blefarite estafilocócica, nas quais outras substâncias como sulfas, penicilina, etc., tinham falhado, úlceras rebeldes da margem da córnea, querato conjuntivite epidêmica.

JOVIANO REZENDE FILHO, em relatório apresentado à Sociedade Brasileira de Oftalmologia, em 19/10/49, cita um trabalho de BELLOWS em que este autor considera a tirotricina de nenhum valor terapêutico e muito irritante. Contrabalançando estas observações, o referido autor cita o bem documentado trabalho de UCHÔA CAVALCANTI a que já nos referimos. O uso indiscriminado de certas drogas, a propaganda pouco honesta tem levado ao descrédito centenas de medicamentos e é principalmente dos Estados Unidos que nos vêm os mais chocantes exemplos.

Justo é que num conclave como este em que estão reunidos os expoentes da Oftalmologia nacional, precisar com certa exatidão quais as enfermidades em que novos medicamentos podem ser usados com bons resultados sem causar dano aos órgãos da visão.

Nossas experiência com a Tirotricina

As nossas observações que já datam de quase um quinquênio, desde as primeiras que publicamos em "Seleções Científicas" em dezembro de 1946, nos autorizam a concluir que: a tirotricina em suspensão aquosa ou em forma de colírio graxo tem ação hipotonizante nas chamadas iridociclites hipertensivas: nas irites sem hipertensão mostrou-se eficaz ao lado das medicações usuais quer locais ou espe-

cíficas; a querato-conjuntivite epidêmica é a doença dos olhos que melhor responde à terapêutica pela tirotricina.

Temos sempre dado preferência à tirotricina em vez de aureomicina, que BELLOWS reputa ser o medicamento ideal para a queratoconjuntivite epidêmica por ser a tirotricina de mais fácil consecução; por termos obtido iguais resultados; por não termos tido algum caso de opacidade corneana após o uso da tirotricina na referida afecção. As blefarites estafilocócicas, os ordéolos, a úlcera com hipópio e as úlceras marginais da córnea, as conjuntivites agudas e crônicas notadamente as devidas a estafilococos e pneumococos são as indicações justas para o uso dos colírios aquosos e graxos de tirotricina. Noutras infecções oculares em que usamos a tirotricina, fizemos apenas como um meio terapêutico acessório.

Relatadas de u'a maneira sucinta as nossas experiências, passamos à causa do provável insucesso da terapêutica oftalmológica com a tirotricina que é, a nosso ver, o uso indiscriminado dêste antibiótico, aliado a outros como seu emprêgo em infecções por organismos gram negativos; dificuldades da droga entrar em contacto directo com o organismo; dose insuficiente da droga e, finalmente, a falta de preciso diagnóstico bacteriológico que nos assegure haver a presença de polimorfo-nucleares indicando infecções bacterianas, linfócitos sugerindo uma infecção a virus, eosinófilos mostrando a conjuntivite alérgica e os corpos de inclusão mostrando a presença do tracoma ou conjuntivite de inclusão. Evitando da melhor maneira as prováveis causas de insucesso da droga, chegaremos ao ponto final dêste trabalho que é: *análise dos preparados de tirotricina em oftalmologia*.

Dois estudos recentes de SWAN e SASIAN com TOLEDANO JIMENEZ abrem novas perspectivas para a terapêutica oftalmológica. E' do trabalho de SWAN que retiramos êste trecho:

“Para manter uma dada droga em contacto com a córnea é desejável administrar a droga em veículos de alta viscosidade. Colírios graxos permanecem mais tempo no saco conjuntival do que simples soluções aquosas, mas não se misturam bem com secreções conjuntivais. Novos agentes de alta viscosidade e miscibilidade têm sido criados. O mais importante deles, a metilcelulose tem sido apresentado como um substituto para a secreção lacrimal. A so-

lução a 2 % é um veículo altamente eficiente para a administração de suspensões de drogas insolúveis na água como a sulfamerazina. Tem vantagens sobre as emulsões e colírios graxos por ser não gordurosa e mistura-se facilmente com as secreções conjuntivais. Finalmente, o colóide é completamente neutro e quase quimicamente inerte e não é absorvido pela conjuntiva. Até agora não foi observada hipersensibilização”.

Ao contrário da penicilina cujos colírios graxos dão melhores resultados que os aquosos, acreditamos que no caso da tirotricina, as suspensões aquosas deveriam conter metilcelulose não só para evitar as irritações da córnea como também para aumentar a penetrabilidade da droga até a câmara anterior. Atendendo também ao trabalho de SASIAIN em que ficou demonstrado que não há diferença entre a permeabilidade da córnea de olhos normais e de hipertensos experimentais e que a referida permeabilidade depende da dissociação dos ions das drogas administradas e também da presença de comuns ions na solução e na córnea, o que diminuiria a difusão da droga através da córnea. Os produtos oftalmológicos contendo tirotricina deveriam ter como veículo, a metilcelulose e não conter ions comuns às soluções e a córnea, bem como, guardar melhor proporção na dissociação dos ions.

Preparados farmacêuticos com base no Tyrosolvin que é uma solução de tirotricina solúvel na água e que consiste de partes iguais de tirotricina e cetyl pyridinium cloreto, deveriam ser feitos para uso oftalmológico. Melhorada, pois, a composição dos produtos à base de tirotricina para uso oftalmológico se impõe uma outra medida que é a indicação do tempo de preparo dos colírios aquosos e graxos para uma renovação constante dos “stocks” nos locais de uso. Ao lado das observações de MONDOLFO e HOUNIE que constataram ficar a atividade antibacteriana inalterada por dois anos, podemos juntar à nossa experiência em amostras numeradas e datadas fornecidas por um laboratório nacional. Dada a pequena quantidade do produto só podemos estender até um ano o prazo de nossas observações e constatamos que os colírios graxos e aquosos mantiveram o seu poder antibacteriano por cerca de 12 meses.

Eis, pois, senhores do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia o que pudemos apresentar para justificar o resumo que se segue:

S u m á r i o

A falta de um estudo detalhado sobre o uso da tirotricina em oftalmologia com revisão da literatura sobre o assunto, fez com que nos aventurássemos a consecução deste trabalho. Foram revistos artigos sobre o assunto na literatura nacional e estrangeira procurando fazer um estudo rápido e sucinto da composição, mecanismo de ação, atividade antibacteriana, estabilidade e ausência de sensibilização da tirotricina. Posteriormente, estudamos sua ação terapêutica na oftalmologia bem como prováveis causas de seu insucesso. Finalmente apresentamos sugestões para composição e uso de preparados com base neste antibiótico. Ao lado de observações próprias, apresentamos inúmeras observações nacionais e estrangeiras sobre o uso da tirotricina nas afecções externas do olho e nas iridociclites hipertensivas. São feitas sugestões para composição e uso de preparados à base de tirotricina.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — DUBOS, R. J. AND COLS.: Studies on a Bactericidal Agent Extracted from a Soil Bacillus — *J. Exp. Med.*, 70:249, 1939.
- 2 — MONTEIRO SALLES, J. F.: Bacterioscopia das Secreções Conjuntivais — *Rev. Med. Cir. de S. Paulo*, 1: , 1941.
- 3 — HEILMAN, D. and HERRELL, W. E.: Comparative Antibacterial Activity of Penicillin and Gramicidin. Tissue Culture Studies — *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, 17:321 (May, 27), 1942.
- 4 — ROBINSON, H. J. and GRAESSLE, O. E.: "In vitro" and "in vivo" Studies of Gramicidin, tyrothricin, tyrocidine — *J. Pharmacol. & Exp. Therap.*, 76:316, 1942.
- 5 — CROWE, S. J. and cols.: Penicillin and Tyrothricin in otorrinolaryngology — *An. Oto. Rhin. Laringology*, 52:541, 1943.
- 6 — WILLIAMS, H. L.: *Tr. Am. Acad. Ophthalm.*, 47:440, 1943.
- 7 — BELLOWS, J.: *Arch. Ophthalm.*, 29:888, 1943.
- 8 — HEATH, P.: Chemotherapy on Ophthalmology — *J.A.M.A.*, 124:152 (Jan., 15), 1944.
- 9 — WOODS, A. C.: Chemotherapy in Ophthalmology — *J.A.M.A.*, 124:152 (Jan. 15), 1944.
- 10 — WONG, W. W.: *Arch. Ophthalm.*, 31:165, Feb., 1944.
- 11 — BLOOMFIELD, S.: Use of Tyrothricin in Treatment of Marginal Ulcers of Cornea — *Am. J. Ophthalm.*, 34:572, June, 1944.
- 12 — MOLNER, J. G. J. and COOPER, E. L.: Epidemic querato-conjunctivitis; Detroit Experiences — *Am. J. Publ. Health*, 34:572, June, 1944.
- 13 — STREICHER, C. J.: Treatment of Conjunctivitis with Tyrothricin — *Ohio State Med. J.*, 40:951, Oct., 1944.

- 14 — CHRISTENSEN, E.: Preliminary report on the Clinical Use of Gramicidin — *Am. J. Ophthalm.*, 27:898, 1944.
- 15 — HERRELL, W. E.: Penicillin and Other Antibiotic Agents — Ed. Saunders, Co. Phi., 1945.
- 16 — PRADO, F. CINTRA DO: Tirotricina e Estreptomicina — *An. Paulist. Med. Cir.*, 52:7, Julho, 1946.
- 17 — THYGESON, P.: *Arch. Ophthalm.*, 36:445, Oct., 1946.
- 18 — MONDOLFO, H. y HOUNIE, E.: Cuatro años de experiencias con la tirotricina — *Farmalecta*, 1:235, 15 Oct., 1946.
- 19 — VOLFZON, J.: A tirotricina em oftalmologia — *Sel. Cien.*, 1:57, Nov.-Dez., 1946.
- 20 — PIANTONI, G. H.: Aporte Terapéutico en oftalmologia — *Rev. M. C. A.*, 9:310, Junio, 1947.
- 21 — NOGUEIRA DE FRANÇA, R.: Tirotricina e Penicilina em Oftalmologia — *Rev. Méd. do Paraná*, 16:141, Julho-Agosto, 1947.
- 22 — SELINGER, E.: Office Treatment of the Eye — The Year Book Publ. Inc., Chicago, 1947.
- 23 — GIFFORD, S. R. and VAIL, D.: A Hand-Book of Ocular Therapeutics — Fourth ed., Lea & Febiger Phi., 1947.
- 24 — THYGESON, P.: Modern Trends in Ophthalmology — Vol. II, 2nd ed., London, 1947.
- 25 — REILLY, L.: Tyrothricine et porteurs de germes diphtériques — *Presse Méd.*, 56:101, 7 Février, 1948.
- 26 — REILLY, L.: La Tyrothricine — *Presse Méd.*, 56:107, 14 Février, 1948.
- 27 — GAUSE, G. F.: Gramicidina "S" — *Lancet*, 251:46, 1946 apud *Resenha Clin.-Cient.*, 17:117, Março, 1948.
- 28 — LASK, : Tyrothricine as an Antibiotic — *Arch. Surgery*, 56:475, April, 1948.
- 29 — MURZIN, A.: Contemporary State of Treatment of Trachoma — *Vestnik Oftal.*, 26:25, 1947 in *Arch. Ophthalm.*, 39:694, May, 1948.
- 30 — MCGRAW, J. L.: Infection of the Cornea Due to Herpes Simplex — *Arch. Ophthalm.* 40:531, Nov., 1948.
- 31 — LABORNE TAVARES, C.: Antibióticos em Oftalmologia — *Rev. brasil. de Oftalmologia*, 8 (2): Dez., 1948.
- 32 — UCHÔA CAVALCANTE, J. e DAVID, D.: Tirotricina em Oftalmologia — *Sel. Cien.*, 3:61, Dez., 1948.
- 33 — MENDONÇA DE BARROS, J.: Progressos Recentes no Terreno da Oftalmologia — *Arq. brasil. de Oftalmologia*, 11:1, 1948.
- 34 — GUIMARÃES, L.: Antibióticos em Oftalmologia — *Arq. brasil. de Oftalmologia*, 11:173, 1948.
- 35 — FREDERICK, T. H.: Use of Propionates in Ophthalmology — *Arch. Ophthalm.*, 41:83, Jan., 1949.
- 36 — SWAN, C. K.: Pharmacology and Toxicology of the Cornea — *Arch. Ophthalm.*, 41:253, March, 1949.
- 37 — THYGESON, P.: The Epidemiology of Epidemic Kerato-Conjunctivitis — *Am. J. Ophthalm.*, 32:951, July, 1949.

- 38 — ROETHH, A.: Penetration of Aureomycin into the Eye — *Arch. Ophthalm.*, 42:365, Oct., 1949.
- 39 — Terapêutica Antibiótica con Tirotricina — Publicación del Departamento Científico del Instituto Massone S. A., Buenos Aires, 1949.
- 40 — NIZETIC, B. Z. Tyrotricin in Ophthalmology — *Boll. d'Ocul.*, 28:257, 1949.
- 41 — ONÍLIA, F.: Tyrothricin and its Use in Ocular Infection — *Giour. Italiano Oftalm.*, 2:214.
- 42 — BIETTI, G.: Os Resultados do Tratamento Antibiótico nas Afecções Oculares por Vírus — *Resenha Clín.-Cient.*, 19:3, Jan., 1950.
- 43 — SKADHAUGE, K.: Tyrosolvin. Investigations on Its Antibacterial Action in Vitro — *Ugeskrift for Laeger*, 111:1065 (Sept., 29), 1949 apud *J.A.M.A.*, 142:518, (Feb., 18), 1950.
- 44 — OSTERBERG, G.: Tyrosolvin. Ophthalmologic Possibilities — *Ugeskrift for Laeger*, 111:1068 (Sept., 29), 1949 apud *J.A.M.A.*, 142:518 (Feb. 18), 1950.
- 45 — BELLWS, J. G.: Modern Management of Ocular Infections — *Am. J. Ophthalm.*, 33: , June, 1950.
- 46 — REZENDE F.^o, J.: Antibióticos em Oftalmologia — *Rev. brasil de Oftalmologia*, 8 (4): .. Junho, 1950.
- 47 — BURSTEIN, F.: Sensitivity to Aureomycin — *Am. J. Ophthalm.*, ...: ..., June, 1950.
- 48 — LEOPOLD, I. H.: Pharmacology and Toxicology — *Arch. Ophthalm.*, 44:300, August, 1950.
- 49 — A tirotricina na Clínica — Publicação dos Laboratórios Moura Brasil-Orlando Rangel, 1950.
- 50 — TELICHEVSKY, I.: A Tirotricina no Tratamento das Iridociclites Hiper-tensivas — Tese de doutoramento na Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul, 1950.
- 51 — BERENS, . and SIEGEL .: *Encyclopedia of the Eye*, 1950.
- 52 — ALLEN, J. H.: Lids, Lacrimal Apparatus and Conjunctiva — Review of Recent Literature — *Arch. Ophthalm.*, 45:100, Jan., 1951.
- 53 — PETROV, A. G.: Gramicidin in Therapy of Ulcerative Blefaritis — *Vestnik Oftalm.*, 26:43, June, 1947 citado por ALLEN J. H. — *Arch. Ophthalm.*, 45:100, Jan., 1951.
- 54 — RIOS SASIAIN and TOLEDANO JIMENEZ: Corneal Permeability — *Arch. Oftalm. Hisp. Americ.*, April, 1950, in *Arch. of Ophthalm.*, Feb., 1951. (Não existe esta citação no Archives).
- 55 — BERLINER, L. M.: Cornea and Sclera — *Arch. Ophthalm.*, 45:196, Feb., 1951.
- 56 — DUKE-ELDER, W. S. and GOLDSMITH: Recent Advances in Ophthalmology — Fourth ed., 1951.
- 57 — GROLNICK, M.: Studies to Determine the Effect of Tyrothricin to Sensitize the Skin — *J. Allergy*, 17:204, Sept., 1950.

O 2.º Tema Livre foi apresentado pelo Dr. José Lucas de Souza, sobre "Um caso de rinosporidiose ocular", escrito em colaboração com o Dr. Humberto Cerruti, não sendo entregue para publicação.

Comentou o Dr. Nicolino Rebello Machado que pergunta qual o tempo de observação e se houve recidiva após a cura. Indaga ainda se houve comprometimento nasal.

Respondendo o Dr. José Lucas de Souza diz conhecer na literatura nacional apenas 6 casos, sendo 4 localizados no nariz (Casos dos Drs. Montenegro, Amadeu Filho, um publicado em Recife e outro no Pará).

Assumiu nesta ocasião a Presidência o Dr. Laborne Tavares, representando a Sociedade de Oftalmologia de Minas Gerais, o qual, depois de agradecer, dá a palavra ao Dr. Nicolino Rebello Machado para apresentar o 3.º Tema Livre sobre "Toxoplasmose congênita".

A seguir o trabalho.

TOXOPLASMOSE CONGENITA — SÔBRE 2 CASOS PROVÁVEIS — FORMA CRÔNICA

DR. NICOLINO REBELLO MACHADO

Chefe da CLÍNICA DE OLHOS da SANTA
CASA de Santos

Há alguns anos, toda vez que examino recém-nascidos ou crianças, portadoras de malformações congênitas ou de doenças oculares congênitas ou adquiridas, estas em fase aguda ou crônica, procuro sempre eliminar a Toxoplasmose, como fator etiológico eventual. Nêste trabalho constam duas observações de crianças portadores de lesões oculares congênitas, acompanhadas de calcificações cerebrais demonstradas em radiografias e sinais evidentes de deficit psico-somático em uma e de atraso mental em outra. No primeiro caso os testes serológicos praticados no paciente e em sua progenitora foram negativos por duas vezes e no segundo caso, foram positivos, na paciente e em sua progenitora. De posse desses dados passei a considerar os dois casos o primeiro como provável e o segundo como muito provável caso de Toxoplasmose. SABIN e FELDMAN⁽¹⁾ dizem que a associação de chório-retinite e calcificação cerebral obrigam o clínico a considerar a Toxoplasmose no diagnóstico diferencial desde que os dois sinais forem encontrados como manifestações importantes em casos fatais de Toxoplasmose congênita. E dizem mais que não é mister a concomitância; basta que um dêles se encontre com outro sinal evidente de dano cerebral, na criança, para que a doença seja considerada no diagnóstico diferencial.

WALSH⁽²⁾ diz textualmente: si houver concomitância de calcificação cerebral e lesões retinianas, na criança, o diagnóstico está firmado. Os meus dois casos satisfaziam essas condições e pois se justificava o diagnóstico clínico de Toxoplasmose congênita.

Observações.

1.ª D. M., cor branca, sexo masculino, 10 meses de idade, matriculado sob n.º 82.265, no Hospital da Santa Casa, vem à minha consulta no Ambulatório de Oftalmologia do mesmo Hospital em Julho de 1950 por ser aparentemente cego, segundo sua progenitora e por ter os olhos vinhos e em constante movimento. Ao exame observa-se que o paciente é portador de Strabismo alternante convergente e sursumvergente; Nystagmo horizontal. OD: restos de membrana pupilar, um foco arredondado, de cor branco amarelada de chório-retinite macular, cicatrizado, ligeiramente saliente e de contornos fortemente pigmentados, atrofia secundária da papila. O vítreo é transparente e o resto da retina é normal bem como os vasos. OE: sinequias posteriores entre 5 e 8 horas, restos de membrana pupilar, vítreo transparente. Foco de chório-retinite central cicatrizada, um pouco mais extensa que o de OD, porém de cor branco-amarelada, contornos fortemente pigmentados, porém plano.

As radiografias do crânio, feitas de frente e de perfil revelam sombras pouco densas de calcificação cerebral, espalhadas em diversos pontos dos hemisférios. As sombras são abundantes e multiformes. (Vide Figs. 1, 2 e 3). Nessa ocasião foi retirado o sangue



Fig. 1 — D. M. aos 20 meses. Obs. n.º 1.

do paciente e de sua progenitora e enviado ao Dr. PAULO NOBREGA, do Instituto Biológico de S. Paulo a quem devemos o favor de ter feito as reações sorológicas de fixação do complemento e de SABIN-FELDMAN, havendo ambas resultado negativas tanto as da progenitora como as do paciente. Esse caso foi apresentado em S. Paulo, em Setembro de 1950, nas Sextas Jornadas brasileiras de Oftalmologia. Cumpre acrescentar que uma porção do líquido cefalo-raquiano de D. M. foi inoculado no peritônio de um coelho que faleceu

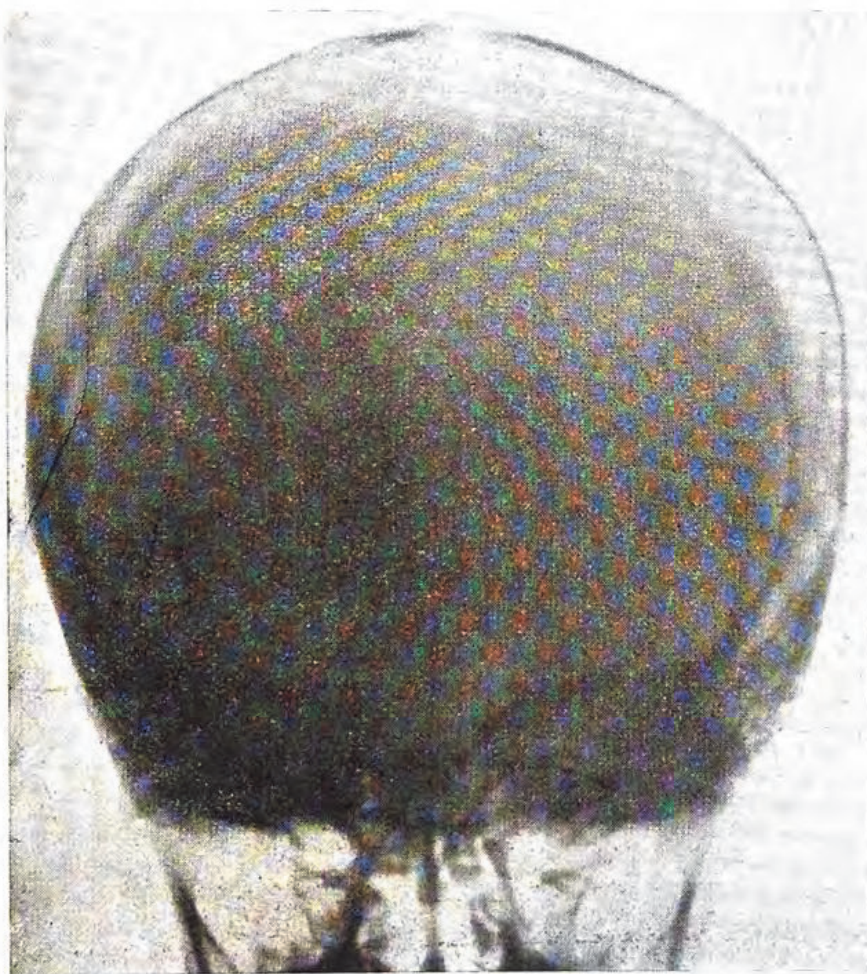


Fig. 2. Obj. n. 1 D. M. Radiografia do crâneo.
Proj. post. anterior

ao fim de 40 dias, não tendo sido possível re-inocular outros animais de laboratório e tão pouco fazer exame do exsudato peritoneal e muito menos os exames histo-patológicos do sistema nervoso ou de outros órgãos.

O exame químico do líquido revelou o seguinte: Albumina 22 mgrs.%. Cloretos 767 mgrs.%. Glicose 75 mgrs.%. O exame

bacteriológico do material corado pelo GRAM e pelo ZIEHL foi negativo. O exame citológico revelou raros linfocitos.

Intradermo-reação de MANTOUX a 1/1.000 resultou negativa.

Exame hematológico: proteínas 6,50 miligrs %, método PHILLIPS; glicose: 75 mgrs. %, método FOLIN WÚ; cloretos 742 mgrs.%. Hemograma: Globs. verms.: 4.480.000 p/mm³; Globs. brs.: 6.400; Hemoglobina: 88% ou 15,3 grs.%; metamielocitos: 0; Polins. neu-



Fig n. 3. Obs. n. 1. D. M. Radiografia do crâneo, perfil.

trófilos: bastonetes: 2, Segmentados 59 eosinófilos 2: basófilos 0; linfocitos 34, monocitos 2. Fezes: tricocefalos trichiurus.

Reações de WASSERMANN e KAHN nos progenitores, negativas, bem como as do paciente. D.M. nasceu a termo de uma gestação normal e teve parto normal. Seus pais são sadios. Tem 4 irmãos vivos todos sadios sendo ele o último. Examinei-os todos. Dois, do sexo masculino, são portadores de Strabismo alternante convergente

e todos têm fundo de olho normal, o que foi verificado em exame atento e sob midríase homatropínica.

A progenitora também tem fundo de olho normal.

D. M. vem sendo observado por mim até agora. Está com 20 meses de idade, nunca teve convulsões nem agora nem logo após o nascimento. Não senta, não engatinha, não anda. Agora começou a emitir sons que a progenitora interpreta como palavras. O deficit psico-somático é fanco. Uma nova radiografia feita agora confirma a presença das calcificações cerebrais que não sofreram alteração em forma, número e densidade. Uma radiografia do crânio da progenitora nada revela de anormal.

A progenitora refere ter tido um aborto de 3 meses que atribuiu a uma queda e diz também haver perdido um filho com 1 ano e 8 meses cuja morte foi atribuída a complicações de sarampo e coqueluche.

D. M. pesa 9 kilos e 700 gras. e sua circunferência cefálica mede 44 cms. Em Maio do corrente ano, temendo que as reações serológicas do paciente e de sua progenitora, pudessem ter sido prejudicadas pela conhecida termolabilidade dos anticorpos, enviamos os 2 ao Dr. PAULO NÓBREGA para que repetisse as provas sorológicas, utilizando agora, o soro fresco. E o ilustre colega me envia a 30 do referido mês o resultado do exame que foi mais uma vez negativo para os soros de D.M. e de sua progenitora. As reações feitas foram as referidas acima, isto é, a de fixação do complemento e a de SABIN-FELDMANN. Referiu-me o Dr. PAULO NÓBREGA, que para tais provas, os anticorpos, si existirem, são termo-estáveis, não havendo, portanto, necessidade de soro muito fresco.

O referido colega, Dr. PAULO NÓBREGA⁽³⁾, diz que o caso a despeito de muito instrutivo, não pôde, à luz das provas sorológicas praticadas, ser diagnosticado como de Toxoplasmose, não obstante a probabilidade é de 9:1 a favor do diagnóstico clínico da doença.

No estado atual dos estudos concernentes à doença em causa, parece prematuro firmar-se o diagnóstico sem lançar mão de todos os meios possíveis de investigação, diz FRENKEL.⁽⁴⁾ A prova de inoculação em animais, não pode ser praticada a não ser a referida. Sê-lo-á a autópsia?...

Observação n.º 2. C. M., sexo feminino, cor branca, 3 anos, brasileira, residente em Santos. É trazida a meu consultório por

sua mãe que diz ser C.M. quasi cega e ter os olhos em constante movimento, o que muito a preocupa. O exame revela Strabismo alternante convergente e Nystagnus horizontal que se manifesta principalmente ao olhar para a direita.

O fundo de olho revela placas de chório-retinite central cicatrizada com periferia fortemente pigmentada, bilateral, com atrofia secundária da papila.

A despeito de sua aparência, vide fig. 4, C. M. apresenta acentuado deficit psico-somático e é extremamente nervosa. Suas radiografias do crâneo revelam imagens de calcificação cerebral muito tênues, pequenas, esparsas pela área de projeção dos hemisférios cerebrais, multiformes e em número muito mais reduzido que as verificadas em D. M. (vide fig. 5). Seus pais são saudáveis. C. M. nasceu de parto normal, a termo e sua gestação foi também normal. Pesava menos de 3 kilos ao nascer e sempre foi muito débil. Andou com quasi 3 anos e só aos 3 anos começou a falar. As reações de WASSERMANN e KAHN são negativas em seus progenitores. Sua reação de MANTOUX é negativa bem como a radiografia dos pulmões. Tem um irmão com 2 anos e meses e uma irmã mais velha com 9 anos. Ambos saudáveis e nada apresentam para o lado do aparelho visual ao exame por mim praticado. O mesmo se dá com sua progenitora também examinada por mim. Dos 3 filhos apenas C. M. foi que nasceu com peso deficiente, que teve desenvolvimento muito lento e precário e cuja visão há muito a preocupa.

C. M. e sua progenitora fizeram exames sorológicos com o Dr. PAULO NÓBREGA do Instituto Biológico de S. Paulo, havendo eu desejado que ambas fornecessem sangue fresquíssimo para o exame.

O resultado foi este:

<i>Sôros</i>	<i>Fixação do complemento</i>	<i>Sabin-Feldman</i>
Progenitora	Positivo 1:4	Positivo 1:256
C. M.	Positivo 1:16	Positivo 1:256

Interpretação: Toxoplasmose, muito provavelmente de origem congênita.

as. Dr. PAULO NÓBREGA



Fig. 4 — C. M. 5 anos
Obs. n. 2

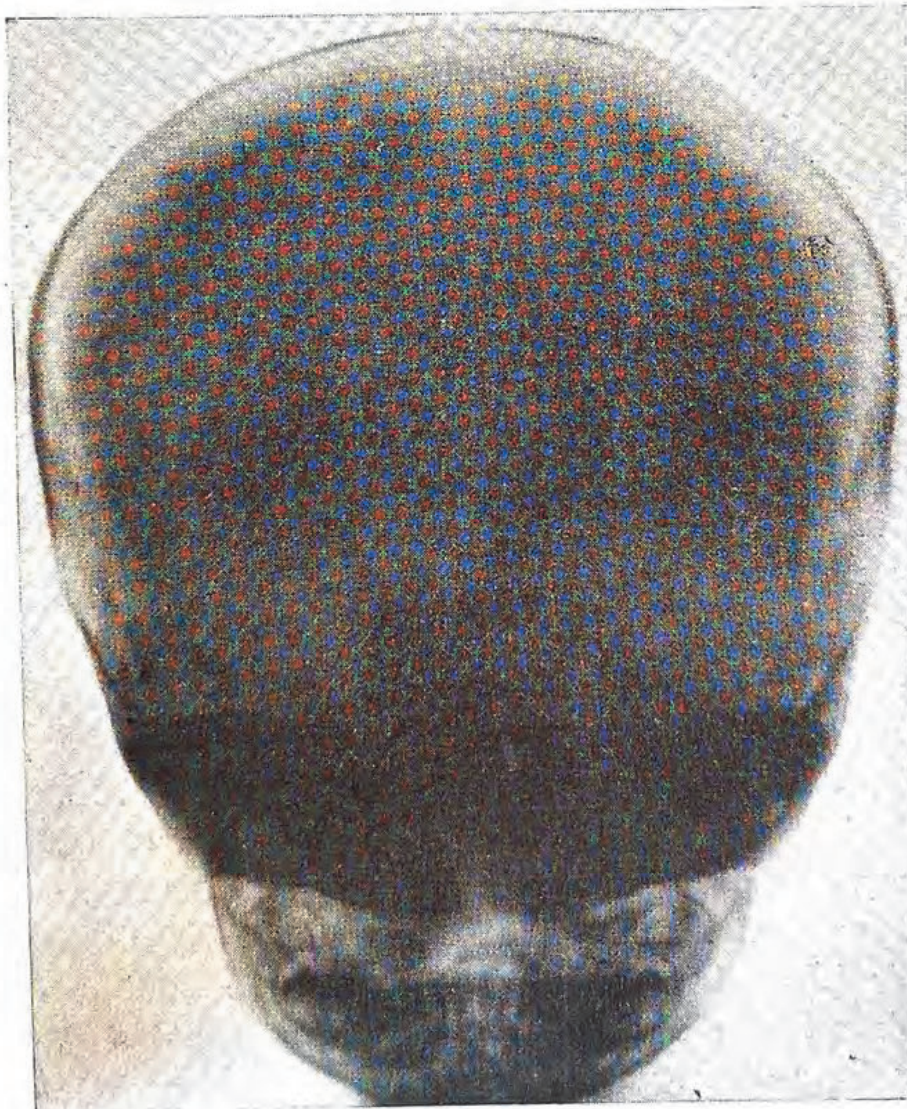


Fig. N. 5 C. M. Obs. N. 2 Radiografia do crânio.
Proj. post. ant.

C. M. representa, portanto, um caso muito provável de Toxoplasmose congênita, estando o diagnóstico apoiado em base clínica e sorológica. Quanto aos demais exames de laboratório inclusive o de líquido céfalo raquiano, hemograma, etc. não me foi possível obtê-los.

Considerações gerais relativas à Toxoplasmose

É uma doença produzida por um micro-organismo muito patogênico para o homem e diversos animais, de sistemática e biologia ainda obscuras, sendo entretanto considerado pela maioria dos autores como Protozoário.

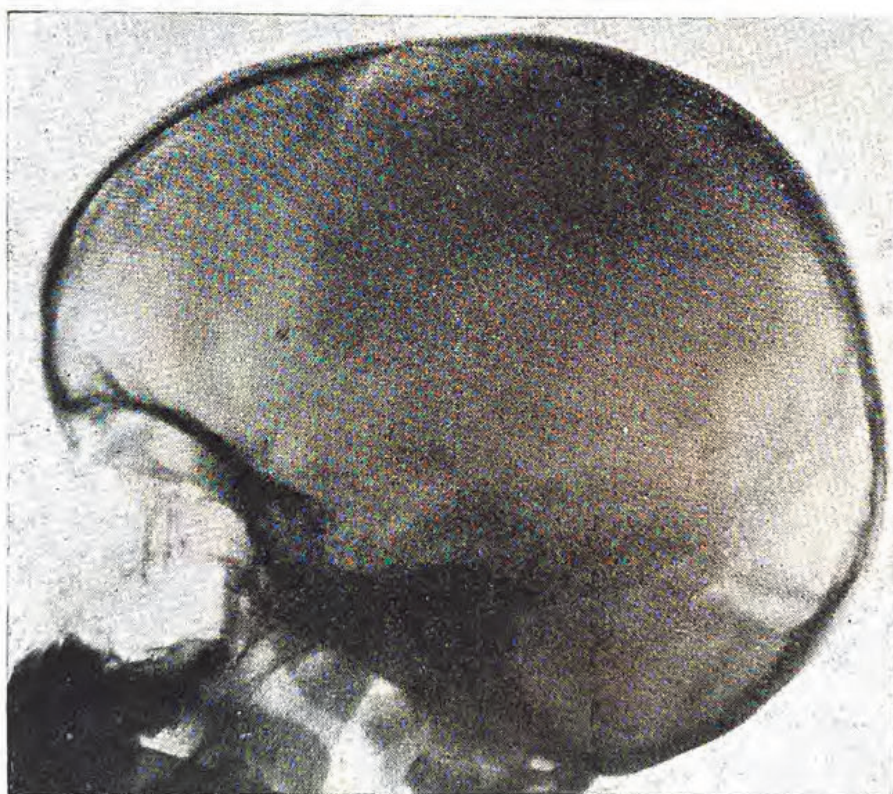


Fig. n. 6 C. M. Obs. N. 2 Radiografia de perfil.

O toxoplasma foi descoberto por NICOLLE e MANCEAUX, do Instituto Pasteur de Tunis, em 1908, no “gondi” roedor norte africano e animal de laboratório usado naquêle Instituto. Foi então chamado Toxoplasma gondii pelos citados autores, designação genérica oriunda da forma em arco, do grego Toxon, ou crescente apresentada pelo parasita. No mesmo ano SPLENDORE A. o descobriu no coelho, em S. Paulo, denominando-o T. cuniculi. Assim foram os mi-

cro-organismos recebendo designações específicas diversas segundo os vários animais em que eram encontrados.

É assim, desde 1908 vem o parasita sendo encontrado por diversos pesquisadores de diversas partes do globo em grande número de espécies animais, como o gondi (*Ctenodactylus gundi*), o coelho, a cobaia, o camondongo, o rato, o esquilo, o cão, o macaco, o pombo e outras aves, sendo a ocorrência baseada na maioria dos casos apenas nos caracteres morfológicos do parasita. Sua existência não pode ser aceita sem que seja demonstrado seu poder patogênico para vários tipos diferentes de animais segundo SABIN.⁽⁵⁾

Esta condição se torna particularmente necessária no caso de Toxoplasmose humana cuja ocorrência tem sido relatada sob critérios inadequados ou duvidosos como o de CASTELLANI em 1914, no Ceylão, o de FEDOROVITCH, em 1916, num distrito do Mar Negro, o de CHALMERS e KAMAR, em 1920, no Sudão, o de BLAND em 1931 o de JANKU, na Checoslovachia, em 1923, o de TORRES no Rio de Janeiro em 1927, o de COULON, na Córsega, em 1929. SABIN⁽⁵⁾ de onde tiro estes dados diz que tais casos descritos como de Toxoplasmose não podem ser aceitos como tais, de vez que a identificação do parasita é impossível sem a transmissão para animais de diversas espécies, sabidamente não infectados espontaneamente. A inoculação de um animal só, seria digna de crédito apenas no caso de ser isolado o mesmo parasita nêsse animal e no material humano suspeito.

Obedecendo a êsse critério rigoroso, só pode ser aceito como primeiro caso de Toxoplasmose humana, o descrito por WOLF e COWEN, em 1937, em uma criança que faleceu com 29 dias de idade, com encéfalo-mielite granulomatosa congênita. Assim mesmo os autores, a despeito de fornecer uma descrição clínica a patológica completa do caso, julgaram ter sido a morte determinada por micro-organismo que denominaram *Encephalitozoon hominis* pelo fato de os germes encontrados nos cortes do tecido nervoso da criança apresentarem dimensões menores que as descritas para o *Toxoplasma* em preparações frescas ou esfregaços com corantes.

SABIN teve oportunidade de examinar êsse material e com a sua larga experiência obtida no estudo constante e durante 2 anos com a cultura de *Toxoplasma* em cobaias, achou que a aparência dos parasitas e o aspecto histo-patológico das lesões encontradas nos cor-

tes examinados por WOLF e COWEN eram semelhantes às desse micro-organismo, sendo que para um diagnóstico de certeza se impunha a inoculação em animais.

Mais tarde êstes autores tiveram oportunidade de examinar um caso descrito por RICHTER, em 1936, de Meningo-encéfalo-mielite congênita, no qual encontraram parasitas e lesões semelhantes em tudo ao caso que haviam descrito. Só mais tarde, em 1939, foi que WOLF, COWEN e PAIGE, puderam confirmar que os parasitas encontrados em associação com lesões granulomatosas, em um menino de 31 dias de idade vitimado por encefalite congênita eram *Toxoplasmas* verdadeiros.

Esta afirmação só foi possível após transmissão para um grande número de animais e estudos imunológicos e biológicos realizados pelos referidos autores em colaboração com SABIN.⁽⁵⁾ E foi baseado nêsses estudos que êles puderam estabelecer a identidade entre o *Toxoplasma* humano e o da cobaia.

Depois dêstes ainda WOLF, COWEN e PAIGE descreveram mais 3 casos, em 1941, em recém-nascidos de 84 horas, de 9 semanas e em uma criança extraída após craneotomia.

SABIN, descreveu dois casos em 1941, em crianças de 6 e 8 anos, o último dos quais sobreviveu. GUIMARÃES, do Rio de Janeiro, em 1943, descreveu 2 casos, o de uma criança de 13 meses e de um adulto de 18 anos, os quais faleceram e lhe forneceram material para duas descrições rigorosamente documentadas. Há também os dois casos de PINKERTON e HENDERSON, em adultos de 43 e 50 anos, publicados em 1941; o de PINKERTON e WEINMAN em 1946 em Lima. FRENKEL⁽⁶⁾ teve oportunidade de referir 5 casos de *Toxoplasmose* congênita e segundo sua opinião até Maio de 1949 haviam sido descritos cêrca de 35 casos de *Toxoplasmose* humana cujos diagnósticos foram baseados em autopsia ou em inoculação em animais de laboratório. A êsses se devem juntar inúmeros casos de chório-retinites associados com evidência sorológica de *Toxoplasmose* e relatados por autores de vários paizes o que bem mostra a difusão da doença, nem sempre mortal e cuja gravidade varia em função da virulencia do germe ou de sua quantidade e da resistencia do paciente.

O Dr. PAULO NOBREGA, em carta a mim dirigida e respondendo a um inquérito ligeiro que lhe formulei, teve a gentileza de me

informar que de 3 de Março de 1950 até 27 de Abril de 1951, examinou 6 casos de crianças entre 6 meses e 9 anos de idade todos com diagnóstico sorológico positivo para Toxoplasmose congênita. Os testes usados pelo referido colega, foram o de Fixação do complemento e o do corante (SABIN e FELDMAN). Entre os sinais clínicos apresentados pelos seus pacientes havia sempre chório-retinite central, cicatrizada, só ou associada a calcificação cerebral ou a outros sinais clínicos. Além disso, nos 6 casos referidos podia se notar que quanto mais jovem a criança mais alto o título de diluição na prova do corante.

Entre os seis casos referidos se encontra o de C. M., referente à minha segunda observação.

Toxoplasma. Segundo SABIN⁽⁵⁾, é um parasita altamente organizado, constituído por citoplasma distinto e cromatina nuclear e se apresentando sob a forma de crescente, ou de pera, outras vezes arredondado ou oval, medindo 6 a 7 micra de comprimento por 2 a 4 de largura, de acôrdo com o estado de seu desenvolvimento. Nos cortes de tecidos infectados êle se apresenta geralmente de forma arredondada ou esférica e de dimensões menores. FRENKEL⁽⁴⁾ diz que é preciso grande cuidado para que se não confunda com a *Histoplasma capsulatum*, o *Trypanosoma cruzi*, a *Leishmania*, o *Encephalitozoon* e o *Sarcocystis*. E' necessário portanto, que o patologista se encontre bem familiarizado com o assunto para que não incorra em erros às vezes grosseiros de diagnóstico quando se ativer exclusivamente aos caracteres morfológicos. Para êste particular chama a atenção SABIN ao descrever seu caso observado num menino de 6 anos. E' ainda êste autor⁽¹⁾ que refere haver re-examinado cortes de cérebro de uma criança que havia tido o diagnóstico de TORULOSE e nos quais êle encontrou lesões típicas de Toxoplasmose, inclusive nos olhos e outros órgãos. Além disso, as mães dessas crianças apresentaram reações sorológicas fortemente positivas, em altas diluições, para Toxoplasmose.

O *Toxoplasma* se divide no interior das células, fazendo-o por divisões binárias e nunca por esquizogonia, formando os chamados pseudo-quistos. A célula hospedeira se rompe, libertando os parasitas que depois invadem novas células suscetíveis e assim se inicia novo ciclo cuja duração se pode fazer de 24 a 48 horas, segundo

P. NÓBREGA.⁽³⁾ GUIMARÃES e MEYER, em 1942, em exames a fresco verificaram um movimento típico, vermicular, do parasita descrevendo um movimento ondulatório.

NÓBREGA e REIS, em S. Paulo, verificaram, do mesmo modo que SABIN, a identidade biológica e imunológica dos Toxoplasmas dos mamíferos, inclusive o homem, e das aves. NOBREGA⁽³⁾ em colaboração com GUIDA, refere que os ratos (*Rattus norvegicus*) em 5% dos casos mantem o parasita no cérebro em estado de ativa virulência. O mesmo A. diz que a Toxoplasmose é muito freqüente nos coelhos e ainda mais nos pombos, sendo mais rara em cobaias. Também foi encontrada em canários e gatos.

Diz NÓBREGA que o Toxoplasma é muito delicado, perdendo facilmente sua infecciosidade em qualquer temperatura, motivo porque para conservá-lo é mister cultivá-lo em embrião de pinto ou inoculá-lo sucessivamente em animais de laboratório, principalmente camundongos, coelhos e cobaias. É esta condição necessária pois os tecidos infectados pelo parasita ou os exsudatos que os contêm, perdem a viabilidade após uma a duas semanas de permanência em geladeira na temperatura de 4 a 5 graus centígrados.

Patogenia

FRENKEL⁽⁴⁾ diz que a Toxoplasmose pode se apresentar sob a forma aguda, sub-aguda e crônica. A forma aguda se manifesta sob o aspecto de infecção generalizada, em qualquer idade, envolvendo todas as visceras, inclusive o sistema nervoso central e é diagnosticada pelo encontro do parasita e pelo titulo elevado da fixação do complemento e o do anti-corpo neutralizante. Pode ser sintomática, envolvendo predominantemente no início as visceras e tardiamente o sistema nervoso dando sintomas meningo-encefalíticos. Em qualquer dos casos acomete tanto o adulto como a criança.

A forma aguda assintomática, é representada pela maioria dos casos e quasi sempre não diagnosticada.

A forma sub-aguda depende da persistência e proliferação do parasita no sistema nervoso central inclusive no olho; acalmia ou mesmo desaparecimento de outras lesões viscerais, devida à formação de anticorpos e formação de uma zona de reação antígeno-anti-corpo circundando os ventrículos. É diagnosticada pela demonstra-

ção do parasita, pelo teste antigênico com o líquido ventricular, pela elevação do título do anticorpo neutralizante e de fixação do complemento.

Como a primeira forma, pode ser sintomática, dando casos fatais e de sôbre-vida; e assintomática representada pela maioria dos casos, produzindo lesões insignificantes e não diagnosticada.

Na forma sub-aguda fatal encontra-se chório-retinite, comumente apresenta zonas de necrose peri-ventricular, hidro-cefalia e calcificações cerebrais pequenas ou ausentes. Na forma sub-aguda em que os pacientes sobrevivem, encontram-se: chório-retinite, em geral associada a micro-cefalia, calcificações cerebrais frequentemente maiores e outros sinais de comprometimento cerebral que o encefalograma pode revelar.

A forma crônica depende da persistência do *Toxoplasma* (pseudo-cistos) no sistema nervoso central no olho e no miocárdio. É diagnosticada clinicamente pelos testes imunológicos e serológicos. A forma crônica ativa pode apresentar chório-retinite, uveíte anterior, teste cutâneo e do anticorpo neutralizante positivos e reação de fixação do complemento positiva ou negativa.

A forma crônica latente pode ser sintomática ou assintomática.

A sintomática apresenta: chório-retinite, uveíte anterior, microftalmia e outras malformações oculares, microcefalia, hidrocefalia, paraplegia espástica. Cuti-reação positiva; reação de anticorpo neutralizante positiva e reação de fixação do complemento pode ser positiva ou negativa.

A forma crônica latente assintomática é representada pelas mães que deram à luz um filho com toxoplasmose e que têm reação positiva para o teste cutâneo e para o do anti-corpo neutralizante. Quando à prova de fixação do complemento, ela pode ser frequentemente positiva durante diversos meses após o parto.

Revela-se também pela descoberta de pseudo-cistos à necrópsia e, finalmente, se evidencia exclusivamente pela positividade dos testes cutâneos e do anti-corpo neutralizante. A reação de fixação do complemento é habitualmente negativa. (FRENKEL).

Diagnóstico

A identificação morfológica do *Toxoplasma* é um dado de grande importância para o diagnóstico da doença. A isto se deve juntar

a inoculação em animais de laboratório entre os quais o camundongo, por ser mais susceptível e por ser menos predisposto à infecção espontânea com o fim de provar seu poder patogênico. Como foi dito no começo dêste trabalho, devem ser escolhidos animais de diversas espécies e a inoculação feita por via cerebral e peritonal. Em geral é utilizado número igual para cada via de inoculação. Si algum dos animais morrer seu cérebro é retirado asépticamente e sub-inoculado em outros animais ao mesmo tempo que os esfregaços dêsse mesmo cérebro são corados pelo método de WRIGHT para procura do *Toxoplasma*. Os animais inoculados por via intra-peritonal são puncionados asciticamente entre o sexto e décimo dia e o exsudato examinado a fresco ou com corante para procura do micro-organismo. Êste mesmo exsudato é inoculado aseticamente em outro grupo de animais, agora por via cerebral. Si algum animal inoculado por via peritonal morrer deve ser procurado o parasita em preparações feitas com o seu mesentério, fígado, baço e pulmões. Si nenhum dêsses animais vier a morrer ao fim de um mes, ou si não tiver ascite, a metade deve ser sacrificada e seus cérebros sub-inoculados em outros animais (passagens cegas), sendo às vezes necessárias mais de duas passagens cegas. A outra metade, será utilizada para provas de imunidade si algum germe foi isolado.⁽⁴⁾

Na fase aguda da doença o germe pode ser encontrado no sangue, na medula óssea, no baço (punção), líquido céfalo-raquiano e talvez escarro.

Na fase sub-aguda, deve ser procurado no liquor ventricular, por punção ou no sistema nervoso central em autópsia. Na fase crônica, deve ser procurado no sistema nervoso central, nos olhos e no miocárdio.

Às vezes o número de parasitas é escasso, a despeito de infecção violenta desafiando a paciência e a argúcia de investigadores experimentados e familiarizados com a morfologia e com as alterações tissulares determinadas pelo parasita. FRENKEL aconselha a fixação dos tecidos no ZENKER-formaldehido com o fim de pesquisar detalhes citológicos.

MÉTODOS IMUNOLÓGICOS. Muitas vezes, principalmente em casos de sobrevida dos pacientes, temos que recorrer a êstes métodos, dois dos quais, os testes do corante e o da fixação do complemento,

baseados em técnicas modernas, permitem, às vezes o diagnóstico seguro da doença.

Teste cutâneo com a Toxoplasmina. Idealizado por FRENKEL em 1949, êle constitúe na opinião do autor um método simples e útil para auxiliar o diagnóstico nos casos crônicos ou latentes de Toxoplasmose e se baseia na hipersensibilidade cutânea de certos pacientes e deve ser utilizado quando se não dispõe de outros elementos para isolar o agente em causa. Êste antígeno é obtido de exsudato peritonial de camundongos ricos em Toxoplasma. Os microorganismos são submetidos a processos especiais de inativação e de esterilização, diluídos em soluções adequadas. 0,1 cc. é injetado por via intradérmica e quantidade igual de antígeno controle também injetada. Em geral as reações positivas aparecem ao fim de 24 horas, mas deve-se esperar mais tempo, de 48 a 72 horas para a verificação das reações. A reação positiva se caracteriza pelo aparecimento de uma área de eritema e de endurecimento de cerca de 10 mms. de diâmetro ao passo que o controle nada apresenta.

Segundo seu autor a intensidade da reação não corresponde ao grau de atividade clínica da doença. FRENKEL examinou desde 1945 cerca de 300 pessoas quanto a essa sensibilidade e verificou um índice muito alto de positividade em pacientes com chorioretinites, em mães que deram à luz filhos com toxoplasmose e em outras. SABIN também notou que a injeção intradérmica de toxoplasma no coelho produz lesões caracterizadas por inflamação local, vermelhidão e até necrose. O grau de reação depende da quantidade e da virulência dos germes injetados.

SABIN e FELDMAN em pesquisas feitas em Cincinnati verificaram que o número de pessoas normais e que entretanto dão reações positivas ao antígeno protoplásmico, contendo anticorpos em seu sôro sanguíneo, cresce de zero entre os indivíduos abaixo de 5 anos até 65 % nos indivíduos de meia idade para mais. E êsses autores comentando o resultado dizem não saber si esta alta incidência de anticorpo, em geral de título baixo, nos indivíduos mais idosos da população normal é devida a inaparente ou desconhecida infecção com toxoplasma ou si tem relação com infecção produzida por agente ainda desconhecido mas correlato.

FRENKEL adota um teste cutâneo injetando em cobaias por via intradérmica 0,1 cc de líquido intra-ventricular, extraído de crianças com hidro-cefalia.

Esse líquido é previamente centrifugado e a parte que sobrenada é injetada em cobaias portadoras de Toxoplasmose crônica e em cobaias normais.

As primeiras apresentam, ao fim de 24 horas uma larga área de eritema e endurecimento no local da injeção. Nas cobaias normais não se nota reação ou esta é insignificante. O referido autor diz que este processo pode fornecer um diagnóstico diferencial rápido em casos de hidrocefalia no recém-nascido. Diz ainda que cobaias que receberam injeção de cérebro humano ou de líquido céfalo-raquiano não devem ser usadas para essa prova pois apresentam forte reação ligada a um processo de hipersensibilidade cutânea quando re-inoculada com esse material.

ANTICORPOS NEUTRALIZANTES. Em 1937 SABIN e OLITSKY encontraram anticorpos neutralizantes em macacos restabelecidos de infecção experimental com o Toxoplasma e verificaram ainda sua resistência à reinoculação e que o sêro desses macacos protegia de infecção toxoplásmica os camundongos inoculados experimentalmente. De posse desses dados e conhecendo a reação violenta apresentada pela pele do coelho quando injetado com o Toxoplasma, idealizou a reação conhecida com o nome de teste de neutralização na pele do coelho. Esse teste teve aceitação e aplicação largas mas caiu em desuso devido a seu valor muito limitado, à sua termolabilidade grande, seu valor é quasi nulo na diluição de 1:2. É pois um anticorpo de título muito baixo, que tem valor quasi qualitativo. Foi muito utilizado para o diagnóstico de chório-retinite Toxoplásmica em adultos. Hoje se pode bem avaliar da precariedade de tal etiologia determinada por teste de poder e de especificidade tão precários.

Digamos afinal em que ele consiste:

Inoculam-se coelhos por via intradérmica, com uma mistura de sêro e várias diluições de Toxoplasma, avaliando-se depois a atividade neutralizante do sêro pela intensidade das lesões produzidas na pele desses animais. Quanto maior o teor do sêro em anticorpos

tanto menores as reações cutâneas observadas. É o teste chamado de SABIN e RUCHMAN. Além das desvantagens salientadas pelos descobridores, apresenta outra de certa importância clínica, pois que exige uma semana para que se leiam os seus resultados.

PESQUISA DE ANTICORPOS COM O TESTE DO CORANTE. Atendendo à precariedade do teste anteriormente descrito, SABIN e FELDMAN, em 1948 descreveram uma reação de alto valor quantitativo, para a determinação da presença de anticorpos neutralizantes. Esta reação se baseia na descoberta de que o citoplasma do *Toxoplasma* perde a afinidade que tem pelo azul de metileno e outros corantes básicos depois de sua combinação com o anticorpo específico. Este é termo-estável, mas para que a reação se realize é mister a presença de um fator acessório, termolábil, não específico, presente em pequena quantidade no soro humano. É um teste de extrema sensibilidade e constitui, na opinião abalizada de SABIN, um recurso seguro para o diagnóstico da Toxoplasmose. Outro recurso de igual segurança é a reação de fixação do complemento à qual nos referiremos depois. Em meio fortemente alcalino (pH 11,0) o toxoplasma se cora pelo azul de metileno, mas perde essa propriedade quando a uma suspensão de *Toxoplasmas* se junta anti-toxoplasma. Nessas condições o citoplasma perde sua afinidade pelo corante; apenas a cromatina se cora. PAULO NÓBREGA faz uma ressalva dizendo que os parasitas intra-celulares fazem exceção. Esta reação se faz "in vitro", o anticorpo aparece precocemente no soro de animais infectados experimentalmente ao fim de 3 a 5 dias e atinge níveis de diluições de 1 : 1.000 a 1 : 4.000 entre 10 e 21 dias. Esta reação segundo seus autores, se manifesta nos mesmos altos títulos na Toxoplasmose humana, quer em sua forma aparente ou inaparente e pode permanecer nesses níveis altos no mínimo de 2 a 5 anos. SABIN e FELDMAN, em crianças portadoras de chório-retinite e outras manifestações de comprometimento cerebral e sorologicamente compatíveis com o diagnóstico de Toxoplasmose congênita, até 2 anos de idade, obtiveram resultados positivos até a diluição de 16.384. Para as mães dessas crianças obtiveram reações positivas até a alta diluição de 4.096. Os mesmos autores em 4 crianças de 6 a 7 anos de idade, portadoras de Toxoplasmose congênita, obtiveram positividade até na diluição de 1:64 e nas mães até 1:128.

Essas pesquisas se estenderam às mães de crianças sorologicamente negativas; nêssas mães êles encontraram a reação do corante em baixo título em 40% e dizem que tal ocorrência é de se esperar na população normal da mesma idade.

REAÇÃO DE FIXAÇÃO DO COMPLEMENTO. Esta reação descrita em 1942 por WARREN e SABIN, foi aperfeiçoada ultimamente por WARREN e RUSS cultivando o *Toxoplasma* no embrião do pinto. Com êsse processo o antígeno é altamente específico e só fixa o complemento na presença de sôros com anticorpos para Toxoplasmose. Baseando-se em dados experimentais, FRENKEL diz que a positividade da reação de fixação do complemento indica uma infecção toxoplásmica recente ou contato recente com antígeno de *Protoplasma*. Seu valor é ainda maior quando puder ser demonstrado o aumento de seu título, na fase inicial da moléstia, cêrca de uma semana depois da infecção.

SABIN atribúe grande valor a êsse teste juntamente com o anteriormente descrito para a confirmação do diagnóstico de Toxoplasmose. Diz ainda que os anticorpos de fixação do complemento podem permanecer no sôro dos pacientes até cêrca de 5 anos, sendo que depois seu título tende a baixar bastante... Outras vezes êsse anticorpo aparece de início em título muito baixo e tende a desaparecer rapidamente, motivo porque deve ser utilizado conçomitantemente o outro método recém-descrito.

Os títulos mais altos encontrados por SABIN, para êste anticorpo, em crianças de 0 a 84 meses, com chório-retinopatias e outros sinais de comprometimento cerebral, foram de 1 : 128 e 1 : 64 ao passo que nas progenitoras não iam além de 1 : 32 e 1 : 64. Além disto, verificaram os citados autores que o título baixa muito a partir do sexto ano de vida do portador de Toxoplasmose congênita. O mesmo ficou dito para o teste anterior, mas nêste, o da fixação do complemento, a queda é muito mais brusca. A presença de anticorpos de baixo título foi encontrada em cêrca de 15% das mães de crianças sorologicamente negativas e é de esperar-se que taxas iguais se encontrem na população normal de igual idade. De acôrdo com o que fica exposto bem cabe a conclusão de que não se pôde considerar o diagnóstico de Toxoplasmose na ausência de dados sorológicos conclusivos, na autorizada expressão de SABIN e FELDMAN.

Diagnóstico clínico

Vimos no início dêste trabalho que a chório-retinopatia associada à calcificação cerebral, na infância ou no recém-nascido, apresenta 90% de probabilidades de ser devida à toxoplasmose e que, reciprocamente, quando a chório-retinopatia se apresenta sem calcificação cerebral, na infância ou no recém-nascido, há 90% de probabilidade de que a Toxoplasmose não esteja em causa.

Além disso há sinais evidentes ou frustos de comprometimento cerebral e macro ou microcefalia e hidrocefalia interna. Muitas vezes há referência a convulsões na história clínica de tais casos.

Algumas vezes se apresenta sob a forma de encefalite atípica ou com seqüelas post-encefalíticas. No adulto se manifesta sob a forma de pneumonia atípica, ou de febre maculosa ou ainda de tifo endêmico. Além dessas há outras formas assintomáticas ou irreconhecíveis. As formas agudas, sub-agudas ou crônicas encontradas na criança ou no recém-nascido são, porém as que mais interessam sob o ponto de vista oftalmológico dado o tropismo todo especial pelo sistema nervoso do feto ou do recém-nascido e da criança de mais idade. Sendo a retina e cérebro da mesma origem embrionária é justo e lógico que lesões análogas se produzam pelo *Toxoplasma*. As lesões produzidas no cérebro bem explicam as convulsões e a hidrocefalia que os pacientes apresentam particularmente nas formas sub-agudas. A chório-retinite se encontra sempre no recém-nascido em tais formas sub-agudas. Diz FRENKEL que é encontrada sempre que se procura com a devida técnica em todos os doentes. Para o mesmo autor o progresso das lesões nesses órgãos se faz devido à proliferação contínua dos microorganismos, pois foi provado que o índice de anticorpos específicos aí encontrado é muito baixo. Assim sendo, é natural que a retina ou chório-retina sendo sede de tais processos e sendo escassas as defesas, pelas razões expostas, deve ser severamente castigada e a visão seriamente comprometida toda a vez que a mácula seja comprometida.

Nas formas crônicas da doença, em animais de experiência, tem-se encontrado pseudo-cistos parasitários no sistema nervoso ou nos olhos; é possível pois, que no homem a rutura eventual de tais pseudo-cistos lance nesses órgãos o antígeno constituído pelo próprio organismo ou suas proteínas. Assim se explica, logicamente a

reativação de certas lesões. Diz FRENKEL que as formas crônicas se caracterizam particularmente pela chório-retinite; veem depois, em ordem de frequência, as lesões cerebrais, as calcificações cerebrais, a micro-cefalia, hidro-cefalia, malformações oculares, paraplegia spástica e sintomas associados. O mesmo autor assegura que a rutura dos pseudo-cistos dá origem a fenômenos de hipersensitividade que se traduzem por fenômenos exsudativos e hemorrágicos que explicam a uveíte granulomatosa posterior. Ademais, com a rutura dos pseudocistos os micro-organismos proliferam na retina durante algum tempo dando origem a mais antígeno e portanto a mais reação. Já ficou dito que o baixo teor de anticorpo favorece ao extremo êsse fenômeno. O mesmo autor examinando e estudando 28 casos de chório-retinite encontrou que 20, ou 71% dos pacientes mostraram evidência de Toxoplasmose pelos testes cutâneos e sorológicos. Êsses pacientes tinham em média 23 anos de idade e começaram a sentir os sintomas em torno dos 13 anos, si bem que em muitos dêles a doença teria começado bem antes dessa idade.

BUSACCA, NÓBREGA e TRAPP⁽⁸⁾ tiveram oportunidade de examinar em S. Paulo, 100 casos de chório-retinite, em indivíduos de ambos os sexos e cujas idades variavam de 13 a 48 anos. Examinando sorològicamente êsses casos, para verificar si eram portadores de anticorpos neutralizantes para Toxoplasma, adotando o teste de neutralização da pele do coelho, chegaram os autores a êste resultado: sôros negativos 77; positivos 23. Em conclusão dizem judiciosamente os autores que "sob o ponto de vista estatístico, um certo número dêsses casos deve ser, com grande probabilidade, de natureza toxoplásmica." Como ficou dito linhas atrás, é freqüente encontrarem-se anticorpos neutralizantes de baixo título em indivíduos normais. Baseado nêsse fato, examinaram os referidos autores 100 casos de indivíduos normais de idade igual ao dos portadores de chório-retinite e, com a mesma reação obtiveram a média de 8% de positividade. Dai a conclusão que tiraram de ser apenas de alta probabilidade a etiologia toxoplásmica dos portadores de chório-retinite examinados sob êsse critério sorológico. Diz com acêrto PAULO NÓBREGA, que até hoje não se conseguiu demonstrar a existência de um só caso de lesões oculares resultantes de infecção toxoplásmica adquirida, quer de adulto, quer de criança. O que é razoável supor-se é a presença nos olhos de lesões ligadas à toxo-

plasmose congênita. A ruptura de um pseudo-quisto dentro da retina poderia dar causa a recidivas de chório-retinite aguda em pacientes portadores de toxoplasmose demonstrável pelas provas de laboratório. (FRENKEL).

Este mesmo autor se refere a estudos feitos com a finalidade de mostrar, por dados clínicos, sorológicos e por meio dos testes cutâneos a correlação entre a Toxoplasmose e a uveíte de que eram portadores 80 pacientes por ele examinados. Infelizmente não conseguimos obter dados sobre as conclusões a que chegou o referido autor, e tão pouco sobre a idade dos pacientes. Neste particular é preciso não esquecer a advertência de SABIN e FELDMAN sobre a incidência de 40% de positividade da prova do corante, de baixa diluição, e de cerca de 15% de positividade do anticorpo de fixação do complemento, também de baixo título, na população normal ou aparentemente normal.

A *chórioretinite*, manifestação mais contraditória da toxoplasmose do recém-nascido ou da criança nada tem de característico em seu aspecto, motivo porque se deve excluir sempre a Toxoplasmose nas lesões de etiologia desconhecida. As lesões são frequentemente bilaterais, localizadas de preferência na região macular, não sendo raro encontrarem-se alguns focos na periferia. Nas formas agudas há edema local pronunciado com necrose central. Nas formas crônicas as lesões não nitidamente delimitadas havendo em seu derredor um grande depósito de pigmento. Em minhas observações podia-se distinguir bem a esclera no local das lesões cicatrizadas. Neste caso é interessante notar-se o aspecto normal do resto da retina e de seus vasos, bem como do vítreo. A atrofia da papila é secundária às lesões da chorio retina ou do encéfalo. O parasita se mostra frequentemente nas lesões da retina e raramente na choroide. É encontrado livre ou intracelular, principalmente sob a forma de pseudo cistos. DUKE-ELDER⁽⁹⁾ diz que as lesões se mostram preferentemente nas três camadas internas da retina onde se notam edema, inflamações e necrose. Nas margens da zona de necrose há densa infiltração de linfocitos e plasma-células, podendo observar-se também polimorfo-nucleares, eosinófilos e fagocitos. KOCH e seus colaboradores encontraram parasita, si bem que raramente, na retina normal, na margem do foco, sem despertar reação.

Nas formas crônicas há densa proliferação de tecido de granulação acompanhada de proliferação pigmentar, intensa. Estes mesmos autores⁽¹⁰⁾ mencionam a microftalmia, a membrana pupilar, o lenticone posterior, a catarata cortical posterior, o estreitamento da fenda palpebral, anisometropia acentuada, e atrofia secundária da papila, como lesões ou malformações associadas à chório-retinite.

CALCIFICAÇÕES CEREBRAIS. SABIN e FELDMAN⁽¹⁾ dizem ter encontrado calcificação cerebral, demonstrada em radiografias do crânio, em 90% dos casos de chório-retinopatia infantil associada a testes sorológicos positivos, em títulos quantitativamente expressivos, de toxoplasmose. Em um grupo de 23 crianças que atendiam a esses requisitos, as sombras de calcificação cerebral eram evidentes. Ao passo que num grupo de 20 crianças portadoras de chório-retinopatia, sorologicamente negativas para toxoplasmose a incidência de calcificação cerebral era apenas de 5%. No mesmo trabalho os referidos autores se referem a uma síndrome, encontrada na infância e que se caracteriza por destruição extensa do cérebro, hidrocefalia, calcificação cerebral difusa e chório-retinopatia, associados a distúrbios degenerativos, de aspecto bizarro, que se verificam nos pequenos vasos sanguíneos. A semelhança é tal com a Toxoplasmose que só os testes sorológicos e o exame histo-patológico podem elucidar o diagnóstico.

Muitas vezes as calcificações cerebrais são de tal modo pouco densas que só se encontram ao exame histo-patológico, como observa FRENKEL.

Na segunda observação C. M. apresentava sombras de calcificação bem pouco densas. É preciso que o radiologista ao pesquisá-la use raios bem moles, pois os muito penetrantes poderão prejudicar a pesquisa das calcificações recém-assinaladas.

LYLE⁽¹¹⁾ chama a atenção para o espessamento de toda a taboa interna do crânio como sinal de calcificação verificado na encefalite toxoplásmica. Como a calcificação cerebral é encontrada em outras lesões metabólicas ou degenerativas como o hiper e hipo-tiroidismo, a epilepsia, a esclerose tuberosa, os angiomas faciais etc. e também sem nenhum significado patológico como a da glândula pineal, a dos plexos coroides, granulações de PACCHIONI etc., e ainda na tuber-

culose, na cisticercose cerebral, nos cistos hidáticos, etc., é mister não atribuir à origem toxoplásmica, tão somente, este sinal encontrado e descrito por WOLF e colaboradores na encéfalo-mielite toxoplásmica. Ele é aliás, muito precoce nessa doença pois tem sido encontrado em pacientes de algumas semanas apenas de idade, segundo CAFFEY⁽¹²⁾.

HIDROCEFALIA. É um sinal freqüente da toxoplasmose congênita e pode ser encontrada em crâneos macro ou micro ou normocéfalos. ADAMS e colaboradores⁽¹³⁾ encontraram hidrocefalia interna em 11 de seus pacientes, 3 dos quais apenas apresentavam microcefalia. Uma criança, em observação descrita por PAIGE e colaboradores, foi extraída após craneotomia por ser portadora de hidrocefalia, segundo conta GUIMARÃES.⁽⁶⁾

DISTURBIOS DO SISTEMA NERVOSO. Deficit mental, spasticidade, convulsões se manifestam com freqüência sem ser entretanto sinais obrigatórios. COWEN e colaboradores dizem que o deficit mental nem sempre é acentuado. ADAMS e colaboradores entre os seus casos fazem referência a um paciente hidrocefálico acentuado cuja inteligência ia além da média. CROTHERS e ADAMS, HORNS e EKLUND, citados por HUTCHINSON⁽¹⁴⁾ descrevem casos nos quais não foi observado qualquer deficit de inteligência.

Diversos autores se referem à xantocromia e pleiocitose bem como ao alto teor de proteína no liquor dos pacientes com toxoplasmose. FRENKEL salienta que o único dado clínico de importância fornecido pelo laboratório, na forma subaguda da Toxoplasmose é o alto teor em proteína no líquido ventricular.

Transmissão. Nas formas congênitas ou nas crianças de baixa idade é quasi certo que a infecção se tenha processado por via placentária. NERY GUIMARÃES⁽⁶⁾ acha que si as placentas fossem examinadas em condições favoráveis, certamente nelas se encontrariam os parasitas e lesões correspondentes, como já foi demonstrado para a infecção congênita do *Trypanosoma cruzi*. Si a transmissão se fez por via placentária é evidente que a mãe estava infectada. Resta apenas saber si a infecção materna era pre-existente e assintomá-

tica ou si a infecção materna se processou durante a gestação, parecendo mais provável a última hipótese pois na literatura não constam casos de infecção transmitida em mais de uma prenhez. Si esta for gemelar é possível que os gêmeos se infectem como no caso descrito por HEATH e ZUELZER.

Fora desses casos tem sido sugerida a transmissão por contacto com animais inferiores contaminados, inclusive as aves e os pássaros, ou pela ingestão de carne de animais contaminados, principalmente coelhos. Os mosquitos e os carrapatos têm sido considerados vetores prováveis da infecção, de vez que têm sido assinalados protoplasmas na região sub-epidérmica de animais infectados experimentalmente. (NERY GUIMARÃES).

TRATAMENTO. O tratamento com a sulfadiazina e a sulfamerazina em altas doses tem dominado a infecção em animais. A sulfapiridina cura a toxoplasmose aguda do camondongo, sendo que não atua sobre os parasitas localizados no sistema nervoso desse animal. ROBINSON conseguiu dominar a infecção com esse tratamento numa criança com meningo-encefalite toxoplásmica, aconselhando que se prosiga o tratamento durante 2 a 3 semanas até que o paciente adquira imunidade natural. NELSON e MANTZ⁽¹⁵⁾ referem a observação de toxoplasmose aguda em uma criança de 6 semanas, tendo conseguido dominar a infecção com o emprego prolongado de sulfadiazina, sulfamerazina e sulfatiazol, em doses fortes empregadas de 4 em 4 horas.

Dizem os autores que após 8 dias do início do tratamento já se observam melhoras evidentes no fundo de olho e que no fim de mais sete dias já se conseguiam observar manchas espalhadas pelo fundo de olho, cujas lesões caminhavam progressivamente para a cicatrização à medida que o tratamento continuava pelo largo período de 3 meses e meio. As lesões apresentadas pela criança predominavam no fundo de olho, no qual a princípio era difícil sinão impossível distinguir qualquer estrutura.

WEINMAN diz que esse tratamento suprime a proliferação dos parasitas mas não os extermina. Os parasitas persistem sob a forma de pseudo-cistos dentro do tecido nervoso onde estão aptos a produzir novos surtos de infecção de vez que nem as sulfas e nem os anticorpos alcançam um teor suficiente para destruí-los.

FRENKEL, na toxoplasmose experimental, empregou, sem êxito algum, a cloromicetina, a aureomicina, a polimixin-B, a paludrina, a bacitricina, o ácido paraminosalicílico, o ácido nicotínico e o furacin.

Nas formas mais avançadas da doença, as lesões serão irreversíveis e portanto sem cura. Daí o sombrio prognóstico para as mesmas quando se assestam no sistema nervoso central e na retina, sítios para os quais repetimos, têm os parasitas um tropismo especial no feto e nas crianças. Na fase ativa da Toxoplasmose crônica, diz FRENKEL, as lesões se devem à ruptura dos pseudo-cistos, dando origem a reações de hipersensibilidade localizada, tal como se passa na retina. E aqui, se supõe que as lesões sejam antes produzidas pelo antígeno do que propriamente pelo parasita. O recurso reside pois em tentar aumentar ao máximo o teor de anticorpos livres no plasma e na intimidade das células com o fim de sustar e de neutralizar o antígeno e diminuir a reação deletéria produzida pelo mesmo ao nível do células tão nobres e tão vulneráveis ao mesmo. Baseado nêsse princípio tão racional é que FRENKEL vem usando injeções de doses crescentes de antígeno no tratamento de 9 pacientes, em algum dos quais tem usado concomitantemente injeções intravenosas de vacina anti-tífica. Em 8 pacientes as lesões se tornaram inativas, manifestando-se as melhoras pelo desaparecimento dos exsudatos do vítreo, pela diminuição do edema e da infiltração e pelo depósito de pigmento que se inicia. Um paciente apenas deixou de experimentar melhoras sendo portador também de reação positiva à tubereulina. A despeito de resultados tão promissores, diz FRENKEL que eles bem podem representar casos que evoluem naturalmente para a cura, devendo pois servir de base para estudos e observações clínicas mais acuradas e prolongadas sob controle constante dos testes sôro-imunológicos aos quais fizemos detida referência páginas atrás. O que é mister, diz FRENKEL, é descobrir-se uma droga capaz de transpor a barreira neuro-ectodérmica e difundir-se em teor suficiente no sistema nervoso e no olho e capaz de matar definitivamente o parasita e não somente suprimir sua multiplicação como fazem as sulfas.

RESUMO

O A. refere-se a duas observações de casos preváveis de forma crônica de Toxoplasmose congênita.

A primeira diz respeito a uma criança, de cor branca, do sexo masculino que vem sendo observada desde 9 meses de idade e que é portadora de cório-retinite central cicatrizada bilateral, sinequias posteriores no olho esquerdo, restos de membrana pupilar em Ao, nistagmus horizontal e strabismo convergente.

Além disto apresenta sombras de calcificação cerebral e um grande deficit psico-somático. Nêsse caso as reações sorológicas feitas duas vezes, uma com soro conservado e outra com soro fresco, foram negativas no paciente e em sua progenitora. As reações foram a de fixação do complemento e a do corante de SABIN-FELDMAN.

A outra observação é de uma criança de 5 anos, cor branca e sexo feminino portadora de nistagmus horizontal, strabismo alternante convergente, cório-retinite bilateral, central, cicatrizada. Suas radiografias revelaram sombras de calcificação cerebral de pequena intensidade. Apresenta igualmente deficit psico-somático. As mesmas reações sorológicas, com soro fresco foram positivas na criança e em sua progenitora. O A. não pôde fazer outras provas inclusive a de inoculação em animais de laboratório. Em seguida faz um histórico da doença, descrevendo sua sintomatologia clínica, sua patogenia, os meios de diagnóstico inclusive os diversos testes imuno-sorológicos. Faz referência às diversas manifestações oculares inclusive as malformações congênitas encontradas nos portadores da doença. Junta fotografias e radiografias do crânio das crianças observadas e também a bibliografia consultada.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — SABIN, A. B. e FELDMAN, H. A. — Chorioretinopathy Associated with Other Evidence of Cerebral Damage in Childhood, The Journal of Pediatrics, Set. 1949.
- 2 — WALSH, F. B. — Clinical Neuro-Ophthalmology, pags. 624 a 627.
- 3 — NOBREGA, Paulo — Toxoplasmose: Generalidades e Métodos de Diagnóstico. Rev. Paul. Med. Vol. 37. N. 5, Nov. 1950, pags. 444 a 459.
- 4 — FRENKEL, J. K. — Human Toxoplasmosis-Pathogenesis, Diagnosis and Treatment, The J. of Am. Med. Assoc. Vol. 140, N. 4.

- 5 — SABIN, A. B. — Toxoplasmic Encephalitis in Children, The J. of Am. Med. Assoc. Vol. 116, N. 9, March 1941, Pags. 801-807.
- 6 — NERY GUIMARÃES F. — Toxoplasmose humana, in Mems. Inst. Osw. Cruz, 1943, Vol. 38, Fasc. 3, pags. 257 a 320.
- 7 — PINKERTON, H. e HENDERSON, R. G. — Adult Toxoplasmosis, in The Journ. of Am. Med. Assoc. Vol. 116, N. 9, March 1, 1941.
- 8 — BUSACCA, NOBREGA, P. e TRAPP, — Chorioretinites em adultos associadas à presença de anticorpos da Toxoplasmose.
- (8) BUSACCA, A. NOBREGA, P. e TRAPP, E. — Consid. sur 23 Cas de Chorioret. chez des Sujs. Ports. d'Antics. Toxoplasmiques, in Bul. Mem. Soc. Franc. Ophth. 63.e année 1950, pags. 306-313.
- 9 — DUKE-ELDER, W. S. — Text-Book of Opht. of Opht. Vol. IV, pags. 3612-3617.
- 10 — KOCH, WOLF, COWEN e PAIGE, — cits. por Duke-Elder e Walsh.
- 11 — LYLE, D. J. — Neuro-Opht., 1945, pags. 215-217.
- 12 — CAFFEY, J. — Pediat. X. Doy. Diag. Phisiol. and Patholog. Calcification, pags. 121-127.
- 13 — ADAMS, F. H. e cols.cit. Hutchison J. H.
- 14 — HUTCHISON, J. H. — Congenital Toxoplasmosis in Archs. of Dis. in Childh. Vol. 24, N. 120, Dec. 1949, pags. 303-308.
- 15 — NELSON, T. L. and MANTZ, F. A. — Active Inf. Toxopl. in J. of Ped. Vol. 35, N. 3, 1949 Set. pags. 378-380.
- 16 — PILLMORE, G. U. — Clin. Radiol. Vol. 2, pags. 72 a 92.
- 17 — CARROLL, W. H. — Roent. Manifs. of Acut. and Haal. Toxop. Enceph. myel. in Abst. of. Rad. Liet. March, 1951. Vol. 65, pag. 497.
- 18 — JOHNSON, L. V. — Ocular Toxoplasmosis, in Sumario de Trab. del III Cong. Pan. Am. Opht. pag. 207.
- 19 — SOLANES, M. P. — Parasit. Ocul. en America, Anal. Soc. Mexicana Oftalm. Tomo XXIV, N. 1, pags. 4-7.
- 20 — BRALEY, A. E. — Toxoplasmosis, in Anal. Soc. Mex. Oftalm. Tomo XXIV, N. 1, pags. 15-29.
- 21 — PESSOA S. B. — Parasitologia Médica, pags. 304-308. 1946.
- 22 — STRONG, R. P. — Diag. Prev. and Treat. of Trop. Diseas. Vol. 2, pag. 1.130-1.132. 1944.

Iniciou a discussão o Dr. Sylvio de Abreu Fialho dizendo que a propósito do 1.º caso, pôde referir que há doentes com todas as provas negativas, embora clinicamente o aspecto seja típico de toxoplasmose. Lembra a possibilidade de existir outra protozoose de agente ainda não identificado, semelhante à doença em causa. Cita um caso de criança de 2 anos, debil mental, com hidrocefalia, microftalmia, e membrana pupilar persistente no O.D. sendo normal

o esquerdo no tamanho, mas apresentando coriorretinite macular. A craniectomia descompressiva mostrou calcificação do crânio. As provas foram positivas na progenitora nas diluições de 1 : 4096 e 1 : 1024.

O outro comentário foi do Dr. José Lucas de Souza que diz conhecer 20 e tantos casos de toxoplasmose. Adota como critério para diagnóstico os 4 itens positivos — 1) Hidrocefalia; 2) Teste de Sabin positivo; 3) Granulações calcareas e 4) Coriorretinite macular.

Responde o Dr. Nicolino Rebello Machado dizendo que o índice positivo em baixo título vai crescendo com a idade. Acha que a ausência da calcificação não infirma o diagnóstico de toxoplasmose. Acredita na cura clínica pelo uso de altas doses de sulfanilamida e de injeções de antígeno em doses crescentes.

Assume então a Presidência o Dr. Sylvio de Almeida Toledo, representante do Seminário de Oftalmologia Prof. J. Brito

Não tendo comparecido os autores do 3.º, 4.º e 5.º Temas Livres, Livres, foi dada a palavra ao Dr. Sylvio de Abreu Fialho para ler o seu Tema Livre que deveria ter apresentado na sessão da manhã de 12, sobre "Algumas características da córnea de cadáver", cuja discussão foi iniciada pelo Dr. Sylvio de Almeida Toledo que rende uma homenagem à memória do Prof. José Antonio de Abreu Fialho, Pai do A., seguindo-se o comentário do Dr. W. Belfort de Mattos que friza a necessidade de conservar a córnea 5 ou 6 dias na geladeira antes da queratoplastia, segundo os trabalhos de Filatov. Outro comentário foi do Prof. Hilton Rocha que inicialmente conservava a córnea como recomenda Filatov; a medida que aumentou a sua experiência, ficou com a impressão de serem os resultados melhores quanto mais precoces fossem feitos os transplantes, sem conservação na geladeira. O Prof. Cyro de Rezende diz fazer os transplantes conservando na geladeira as córneas, no mínimo 20 e no máximo 36 horas.