

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

ANO XI

DEZEMBRO DE 1953

NÚMERO 2

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA CÓRNEA DE CADAVER

(ABREU FIALHO. SYLVIO)

No Banco de Córneas da Santa Casa de Misericórdia continuamos empenhados no estudo da conservação da córnea de cadáver, tendo em mira seu aproveitamento na ceratoplastia. Os primeiros resultados foram recentemente publicados nos "Annales d'Oculistique". Referiam-se a tentativas de conservação do globo "in totum", mergulhado em parafina líquida e conservado na atmosfera da geladeira a cerca de 4.º C. Dentre as conclusões a que chegamos destacaremos as seguintes:

A córnea sofre processo precoce de turvação, devido à infiltração do humor aquoso em seu parênquima. A turvação, frequentemente já esboçada ao cabo de 24 horas, acentua-se com o correr dos dias. Trata-se, contudo, de turvação reversível. Para que desapareça, basta que se deixa a córnea respirar livremente na atmosfera da geladeira, mantendo apenas os 2/3 posteriores do globo mergulhados na parafina.

O método, conquanto não represente solução ideal do problema da conservação, tem a vantagem de evitar a hipotonia do globo. Evitando-a, consegue-se realizar com maior facilidade e colheita de lâminas de córnea, com a navalha de FRANCESCHETTI. Trata-se, assim, de recurso a ser mobilizado quando fôr preciso conservar durante 2 ou 3 dias córneas destinadas a enxertos lamelares. De acordo com o grau da turvação da córnea será necessário deixá-la respirar livremente durante lapso de tempo variável (2 a 4 horas) antes de usá-la.

Esse lapso de tempo terá de ser dilatado quando a turvação fôr pronunciada, o que se observa habitualmente em globos que permaneceram mais de 3 dias imersos em parafina líquida. Vastas vezes, em nossos ensaios, foram necessárias 24 ou mais horas para que se processasse o clareamento. Exposição tão demorada da córnea, a respirar livremente na atmosfera da geladeira, condiciona sempre acentuada hipotonia do globo, não sendo raro vê-la, ao mesmo tempo que recupera toda, ou parte da transparência, entrar em colapso. Perde-se assim a vantagem do método, o qual, conseqüentemente, só merece aplicado para conservações de curta duração (1 a 3 dias).

Para a ceratoplastia perfurante parece-nos preferível conservar a córnea isolada do globo ocular. O isolamento deverá ser precoce. Tão precoce quanto possível deverá ser, por outro lado, a enucleação do globo ocular do cadáver. A córnea isolada deverá ser conservada mergulhada em parafina líquida, na geladeira, com 4 a 6.º de temperatura. A colheita da rodela deverá ser feita de traz para diante, depois de fixada a membrana sobre molde de parafina. Corre-se assim menor risco de lesar o endotélio. A lesão do epitélio, causada pelo atrito da face anterior da córnea sobre o molde de parafina, carece de importância.

Outra série de experiências, ainda em curso, levou-nos a estudar a perda de água sofrida pela córnea quando, depois de isolada, é depositada na atmosfera da geladeira, sobre rede do fios, sobre dois palitos ou pendurada em fio de linha. A desidratação da membrana é rápida e intensa. Pudemos traduzí-la em cifras, mandando pesar córneas antes e depois de submetidas ao processo.

Apresentaremos algumas de nossas observações:

N.º 38: Peso inicial da córnea: 123,9.mgs.
Ao cabo de 24 horas: 27,3.

N.º 40: Peso inicial da córnea: 125,0.
Ao cabo de 24 horas: 37,6.

N.º 41: Peso inicial da córnea: 109,8.
Ao cabo de 24 horas: 38,6.

As que agora se irão lêr referem-se a pesadas realizadas ao cabo de menos horas de permanência na geladeira. Tiveram em mira o estudo da curva de perda de peso.

N.º 42: Peso inicial: 92,8.
 Após 1 hora: 79 7.
 Após 3 horas: 59,5.
 Após 4 horas: 47,7.

N.º 43: Peso inicial: 85,2.
 Após 2 horas: 71,2.
 Após 4 horas: 52,6.

N.º 51: Peso inicial: 91,3.
 Após 2 horas: 70 0.
 Após 23 horas: 27,9.

N.º 52: Peso inicial: 123 3.
 Após 4 horas: 85,7.
 Após 24 horas: 31,2.

N.º 53: Peso inicial: 109,5.
 Após 4 horas: 74,4.
 Após 24 horas: 28 7.

N.º 54: Peso inicial: 92,6.
 Após 3 horas: 67,8.

N.º 61: Peso inicial: 148,8.
 Após 2 horas: 123,9.
 Após 4 horas: 101,9.
 Após 24 horas: 35,0.

N.º 62: Peso inicial: 158,6.
 Após 2 horas: 129 6.

Após 4 horas:	102,4.
Após 24 horas:	35,1.

Poderíamos citar numerosas outras observações arquivadas no Banco de Córneas da Santa Casa. Seria desnecessário, de vez que todas reproduzem a mesma rápida e acentuada perda de água experimentada pela cornea, perda que ao cabo de 2 horas já se traduz em cerca de 15 a 20% de redução no peso da membrana. A variação observada nos pesos iniciais deve-se à circunstância de as córneas haverem sido colhidas com maior ou menor quantidade de esclerótica. O ato de não figurarem pesadas realizadas entre 4 e 24 horas prende-se ao fato de a balança de precisão do Laboratório Central da Santa Casa só poder ser manipulada durante as horas de expediente.

Depois de havermos verificado que a córnea póde chegar a perder em 24 horas $\frac{3}{4}$ partes de seu peso, tratamos de estudar-lhe a capacidade de reidratação. As observações que abaixo se verão falam por si.

N.º 40: Peso inicial:	125 0
Após 24 horas de geladeira:	37,6
Após 24 horas de imersão em Liq. RINGER:	153,9

N.º 44: Peso ao cabo de 6 dias de geladeira:	25,0
Após 24 horas de imersão em Liq. RINGER:	112,1

N.º 62: Peso inicial:	158,6
Após 24 horas de geladeira:	35,1
Após 24 horas de imersão em liq. RINGER:	150,0

N.º 61: Peso inicial:	148,8
Após 24 horas de geladeira:	35,0
Após 24 horas de imersão em Liq. RINGER:	147,0

N.º 38: Peso inicial:	123,9
Após 24 horas de geladeira:	27,3
Após 2 horas de imersão em Liq. RINGER:	86,5

N.º 41: Peso inicial:	109,8
Após 24 horas de geladeira:	38,6
Após 24 horas de imersão em Liq. RINGER:	156,7
N.º 52: Peso inicial:	123,3
Após 4 horas de geladeira:	85,7
Após 24 horas de geladeira:	31,2
Após 48 horas de imersão em Liq. RINGER:	149,5

Também aqui poderíamos multiplicar os exemplos colhendo-os em nosso arquivo. Mas os que foram mostrados bastam para que se verifique como é grande e rápida a capacidade de reidratação da córnea. Recuperações em excesso, foram frequentemente observadas.

Estamos ainda em fase de multiplicação de ensaios. Pretendemos estabelecer a curva exata da recuperação em função do tempo de imersão da córnea em líquido de RINGER e em água fisiológica. Trata-se de particularidades susceptíveis de aplicação útil. Acreditamos, por exemplo, que haverá interesse em deixar a rodela a ser transplantada permanecer uma hora em geladeira antes de encaixá-la na córnea receptora. Com isso, fica-lhe assegurada maior hidrofília, a garantir rápida embebição do enxerto com o humor aquoso plasmóide do receptor. Bastará a permanência de 1 hora? Será preciso encurta-la ou dilata-la? São questões a serem respondidas com observações cirúrgicas em série, a serem realizadas em animais.

Terminando esta rápida apresentação de algumas das experiências que estamos realizando em o Laboratório de Pesquisas do Banco de Córneas da Santa Casa, apraz-nos remata-la com a frase de SOURDILLE, PAUFIQUE e OFFRET, gravada em magnífico Relatório apresentado à Sociedade Francesa de Oftalmologia: “L'ère chirurgicale de la kératoplastie se trouve dépassée: nous abordons la période biologique.”

Trabalho citado:

“Conservation de la cornée de cadavre par immersion du globe oculaire dans l'huile de parafine maintenue a 4 ou 6° C.” SYLVIO ABREU FIALHO. Annales d'Oculistique. T. -83 n.º 7:563-569, 1950.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ABREU FIALHO, S. — 1950 — Conservação de material para operação de queratoplastia. Apresentado na Sessão do Seminário da Soc. de Oftalmologia de S. Paulo, 17 de Janeiro de 1950.
- 2 — BARRAQUER, I. — 1948 — Estudios e informations oftalmologicas. Vol. I — Barcelona.
- 3 — CASTELLI, A. — 1947 — Il cheratocono come indicazione alla cheratoplastica. Ann. Ottalmol. Clin. Ocul., 73(9):546-555.
- 4 — CASTROVIEJO, R. — 1946 — Indications and contra-indications for keratoplasty and keratectomies. Am. J. Ophth., 29(9):1081-1089.
- 5 — CASTROVIEJO, R. — 1947 — Indications et contre-indications de la keratoplastie et de la kératectomie. Ann. d'Ocul., 106(10):577-58.
- 6 — FRANCESCHETTI, A. — 1946 — Les greffes cornéennes. Bruxelles Médical — Spécial nr. (74).
- 7 — OFFRET, G. — 1947 — Les greffes de cornée. Semaine Hôp. Paris. 24(44):2670-2676.
- 8 — PAUFIQUE, L.; SOURDILLE, G. P. e OFFRET, G. — 1948 — Les greffes de la cornée. Masson Cie. Ed. Paris.
- 9 — VIDAL, F. — 1951 — Do líquido pré-ocular. Conferência realizada no Seminário Oftalmológico J. Britto, na sessão de 23 de Maio de 1951. S. Paulo.

Apresentou então o Prof. Cyro de Resende o trabalho transferido da sessão anterior sobre "Nossos resultados da queratoplastia no queratocone".

DA QUERATOPLASTIA PARCIAL PENETRANTE NO QUERATOCONE

PROF. CYRO DE REZENDE

*Catedrático de Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo*

A queratoplastia, que nestes últimos 15 anos tem se tornado dia a dia uma operação de uso corrente, colocada já entre as operações oftalmológicas de rotina, não justificaria, por si só, o presente trabalho, si nêle não tratássemos da questão referente à indicação operatória.

PAUFIQUE, SOURDILLE, OFFRET no seu livro "Les greffes de la cornée", magnífico repositório de tudo quanto se tem escrito sobre o assunto, dizem textualmente à página 54: "Na Europa a indicação operatória do queratocone é menos frequente, operando-se apenas os casos com leucoma central importante, não susceptíveis de melhorar com vidros de contato"; transcrevem depois a opinião de CASTROVIEJO, que vê no queratocone uma das mais interessantes indicações do enxerto perfurante, si bem que este autor não dissimule as dificuldades operatórias bastante grandes, decorrentes tanto do adelgaçamento da córnea, quanto do seu "affaissement" após a abertura da câmara anterior.

Os reparos de ordem técnica apontados por CASTROVIEJO, que devem ser levados em consideração quando se opera um queratocorne são os seguintes: "necessidade de grandes enxertos ultrapassando a zona ectasiada; utilidade de cortar a loja do enxerto (córnea ressecada) maior que o próprio enxerto, em razão da "coaptação" e da

retração do tecido corneano após a ressecção; e si o queratocone é muito grande para ser retirado em totalidade, uma operação preliminar — cauterisação da ponta do queratocone, ou tentar-se primeiramente a prática de um enxerto técnico, além de outras medidas referentes a certos cuidados complementares”.

Vem a proposito citar-se igualmente BARRAQUER, que quando em presença de um grande queratocone, com base muito larga, procede a correção em dois atos cirurgicos. Num primeiro faz a chamada queratoplastia reconstrutiva, no qual é feita a correção da curvatura por queratoplastia penetrante de 8 mm. e posteriormente, isto é, mezes mais tarde quando a cornea volta a uma tranquilidade completa, procede a uma queratoplastia optica penetrante de apenas 4 mm.

Entre nós, nos centros que se dedicam à prática da queratoplastia, não tem havido entusiasmo por esta indicação operatória em casos de queratocone. Isto acontece, a meu vêr, por diversos motivos; de um lado a reserva dos Autores Europeus, acrescida das dificuldades técnicas apontadas por CASTROVIEJO, por outro lado a facilidade de uma resolução imediata, porém, nem sempre satisfatória, da solução óptica do queratocone com o emprego de vidros de contato.

Por tudo isto, me pareceu de interêsse, a divulgação que ora faço de meus resultados de enxertos de córnea, ou mais precisamente da queratoplastia parcial perfurante em casos de queratocone.

Inicialmente faremos uma apresentação sumária dos casos, acompanhada de documentação fotográfica, e por fim teceremos algumas considerações de ordem técnica operatória, bem como outras relativas à evolução de cada caso em particular.

ESTATÍSTICA

Queratoplastias parciais perforantes no Queratocone

OBSERV.	AC. VISUAL ANT. ENXERTO	PERÍODO OBSERV. ENTRE OPERAÇÃO E ULT. EXAME	RESULTADOS OPERATÓRIOS		OBSERVAÇÕES
			Anatômicos	Funcionais	
I. S. B.	Dedos 20 cm.	20 meses	Bom	V = 0.1	
U. B.	Dedos 2 mts.	10 meses	Bom	V = 0.2	
D. M. S.	Dedos 50 cm.	8 meses	Excelente	V = 0.9	Usou lente contato
O. S.	Dedos 1,5	12 meses	Excelente	V = 0.8	Usou lente contato
J. S.	Dedos 2 mts.	7 meses	Excelente	V = 0.3	Usou lente contato
L.	Mov. mão	6 meses	Bom	V = 0.1	
S.	Mov. mão	5 meses	Bom	V = 0.4	
J.	Dedos 2 mts.	4 meses	Bom	V = 0.5	Usou vidros contato

OBSERVAÇÕES

1) — *I.S.B.* — Internada no Hospital das Clínicas sob número de registro 152.199 — 18 anos, parda, solteira, feminina.

Diagnóstico: AO — Queratocone, com leucoma punctiforme central. Visão O — dedos a 1 metro.

Operada em 11 de Novembro de 1949; queratoplastia parcial perfurante com trépano de 4 mm.

Resultado final: — Visão = 0.1



Fig. 1



Fig. 2

2) — *U. B.* — Internado no Hospital das Clínicas sob número de registro 197.155 — 31 anos, masculino, solteiro, branco.

História: — Usou vidro de contato; por não tolerá-lo, abandonou o uso 2 anos mais tarde, depois de ter trocado de vidro 5 vezes.

Diagnóstico: — OE — Queratocone com leucoma punctiforme central. Visão O — dedos a 2 metros.

Operado em 13-10-50; queratoplastia parcial perfurante de 5mm.

Resultado final: — Visão = 0.3.



Fig. 3

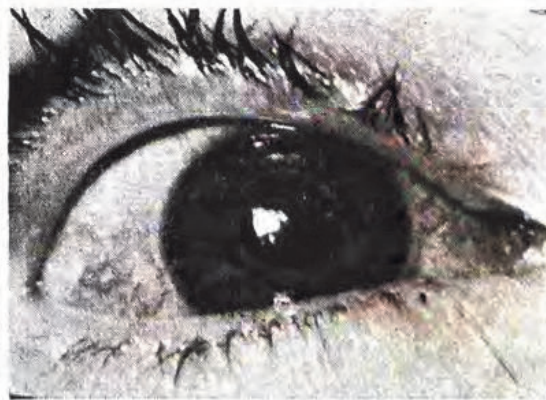


Fig. 4

3) — *D. M. S.* — Internada no Hospital das Clínicas sob número de registro 202.064 — 29 anos, feminina, casada, branca. Usou vidro de contato, mas, não tolerou.

Diagnóstico: — AO — Queratocone. Visão O, dedos a 50 cmts.

Operada em 20 de Março de 1951; queratoplastia parcial perfurante de 5 mm.

Resultado final: — Visão = 0.8



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

4) — *O. S.* — Internado na Casa de Saúde Pedro II, 25 anos, branco, solteiro, masculino.

Diagnóstico: — AO Queratocone. Visão dedos 1,5 mts.

Operado 5 de Julho de 1950; queratoplastia parcial perfurante com trépano de 5 mm.

Resultado final: — Visão = 0.8



Fig. 8



Fig. 9

5) — U.S. — Internada na Casa de Saúde Pedro II, 18 anos, branca, solteira, feminina.

Diagnóstico: — Queratocone. Visão 0, dedos a 2 mts.

Operada em 20 de Dezembro de 1950; queratoplastia parcial perfurante de 5 mm.

Resultado final: — Visão = 0.3



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12

6) — L. — Internado na Casa de Saúde Pedro II, 27 anos, branco, solteiro, masculino.

Diagnóstico: — Queratocone com extenso leucoma central da córnea. Visão O = Mov. mão.

Operado em 5 de Janeiro de 1951; queratoplastia parcial perfurante de 5 mm.

Resultado final: — O = 0.1.

Observação: — embora a coaptação do enxerto fosse excelente, sobreveio uma turvação esbranquiçada do enxerto, que tem melhorado, um pouco com tratamento do líquido pré-ocular (segundo VIDAL).



Fig. 13



Fig. 14

7) — S. — Internado na Casa de Saúde Pedro II, 27 anos, branco, solteiro, masculino.

Diagnóstico: — grande queratocone, com opacificação da zona estafilomatosa.

Operado em 12 de Fevereiro de 1951; queratoplastia parcial perfurante de 5 mm.

Resultado final: — Visão O = 0.4.

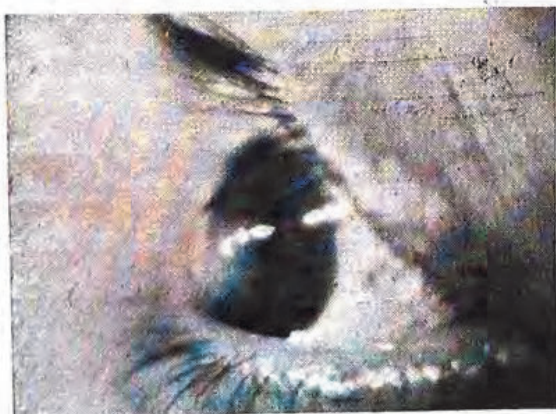


Fig. 15



Fig. 16

8) — J. — Internado na Casa de Saúde Pedro II, 26 anos, branco, solteiro, masculino.

Diagnóstico: Queratocone. Visão O = dedos 2 mts.

Operado em 25 de Janeiro de 1951; queratoplastia parcial perfurante de 5 mm.

Resultado final: — Visão O = 0.5.



Fig. 17

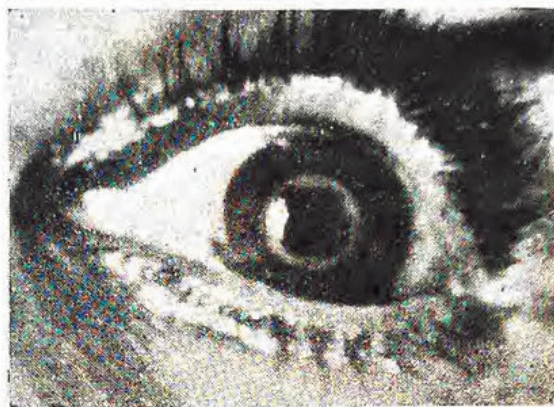


Fig. 18

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em primeiro lugar, no que diz respeito à indicação da queratoplastia no queratocone, diremos que os nossos bons resultados, bem como os dos Autores Americanos, que colocam o queratocone dentro do grupo dos casos mais favoráveis em sua evolução, nos deixam muito a vontade para insistir nesta indicação operatória. Esta indicação impõe-se desde logo nos casos de queratocone acompanhado de opacificações centrais, mesmo pequenas; vou porém mais longe, indicando a operação mesmo nos casos de queratocone com córnea transparente, desde que a visão seja inferior a 1 décimo, sem correção. O fato da visão melhorar com o vidro de contato, não significa uma contra-indicação à operação, pois, a resolução óptica do problema, em geral, satisfaz mais ao médico do que ao doente. Devido à evolução lenta, porém, constante do queratocone, raríssimamente os pacientes resolvem satisfatoriamente a questão tolerância do vidro de contato. Beseio esta minha afirmativa na circunstância de que 5 de meus pacientes eram portadores de vidros de con-

N. da R. — Nos originais está assinalado o olho portador do ceratocone apenas com a letra O, tal como está publicado; o mesmo se dá com a visão; O = ..., não especificando o lado.

tato, o qual lhes propiciava uma visão satisfatória; acontecia, porém, que a tolerância do vidro tornava-se dia a dia menor, obrigando-os a continuas e reservadas visitas ao técnico que os fabricava, para pequenas alterações na parte de suporte da lente; apesar disto, estes pacientes ficavam sempre num estado de insatisfação que os forçou a me procurar espontaneamente para que eu os operasse, outros aceitaram alegremente a indicação operatória, assim que a sugerí.

Diante de casos já bem evoluidos, sendo o queratocone muito largo para ser ressecado em totalidade, é aconselhável proceder-se a intervenção em dois tempos, como aconselha CASTROVIEJO; num primeiro tempo procede-se à cauterização do ápice do queratocone, ou mesmo a um primeiro enxerto dos chamados tectônicos ou reconstitutivos, ultimando-se a operação alguns dias mais tarde.

Em nenhum dos nossos casos houve necessidade de se recorrer a este método embora, em tese ele me pareça muito útil.

Todos os nossos casos foram operados com trépano de FRANCISCHETTI e sutura de ELSCHNIG. Tratando-se de técnica assás conhecida, abstêmo-nos de sua descrição, referindo apenas os pontos que nos parecem uteis de serem comentados:

1) *Lupa* — A queratoplastia é uma intervenção que exige de uma maneira absoluta o uso de lupa por parte do operador. Servimo-nos sempre de lupa bi-nocular de BAUSCH-LOMB. pois, sem o auxílio da mesma, tornar-se-ia quasi impossivel a sutura da córnea, a preparação do leito hospedeiro, bem como a manobra da exata coaptação do enxerto.

2) *Anestesia* — Servimo-nos da mesma usada para operações de catarata; instilações na córnea de neututocaina e adrenalina; injeção retro-bulbar de novocaína, e aquinesia palpebral.

3) *Midriase* — Procuramos manter sempre o paciente em midriase durante o ato cirúrgico. Embora, a pupila em miose possa representar uma boa proteção contra possível lesão do cristalino no ato da trepanação corneana, operando-se em midriase, evita-se a for-

mação de sinéquias que concorrem grandemente para a opacificação dos enxertos.

4) *Material cirúrgico* — Possuímos em nosso arsenal cirurgico 2 estojos de facas paralelas de CASTROVIEJO e uma série de trépanos de FRANCESCHETTI. Ultimamente servimo-nos somente destes últimos. Operamos de preferência com trépano de 5,1 mm.; em casos especiais utilizamos trépanos de 8 mm. e até de 10 mm. A maior parte de nossos trépanos são de fabricação GRIESHABER, sendo que ultimamente, a nosso pedido, A. ARAUJO, de São Paulo preparou-nos uma série de trépanos, que se mostraram excelentes.

Para a prática de queratoplastia além dos trépanos, reputamos como imprescindível os seguintes instrumentos: — faca de FRANCESCHETTI, modelo hockey, e agulhas de sutura de córnea fabricação GRIESHABER. A faca de FRANCESCHETTI é excelente para se proceder à secção final do retalho corneano nos pontos não cortados pelo trépano, e mesmo, em casos especiais, para ultimar-se a preparação do leito hospedeiro, retirando-se pequenos pedaços de córnea ainda presos aos bordos. As agulhas de córnea, modelo CASTROVIEJO, fabricadas por GRIESHABER, sendo cortantes como lanças, permitem que se faça as suturas na espessura da córnea sem esforço e, portanto, com o mínimo de traumatismo.

5) *Suturas* — Utilizando-se enxertos de 5 mm. parece-nos suficiente o emprêgo de simples suturas de contensão. Destas, pela sua simplicidade e eficiência, preferimos a sutura de ELSCHNIG, que é feita na córnea, alguns milímetros ao lado do retalho enxertado na forma de 2 X cruzados. Material usado: agulha de CASTROVIEJO e fio de seda de KALT. A passagem dos fios de sutura deve ser feita com o globo ainda fechado, logo após a demarcação feita com o trépano.

6) *Material de enxerto* — É' fora de dúvida que o melhor material para se empregar em enxertos é o que procede de olhos de cadáver. Isto por inúmeras razões, já bastante conhecidas e que dispensam maiores comentários. O que se pode ainda discutir, é sobre o modo de se tratar o globo ocular desde o momento da enucleação até o ato do enxerto. Este assunto, aliás entre nós já foi extensivamente tratado por ABREU FIALHO FILHO, precursor dos Bancos

de córnea em nosso país, o qual tendo-o esgotado, dispensa-me de voltar a considerá-lo. Desejamos apenas, no momento, dizer como procedemos: a enucleação do globo é sempre feita, com os devidos cuidados de assepsia, no menor prazo após a morte (entre 1 e 2 horas). Em seguida o globo é colocado em um frasco esterilizado, suspenso por um fio preso ao nervo óptico, sendo o frasco fechado com gase. Nestas condições é levado para a geladeira, com temperatura de $+4^{\circ}\text{C}$. onde permanece até o momento da intervenção.

De preferência utilizo olhos com permanência de 24 a 36 horas na geladeira.

7) *Ato operatório — A retirada do retalho* — Início o ato cirúrgico pela retirada do retalho corneano do olho do cadáver. O olho doador uma vez retirado da geladeira é colocado sobre um disco de cortiça, onde é fixado por meio de um círculo de alfinetes.

Aquí vem um ato cirúrgico que deve ser feito com o máximo cuidado, no sentido de se conseguir um enxerto bem cortado, bordos perfeitamente talhados e principalmente respeitar-se a integridade da membrana de DESCERMET. Isto é fundamental para a boa evolução do caso.

Não havendo o temor de ferir-se o cristalino com trépano, é naturalmente muito mais fácil levar-se a trepanação até o fim, obtendo-se o retalho circular livre, só com o trépano. Entretanto, ficando êle preso em algum ponto, passa-se a trabalhar com a faca de FRANCESCHETTI, com a qual termina-se a secção do retalho.

A preparação do leito hospedeiro, isto é, a retirada da porção corneana deformada, deve evidentemente merecer de nossa parte uma atenção muito maior. Há aqui o perigo de se lesar a cápsula do cristalino, com graves conseqüências posteriores. Si se conseguir fazer de primeira intenção, só com o trépano, uma secção completa ou mesmo quasi completa, tanto melhor. Entretanto, uma vez aberta a câmara anterior mesmo em uma pequena porção, deve-se suspender o uso do trépano, e ultimar a retirada do retalho com a faca de FRANCESCHETTI. Para se pegar a ponta do retalho já seccionado e levantá-lo, existe uma pinça de CASTROVIEJO fabricada por GRIESHABER, extremamente delicada e ao mesmo tempo resistente, que torna esta manobra mais facil. Os tempos finais da operação, representados pela colocação do retalho corneano transparente e amarração dos

fios da sutura já previamente colocados, não oferecem maiores dificuldades.

8) *Cuidados post-operatórios*: — Curativo oclusivo binocular e repouso ao leito. O primeiro curativo é feito no sétimo dia, restringindo-se a uma ligeira toilette. No segundo curativo, no décimo segundo dia, devem ser retirados os pontos. O paciente pode abandonar o leito no décimo quinto dia. Até então mantem-se ambos os olhos fechados.

9) *Incidentes operatórios*: — Há uma série de contra-tempos que podem surgir durante o ato cirúrgico, dificultando a sua realização. Alguns, como por exemplo, penetração insuficiente da agulha na córnea ou o oposto, penetração da agulha na câmara anterior secção do fio de seda durante a trepanação corneana, amarração insuficiente da sutura, que ficando frouxa não poderá garantir a manutenção do enxerto na posição exata, etc. já têm sido citados por diversos autores, bem como a maneira de se proceder para corrigi-los. Há, entretanto, contra-tempos na realização da operação, que representam verdadeiras surpresas a demandar solução nova e imediata por parte do operador.

10) *Complicações post-operatórias*: — Elas são as mesmas que podem surgir após a queratoplastia em leucomas corneanos.

Citaremos apenas: Infecções, edema do retalho, hemorragias, demora na formação da câmara anterior, sinéquias anteriores, hernia de íris, vascularização do enxerto, deslocamento do enxerto, cicatrização viciosa dos bordos do enxerto, e a temível “moléstia do enxerto”.

Todas estas complicações são conhecidas na literatura, e sobre o assunto não nos demoraremos, pois, foge um pouco ao plano de nossos trabalhos.

Desejamos, apenas, referir 2 questões: a primeira é a que diz respeito ao deslocamento do enxerto, observado no primeiro mês após a operação. Esta é uma complicação que a nosso vêr tem uma evolução favorável. O retalho enxertado, uma vez retiradas as suturas, tem tendência a se elevar um pouco no leito hospedeiro. Isto decorre, segundo nosso pensamento, pela grande embebição líquida sofrida pelo enxerto.

A segunda, a mais grave, é indubitavelmente a "moléstia do enxerto". Tem merecido enorme atenção por parte dos que se interessam pela queratoplastia.

Entre os meios que existem para o seu combate, queremos referir com ênfase à implantação de placenta e ao tratamento do líquido pré-ocular segundo o moderno conceito de VIDAL.

O 1.º comentário foi do Dr. Sylvio de Abreu Fialho que acha teóricamente o queratocono ideal para a queratoplastia, mas que ainda não se animou a praticar a intervenção, a qual fará graças ao trabalho ouvido. O Dr. Werther Duque Estrada salienta a pequena tolerância às lentes de contato observada nos portadores de queratocone e diz-se tentado a praticar agora a intervenção; o Prof. Hilton Rocha diz preferir até então a lente de contato, só tendo operado um caso dentre cerca de 60 que observou. Em face dos resultados obtidos pelo Prof. Cyro, vai tentar a operação. O Dr. Lincoln Caire indaga se a agudeza visual antes e depois das operações foi com ou sem correção. Finalmente o Dr. Paulo Aranha de Azevedo cita trabalhos apresentados ao Congresso de Montevideo nos quais vem relatada a grande frequência do queratocone nos índios bolivianos.

Agradecendo os comentários, o Prof. Cyro de Rezende responde ao Dr. Lincoln Caire que a agudeza visual é dada sem correção. Diz que de um modo geral o portador de queratocone não suporta as lentes de contato, animando aos demais congressistas a praticarem a intervenção.

Quinta sessão plenária

Abriu os trabalhos da quinta sessão plenária, realizada às 15 horas, no Auditório do IPASE o Prof. Paulo Cezar Pimentel, que convida o Prof. Clovis Paiva para presidí-la como representante do Estado de Pernambuco, sendo secretário o Dr. Pedro Moacyr de Aguiar.

Não tendo comparecido o relator oficial, Dr. Rubem Belfort de Mattos, representante do Centro de Estudos de Oftalmologia, foi lido pelo Dr. W. Belfort de Mattos um apêndice publicado a seguir. (O relatório já foi publicado no Vol. I dos Anais).

TERAPÊUTICA POR PRODUTOS DE DESINTEGRAÇÃO TECIDUAL

DR. RUBENS BELFORT MATTOS
S. Paulo

Inicialmente, queremos explicar que tomamos o tema “Terapêutica por produtos de desintegração tecidual”, como um sinônimo de Teciduterapia, embora, na Teciduterapia, não haja propriamente uma desintegração tecidual, e sim, a elaboração de certas substâncias estando o tecido submetido a sofrimento, praticamente normal.

Quando fomos indicados pelo Centro de Estudos de Oftalmologia para relatar o tema “Terapêutica por produtos de desintegração tecidual” recebemos o pedido de entregar o trabalho a ser relatado até fins de Dezembro de 1950. Como estamos tratando de um processo terapêutico ainda novo, sujeito à estudos e observação prolongada, resolvemos apresentar ao VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, um apêndice do relatório escrito há 6 meses, apêndice este que tem por base um estudo de maior número de casos e de uma observação clínica durante um período de tempo mais extenso. No momento descreveremos, a obtenção e o preparo do material a ser usado, as técnicas empregadas na teciduterapia, assim como as indicações e os resultados obtidos em nosso meio.

1) — ESCOLHA DO MATERIAL:

O material empregado tanto pode ser vegetal como animal, uma vez que está estabelecido que ambos os tecidos elaboram estimulantes biogênicos. Os tecidos animais podem ser: homólogos, heterólogos e autôgenos. Os primeiros podem ser obtidos: de cadáveres de ori-

gem não infecciosa ou traumáticas, dentro das primeiras 8 horas após a morte; de indivíduos vivos submetidos a atos cirúrgicos e em delivramento. O material mais utilizado é o obtido no delivramento uma vez que é fácil de ser encontrado em grande quantidade e praticamente a qualquer momento. Os tecidos heterólogos são aqueles conseguidos de qualquer espécie de animal que não a espécie "Homo", e, por razões teóricas, não deve ser usado mais de 3 vezes, e preferivelmente, de espécies diferentes. Os autônomos são retirados do mesmo indivíduo que receberá os estimulantes biogênicos. A escolha do tipo de tecido não tem grande importância, tendo sido usado: placenta, globo ocular, pele, cartilagens, epiplons, órgãos de secreção interna, folhas de vegetais, baço, músculos, nervos, cérebro, óleo de fígado, etc.

II) — PREPARO DOS TECIDOS:

Os tecidos vegetais são de preferência os encontrados nas folhas, dado o seu metabolismo e fácil trituração. Nesse caso, uma vez que os tecidos devem ser colocados em condições de sofrimento, as folhas, previamente lavadas e privadas de espinhos, ficam na obscuridade num período de 12 a 15 dias, à temperatura de 6 a 10 graus centígrados. O implante pode ser feito com pequenos pedaços de folha autoclavados a 120 graus durante 1 hora. Se quisermos usar extratos, as folhas são cortadas com uma tesoura e trituradas num gral. Juntam-se 50 cc. de água destilada para cada 10 gr. de massa e deixa-se a mistura durante 1 ou 2 horas à temperatura ambiente, após o qual ferve-se ligeiramente, preferivelmente em banho-maria. Coa-se em gaze, e ferve-se de novo, ligeiramente. Por fim, filtra-se em papel de filtro, coloca-se em empolas e autoclava-se a 120 graus centígrados durante 1 hora. Deve-se fazer um controle bacteriológico e a conservação é de 3 meses em geladeira.

Os tecidos animais, geralmente placenta pela sua fácil obtenção, podem ser preparados de vários modos. Em todos eles deve ser observado, segundo a escola de FILATOV, um período de 6 a 7 dias a 2 ou 4 graus centígrados acima de zero, após o qual o tecido deve ser preparado diferentemente de acordo com a técnica desejada. No caso de implante, o tecido é recortado em pequenos pedaços e autoclavado a 120º durante 1 hora, após o qual está pronto para ser usado. Pode também ser esmagado ou tentado uma emulsão.

Para uma maior estabilidade, pode ser feita uma secagem a vácuo e à massa obtida, adiciona-se sôro fisiológico no momento de seu uso. Pode ser usado em clisteres num veículo conveniente. No caso de estrato aquoso o tecido é triturado num gral, sendo que para 10 gramas de massa, adiciona-se 100cc. de água destilada ou sôro fisiológico. Deixa-se 1 hora a temperatura ambiente, — (+ 15°); aquece-se em banho-maria até ferver 1 ou 2 minutos; filtra-se em gaze, aquece-se o filtrado até ligeira ebulição e filtra-se em papel de filtro, distribuindo em empolas de 2 ou 4 cc. para em seguida, esterilizar em autoclave durante 1 hora a 120°; conservando-se em geladeira pelo prazo máximo de 3 meses.

SAINT MARTIN, BREGEAT, SALVATORI, AMSLER, RENARD e outros fazem o implante deixando a placenta 24 horas na geladeira, após o que deixam-na 1 hora à temperatura ambiente em uma solução de penicilina. Os bons resultados obtidos que à primeira vista parecem ser contraditórios, com a hipótese dos estimulantes biogênicos, visto o tecido ficar só um dia em condições de sofrimento, são explicados pela formação de estimulantes biogênicos até que o implante receba uma nutrição normal.

III) — TÉCNICAS EMPREGADAS:

Procuraremos descrever resumidamente êstes processos não entrando em detalhes que são variáveis de autor para autor. Usa-se, hoje em dia, implantação ou aplicação de estratos aquosos; raramente clisteres.

a) — *Implante ou sepultamento.* O implante pode ser feito em qualquer local do organismo, podendo, esquematicamente, ser: subconjuntival ou intratenoniano e sub-cutâneo ou intramuscular. Para o implante sub conjuntival é realizada uma anestesia prévia local com neutotucaina, após o qual é injetado debaixo da conjuntiva 2 cc. de solução de novocaina a 0,5 ou 1 %. A conjuntiva é descolada numa extensão de 2 cms. e um fragmento de placenta, de mais ou menos 15 mm³. é colocada o mais profundamente possível, podendo em seguida ser feito sutura ou não, sempre com oclusão. Para a implantação intra-tenoniana, a cápsula de TENON é aberta após a incisão da conjuntiva, entre os músculos retos externo e superior ou retos externo e inferior, e, a placenta, cortada em 4 x 4 x 2 mm., é colo-

cada latero bulbar ou retrobulbar; segue-se sutura e oclusão. Para a implantação sub-cutânea, a técnica realizada é a seguinte descrita pelo próprio FILATOV: “Fazer com a mão esquerda uma prega cutânea na linha mamilar do torax (ou no ventre, coxa ou nadea); injetar intradermicamente, na base da prega, 1 cc. de solução a 0,5% de novocaina; injetar subcutaneamente 5 cc. da mesma solução, conservando a prega entre os dedos; fazer com escalpelo uma incisão transversal de 3 cm. até o tecido celular sub-cutaneo nos limites da bolsa de novocaina, sem libertar a prega; descolar com um grande escalpelo, deitado sob a prega cutanea, na extensão de 6-7 cm. para formar uma bolsa, conservando o instrumento, se possível, no mesmo plano; retirar o escalpelo (conservando sempre a prega) e fazer uma sutura introduzindo a agulha distante das bordas da incisão; afastar do centro para o lado do ferimento uma pelota de tecido; introduzir com firmeza no fundo da bolsa o fragmento de pele autoclavado de 6-8 cm. recebido do assistente numa pinça anatomica, relaxando ligeiramente a prega para dar lugar ao implantado; aproximar com os dedos as bordas da incisão antes de retirar a pinça para evitar a saída do implantado e completar a sutura, atando os fios. Fazer, se necessario, sutura suplementar. Quando feita com cuidado, a operação é pouco sangrenta. Curativo fechado. Pode-se também fazer 2-3 pontos com extremidades longas e amarradas ainda a chumaços de gaze. Tirar os pontos entre 6-7 dias. A operação pode ser feita em ambulatorio”.

b) — *Injeções de extratos aquosos.* São feitas sub-cutanea ou intra-muscular e sub conjuntival ou retro-bulbar. Os extratos devem ser obtidos com sôro fisiologico, porque, se forem preparados com agua distilada sua aplicação será dolorosa. A via intramuscular é mais empregada por serem as injeções menos dolorosas. É realizada uma serie de 25 a 30 empolas de 3 a 4 cc. diariamente, podendo a serie ser repetida. As injeções sub-conjuntivais ou retro-bulbares são feitas em series analogas e com a técnica habitual.

Embora o efeito da aplicação seja igual em todo o organismo, uma vez que o estrato é distribuido atravez do sangue, é aconselhavel a aplicação de injeções junto as regiões onde estão as lesões, porque nesse caso a concentração do principio ativo deverá ser maior nesse local.

Os extratos aquosos são usados com a maior frequência dado a sua fácil administração, conservação prolongada e absoluta inoquidade. Não existe caso na literatura mundial de reação produzida pela injeção de extrato de tecidos.

c) — *Clisteres*. Não tem sido aplicados em nosso meio. É usada uma suspensão de 3,5 gr. de placenta triturada em 30 a 40 cc. de sôro fisiológico aquecido a temperatura do corpo humano. A quantidade de placenta aumenta progressivamente até atingir 6 gr. e o tratamento é realizado em série de 15 aplicações em dias alternados devendo o paciente procurar reter o clister o maior tempo possível.

IV) — INDICAÇÕES:

As indicações da teciduterapia ainda não estão perfeitamente delimitadas. Como estamos em presença de um processo terapêutico relativamente recente, grande número das mais variadas afecções oculares foram submetidas a tratamento e os resultados obtidos submetidos a análise, revelaram que existe, sem dúvida, melhora dos sintomas e sinais de algumas doenças oculares.

É de se notar que o pessimismo, revelado por certos autores, principalmente no que se refere a retinose pigmentar, é devido a estudos em afecções oculares, geralmente gravíssimas, nas quais não existe nenhum tratamento, e que, se a teciduterapia usada como último recurso, não consegue melhora-las, não prejudica em absoluto os pacientes, uma vez que não exista contra-indicação desse processo terapêutico, como nos casos de neoplasias. Como toda a novidade médica, inicialmente houve um grande entusiasmo, sendo a teciduterapia aplicada como se fosse uma panacea. Se, por um lado o entusiasmo é excessivo, por outro, é benéfico, permite que grande e variado número de doenças oculares seja observado, e desse modo surjam as indicações precisas, assim como as doses e escolha dos métodos de aplicação teciduterapica.

Grande número de autores empregou a teciduterapia como único processo de cura, afim de serem evitadas causas de erro devidas a ação farmacológica de outras drogas. No estado atual do problema, a teciduterapia está sendo aplicada na clínica como coadjuvante no tratamento de várias afecções oculares, geralmente crônicas.

Procuraremos descrever as indicações da terapeutica tecidual nas afecções oculares que respondem melhor a este processo terapeutico, segundo a opinião de varios autores.

Palpebras: Blefarites crônicas e hordeolose.

Cornea: opacificação de enxerto corneano, imediato ou tardio; ceratites superficiais; ceratite parenquimatosa; tuberculose corneana; ceratite herpetica; ceratite rosacea; ceratite escrofulosa; perturbações troficas: panus tracomatoso; úlceras crônicas; opacidades corneanas; ceratocone; ceratite traumatica; pré-operatio na ceratoplastia.

Iris e corpo ciliar: irites crônicas ou reincidentes; iridociclites; iridociclites traumaticas.

Coroide: coroidites.

Uvea: uveites.

Retina: retinose pigmentar; degeneração miopica; descolamento da retina sem perfuração ou como pré e post-operatorio; corioretinites atroficas com area de sofrimento tecidual circundando a cicatriz.

Nervo óptico: atrofia; neurites ópticas.

Vitreo: opacidades.

Globo ocular: hipotrofia; traumatismo.

Examinando os casos indicados, vemos que em todos êles encontra-se tecidos em condições de sofrimento, que ainda não foram destruidos e que podem ter suas condições biologicas estimuladas e normalizadas. Esta é a verdadeira indicação da teciduterapia.

V) -- *RESULTADOS OBTIDOS PELA NOSSA OBSERVAÇÃO:*

A fim de afastarmos todas as causas de erro, só usamos a teciduterapia nos casos descritos sendo os exames realizados varias vezes e a acuidade visual obtida por optotipos diferentes.

AFECÇÕES DAS VARIAS PORÇÕES DO APARELHO VISUAL E RESULTADOS CONSEGUIDOS.

CONJUNTIVA — Simblefaro cicatricial com grande retração de toda a conjuntiva — 20 empolas de estrato aquoso como pre-operatorio de enxerto de mucosa labial — bom resultado operatorio.
Cornea — Ceratite parenquimatosa.

5 observações — tratamento geral e local; depois de alta clínica, iniciado a teciduterapia e obtidos com 30 empolas de extrato aquoso as seguintes melhorias visuais: OD — 0,1 — OE — 0,15; OD — 0,2 — OE — 0,1; OD — 0,25 — OE — 0,3; OD — 0,50 — OE — 0,3; OD — 0,2 — OE — 0,1.

8 observações — opacidades corneanas devido a ceratites parenquimatosas antigas — tratamento 30 empolas.

Em 4 pacientes não foi observada nenhuma melhora susceptível de ser medida; nos casos com boa resposta à terapêutica tecidual foram obtidos os seguintes resultados: OD — 0,15 — OE — 0,050; OD — 0 — OE — 0,15; OD — 0,25 — OE — 0,3; OD — 0,1 — OE — 0,1.

Opacidades corneanas — 18 observações Leucôma vascularizado em A.O. devido queimadura por cal há 40 meses, com 30 empolas e 2 enxertos de placenta a visão de vultos a 20 cms. melhorou para 0,050 o que permite locomover-se, sem auxílio de outra pessoa; em 4 casos de opacidade tracomatosa melhoras de OD — 0,15 — OE — 0,2; OD — 0,2 — OE — 0; OD — 0,25 — OE — 0,1; OD — 0,1 — OE — 0,3; em 2 de origem herpética, OD — 0,1 — OE — 0,15 e OD — 0,3 — OE — 0,4; em 6 opacidades corneanas de origem traumática, só em um olho, a visão melhorou OD — 0,5; OE — 0,2; OE — 0,050; OE — 0,35; OE — 0,4; OE — 0,2; em 7 observações não houve alteração sendo os processos corneanos muito antigos.

Lepre corneana — 2 casos — sem melhora.

Distrofia corneana — 4 observações — 2 casos com resultado de melhora de 0,25 e 0,15.

Ceratocone — 2 sem melhora.

Iris — Corpo ciliar.

Iridociclite crônica — 1 observação sem alteração. Iridociclite por brucelose — 1 observação obtido resultado com 30 empolas.

Coroide.

Coroidite juxta macular — melhora de 0,7 com 2 implantes e melhora 0,4 com 25 injeções retrobulbares.

Retina.

Retinose pigmentar.

6 observações com 30 injeções intramusculares sendo 2 sem resultado; melhoras de A.O. 0,1 com aumento de 10.º no campo vi-

sual; OD — 0,05 — OE — 0,15; OD — 0,05 — 0,1 e OD — 0,1 — OE — 0.

Corioretinites atroficas juxta macular com area de retina em sofrimento. 4 observações com recuperação de visão de OD — 0,1 e OE — 0,050; AO — 0,1; OD — 0,05 e OE — 0,35; OD — 0,25 — OE — 0,1.

Retinite proliferante — 1 sem resultado.

Descolamento da retina.

Pré e post-operatorio.

4 observações sendo que em 2, muito extensas, não foi obtido bom resultado.

Uvea

3 observações de uveite serosa que com, o tratamento habitual estavam estacionados; foi feito 30 injeções intramusculares de extrato de placenta como coadjuvante de tratamento. Melhoras AO — 0,1 OD — 0,5 e OE — 0,9.

Nervo óptico

Atrofia simples do nervo.

Melhorou 0,25 em OE.

Vitreo.

Hemorragia OD — recuperação 0,15.

Glaucoma.

4 observações sem resultado favoravel.

Miopia

8 com as seguintes recuperações visuais: AO — 0,15; OD — 0,1 e OE — 0,5; OD — 0,15 — OE — 0,1; AO — 0,1; OD — 0,05 OE — 0,2. 2 casos sem resultado.

Atrofia do globo.

1 de origem traumatica OD — ferimento perfurante do globo na região do corpo ciliar. A tensão de 6 mm Hg subiu para 18 mm. Hg; Em 4 atrofias devido à uveite só houve 1 caso sem melhoria. Recuperação da tensão nos outros casos em media 15 mm. Hg.

RESUMINDO
RESULTADOS OBTIDOS

AFECÇÃO	NÚMERO DE CASOS	RESULTADOS	
		<i>Melhoria</i>	<i>Nenhum</i>
Conjuntiva	1	duvidoso	
Córnea — ceratite parenquimatosa — recente	5	5	0
Córnea — ceratite parenquimatosa antiga	8	4	4
Córnea — opacidades várias.....	18	11	7
Córnea — lepra	2	0	2
Córnea — distrofia.....	4	2	2
Iris — iridociclite	2	1	1
Coroide — coroidite	2	2	0
Retina — Retinose pigmentar.....	6	4	2
Retina — corioretinite atrófica juxta macular	4	4	0
Retina — retinite proliferante.....	1	0	1
Retina — descolamento	4	2	2
Uvea — uveite serosa.....	3	3	0
Nervo óptico — atrofia simples.....	1	1	0
Vítreo — hemorragia	1	1	0
Glaucoma	4	0	4
Miopia	10	8	2
Atrofia do globo.....	5	4	1
TOTAL.....	81	53	28

Na ausencia do debatedor, a discussão foi iniciada pelo Dr. Natalicio de Farias que pergunta onde estar contido o principio biogênico. Será nos produtos finais de desintegração das proteínas? Ou nas aminas biogênicas? Somente a pesquisa o resolverá. Diz estar fazendo um estudo comparativo no Instituto Brasileiro de Pesquisas Oftalmológicas sobre o valor do implante de tecido fresco, de tecido autoclavado a 120º e com um produto resultante da retirada dos aminoácidos, contando só com as aminas biogênicas. Embora com um número ainda reduzido de observações, localmente, os resultados são uniformes.

O Prof. Hilton Rocha diz usar a placenta depois de conservá-la 7 dias na geladeira. Geralmente faz 5 implantes com intervalos de 20 dias, ao mesmo tempo que faz injeções de extrato de placenta. Seu entusiasmo tem diminuído consideravelmente. Tem tido casos favoráveis, nas uveítes e ceratites, assim como um de estrias angioides da retina e de retinopatia serosa central.

Outro comentário foi do Dr. Paulo Aranha de Azevedo que diz ter bons resultados na miopia, em um caso de retinopatia hipertensiva, e de degeneração pigmentar da retina. Trata de um caso de ambliopia que está respondendo bem. Na quérato-conjuntivite pseudo-flictenular os resultados são notáveis.

Já o Dr. Werther Duque Estrada diz que excetuando algumas queratites não acredita haver nenhum efeito nas doenças degenerativas, tipo retinose pigmentar.

Em resposta falou o Dr. W. Belfort de Mattos que acha formarem-se os estimulantes biogênicos depois de permanencia do tecido 5 a 6 dias na geladeira. Cita um caso de atrofia do nervo óptico, antiga de 4 anos, que se beneficiou espetacularmente com injeções retrobulbares de extrato de placenta.

Assumindo a Presidencia o Dr. Renato de Toledo, representante do Centro de Estudos de Oftalmologia é iniciada a apresentação dos Temas Livres; estando ausentes os Drs. Pery Alves Campos e Caldas Brito e Guido Ferrari, autores dos dois primeiros inscritos, foi concedida a palavra ao Dr. Adroaldo de Alencar para ler o 3.º Tema Livre sobre "cortisone em oftalmologia".

Por proposta do Dr. Evaldo Campos foi logo a seguir apresentado o 6.º Tema Livre pelo Dr. Decio Brito Oliveira sobre "Ensaio do ACTH e Cortisona em Oftalmologia", por serem ambos sobre o mesmo assunto, não tendo comparecido o Dr. Alcides del Ciello, autor do 4.º Tema Livre.

CORTISONE EM OFTALMOLOGIA

DR. ADROALDO DE ALENCAR

Chefe de Clínica Oftalmológica do Ambulatório
Central do IPASE — Rio de Janeiro — D. F.

Quando, na primavera de 1950, estagiávamos no EYE INSTITUTE do Presbyterian Medical Center em New York, tivemos as nossas atenções voltadas para os resultados das observações clínicas e experimentais em oftalmologia com o uso dos esteróides suprarenais e ACTH.

Em 1949 PHILIP S. HENCH e colaboradores, da Clínica Mayo em Rochester, apresentaram as primeiras observações sobre o efeito de um hormônio da supra-renal e de um outro hormônio — adreno-corticotrópico — sobre as artrites reumatóides.

O primeiro, também conhecido como composto E de KENDALL, recebeu nos Estados Unidos o nome comercial de CORTONE ACETATE (Brand of Cortisone Acetate — 11-Dehydro-17-hydroxycorticosterone-21-acetate MERCK) e o segundo, o hormônio pituitário, é comumente designado por ACTH, abreviatura tirada de "Adreno-Cortico-Tropic-Hormone".

É o Cortisone um dos vinte e tantos esteróides isolados da cortex suprarenal por EDWARD KENDALL nos laboratórios da "Mayo Foundation" (Composto E), descrita por THADEUS REICHSTEIN como substância FA e por WINTERSTEINER e PFIFFNER como Composto F.

A sua estrutura química é similar aos outros hormônios do grupo, sendo, porém, o mais complexo, com quatro anéis orgânicos formando um núcleo semelhante ao colesterol.

As pesquisas sobre CORTISONE e ACTH constituíram, ao nosso vêr, o maior acontecimento no campo medico-farmacêutico no ano de 1950, valendo a HENCH, KENDALL e REICHSTEIN o Premio Nôbel de Medicina para o referido ano.

SPRAGUE e col., bem assim THORN e col., publicaram em 1950 detalhados estudos sobre os efeitos fisiologicos do Cortisone no homem: retenção do sodio e da agua, eliminação excessiva do potasio pela urina, perturbações no metabolismo dos hidratos de carbono e proteínas em virtude do aumento da glicemia e da eliminação do acido urico, etc.

Foram assinaladas perturbações mentais, excitações psíquicas e fases de euforia. Quando usado em doses altas, por tempo prolongado, tem sido observado alcalose hipocaliêmica e hiperclorêmica como as existentes na síndrome de CUSHING. Em doentes com o caráter duvidoso ou instável deve ser feito um minucioso exame psiquiátrico. Muitos pacientes acusam uma sensação exagerada de bem-estar aos primeiros dias de tratamento, principalmente nos casos de artrites reumatóides, devido à cessação da dor, enquanto outros, em menor número, aparecem com insônia e mudança de gênio, manifestações que não continuam se o hormônio fôr suspenso.

Como reação normal, deprimindo a função gonadal, a menstruação nas mulheres é retardada ou inibida.

O nosso primeiro contato com casos tratados com cortisone foi logo após ouvirmos em New York o trabalho de IRA JONES e KARL MEYER, apresentado à 12.^a Reunião Anual do Instituto de Oftalmologia do Presbyterian Hospital, no qual mostraram o resultado dos seus estudos experimentais — Inibição da vascularização da córnea do coelho pela aplicação local de Cortisone — indicando uma ação local e periférica do Cortisone usado por via sub-conjuntival.

O Cortisone apresenta atividade pronta, imediata, contra a artrite reumatóide e as chamadas doenças colágenas.

Vêm muito a propósito as palavras textuais de STILLERMAN, de Chicago: "...many ocular syndromes of obscure origin involved the cornea and sclera, tissues rich in connective tissue elements. Also, the association of scleritis, episcleritis, tenonitis and iritis with the "rheumatic" diathesis had been described in the clinical literature and pointed to a common denominator which might ex-

plain the ocular and articular findings. KLEMPERER and his group had proposed that the connective tissues throughout the body acted as an organ which was afflicted in a number of diseases, which they called "collagen diseases". It was in these conditions that the early work with the ACTH and Cortisone produced the most dramatic results."

Ultimamente, nos Estados Unidos, vem aparecendo grande número de trabalhos sobre Cortisone nas doenças oculares.

STEFFENSEN e col. do Henry Ford Hospital, em Detroit, publicaram interessantes observações de doentes tratados por via parenteral e local. Dos seus sete primeiros casos, descritos minuciosamente, três pacientes tinham irite aguda, três queratite, sendo duas complicadas com uveíte anterior e um outro portador duma retinite central. Todos obtiveram respostas favoráveis.

Em março último, com outro grupo de colaboradores, trouxeram-nos o resultado do emprêgo local do Cortisone em 24 doentes, com efeitos favoráveis nas queratites (superficial e profunda), querato-conjuntivites flictenulares, queratites tuberculosas, queratite rosácea e certos casos de irites agudas. Resultados ineficazes foram verificados em queratite dendritica, úlcera trófica, conjuntivite primaveril e distrofia epitelial de FUCHS. Um doente com iridociclite crônica e que ao ser hospitalizado em janeiro de 1949 para exames foi diagnosticado ao Raio X torácico uma sarcoidose, confirmada pela biopsia e tratada sem resultados com calciferol e estreptomicina, voltou em abril de 1950 para pedir que lhe fôsse enucleado o olho em virtude da dor existente. Iniciado o uso local do Cortisone, uma gota de hora em hora, em 24 horas havia desaparecido a dor e a inflamação regredido em uma semana.

ALAN WOODS, de John Hopkins, publicou as suas observações clínicas e experimentais concluindo que os casos que melhor respondem ao tratamento são aqueles que têm um fundo alérgico como base da reação inflamatória. E cita as três reações oculares básicas alérgicas ou anafiláticas:

- a) Reações anafiláticas devidas à sensibilização e intoxicação com agentes de proteína, primeiramente descritas por NICOLLE e ABT em 1908.

- b) Reações alérgicas oftálmicas devidas à sensitização e intoxicação com antígenos bacterianos descritos por DERICK e SWIFT em 1929.
- c) Reações focais em olhos tuberculosos, estudadas clinicamente e experimentalmente após injeções sistêmicas de tuberculina, descritas em 1943 por WOODS e BURKY.

As experiências de WOODS demonstraram o efeito do bloqueio dos hormônios nas inflamações oculares: "...block in the eye the inflammatory and exudative phases of the anaphylatic protein reaction, of the bacterial allergic reaction, and of the focal reaction produced by the subcutaneous injection of tuberculin."

THYGESON e M. FRITZ trataram 14 casos de queratoconjuntivite flictenular, citando mais 12 casos posteriores, respondendo "dramatically", como eles dizem, com o uso do Cortisone em instilação ou sub-conjuntival.

Na reunião anual da American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, reunida em Palmer House, Chicago, em outubro de 1950, houve um "symposium" sobre ACTH e Cortisone com interessantes comunicações de MC LEAN e FREDERICK BLODI, de New York, HENDERSON e HOLLENHORST, de Minnesota, e SOL ROME, de Los Angeles, sobre os resultados obtidos numa variedade de doenças oculares, inclusive fibroplasia retrolenticular e oftalmia simpática.

WOODS cita dois casos de oftalmia simpática tratados um com ACTH e outro com Cortisone local, desaparecendo a dor, neste último, uma senhora de 76. anos, dentro de 48 horas, havendo após quatro dias de tratamento apenas traços da congestão ciliar. Ao 11.º dia nada mais existia da inflamação inicial.

HENRY MOSHER, de Boston, também obteve resultados satisfatórios em dois doentes portadores de oftalmia simpática, obtendo melhores resultados com o uso em colírio do que com as injeções sub-conjuntivais iniciadas.

ALGERNON B. REESE e FREDERICK BLODI, desprezando a Vitamina E, passaram a empregar ACTHH nos seus doentes de fibroplasia retrolenticular, justificando, diante dos conceitos clínicos e histológicos da doença: "It is known that induced hyper-adrenalism inhibits the growth of mesenchymal cells, and that cortisone specifically inhibits the growth of capillaries".

Estudando sob a orientação do prof. REESE no Institute of Ophthalmology e acompanhando BLODI nas visitas de rotina aos seus pequenos doentes do Babies-Hospital, pude ver pessoalmente os resultados com a nova orientação terapêutica.

BLEIER e SCHWARTZ tiveram um resultado brilhante num caso de síndrome de Stevens-Johnson (conjuntivite intensa com secreção mucoide, estomatite e erupção cutânea associada à balanite ou uretrite), empregando Cortisone parenteral, desaparecendo a conjuntivite em 24 horas, melhorando em 48 o estado geral e havendo cura definitiva da balanite em 6 dias. Anteriormente usaram aureomícina sem resultados.

OLSON, STEFFENSON, MARGULIS, SMITH e WHITNEY (de Detroit) descreveram os resultados obtidos com ACTH e Cortisone em 51 doentes, com respostas prontas e favoráveis em iridociclites agudas, nevries ópticas agudas, chorioretinites, etc...

BLAKE e col. (Connecticut-Yale University) ensaiaram ACTH em glaucomatosos, verificando resultados irregulares, não havendo redução da pressão nos casos de glaucoma primitivo, porém baixa nos acompanhados de uveite, regredindo o processo inflamatório.

Os autores sugeriram o emprêgo do hormônio como meio de diagnóstico diferencial entre glaucoma primitivo e o chamado glaucoma secundário.

SPRAGUE acha que não devemos aplicar o termo "reações tóxicas" às manifestações fisiológicas produzidas pelo Cortisone e ACTH, pois que indicam o sentido biológico destas substâncias.

* * *

Empregamos o Cortisone em dezesseis casos, sendo onze da nossa clínica particular e cinco do nosso Serviço do IPASE, passando a descrevê-los:

CASO 1 — HIPOEMA. HIPOPIO. LEUCOMA.

A. M. C. N. — 7 anos, masc., branco, nat. da Bahia. Procurou-nos em 19-12-50 contando a sua progenitora que há um ano e 9 meses o garôto tinha sofrido um acidente com um pedaço grande de

vidro que caindo do alto d'uma janela atingira o O.D. produzindo ruptura da córnea, íris e descolamento da retina (sic). Submeteu-se aos necessários tratamentos com especialistas na Bahia. Embora com a perda da visão do referido olho tudo parecia ter se normalizado quando agora houve novo surto inflamatório, com dôres e uma fotofobia que o impede de levantar a cabeça. Aconselhada a enucleação por colegas da capital bahiana, afim de ser evitada uma futura oftalmia simpática, veio para o Rio ouvir opiniões. Fomos contra a enucleação, aconselhando um tratamento com Cortisone.

Olho inflamado, doloroso à pressão e fotofobia que não permitia um exame minucioso. Apenas podíamos vêr a câmara anterior cheia de sangue e uma opacificação na região inferior da córnea, dando idéia de um leucoma aderente. As dificuldades surgidas, alheias à nossa vontade, para obtenção dos exames de laboratório e aquisição do Cortisone, só permitiram o início do tratamento vários dias adiante. Em 9-1-51 urina com traços de puz e hemoglobina. Ausência de cilindros. Sangue: glicose 112mgrs % — Sódio 262 mgrs % — Potássio 22 mgrs. % — Eosinófilos 10 % (92 por milímetro cúbico). Em 11-1-51 apareceu queixando-se de muita dor no olho doente. Ao exame: hipopio. Tôda a metade inferior da câmara anterior estava cheia de puz. Em 12 amanheceu febril e tossindo: Enviado ao consultório do dr. Humberto Conrado foi verificado: Pressão 80 por 60. Bulhas claras. Arritmia respiratória. Pulmões com estertores crepitantes e sibilantes em ambas as bases (basite gripal). Ganglios submaxilares palpáveis. Temperatura 38 e 1/2. Resolvemos fazer exclusivamente o Cortisone. Iniciamos por via intramuscular 100 mgrs. diários, diminuindo ao aproximar-se 1.200 mgrs. (dia 24-1-51), passando ao uso de colírio. A dôr cedeu com 24 horas, bem assim a febre. A fotofobia melhorou consideravelmente no 4.º dia, mas não cedeu. O puz da câmara anterior desapareceu por completo com 72 horas. Ao exame clínico no 5.º dia (500 mgrs.) nada mais foi encontrado da basite. Campos pulmonares transparentes à radiografia. Após 15 dias de ter terminado a primeira série de Cortisone (1.200 mgrs.) recomeçamos em 8-2-51 novas injeções, com um estado geral ótimo. 100 mgrs. diários. Ao 5.º dia desaparecimento total da fotofobia. Ao 8.º dia redução de 70 % do hipoema. Ao 10.º dia, o paciente que pesava 22 quilos e 600 gramas começou a engordar e a arredondar o rosto. Peso 26,200. Eosinófilos 5 %. Sódio 306 mgrs. % — Potássio 19,0 mgrs. % — Desde o início regimen acloretado. Reduzi-

mos gradativamente o Cortisone, parando ao completar 1500 mgrs. (Total das duas séries: 2.700 mgrs.). Novamente uso do colírio, uma gota de 2 em 2 horas. Durante março o estado geral normalizou-se, baixando o peso. Quanto ao olho, apenas o sangue da câmara anterior não absorveu de todo. Pesquisado o índice de fragilidade capilar e verificado estar aumentado, foi instituído o uso de rutina, vitamina C e vitamina K. Necessitando regressar, assim o fez em 17-4-51. Tivemos notícias em junho, por carta a um parente, dizendo estar passando bem.

**CASO 2 — O.D. CHORIO-RETINITE DISSEMINADA.
O.E. UVEITE SEROSA COM QUERATITE.**

I. S. V. F. — 20 anos, fem., branca, nat. do Dist. Fed.

Procurou-nos em 15-12-50 doente do O.D. há dois anos e do O.E. há um ano, em tratamento com distinto colega que vinha empregando todos os meios sem resultados. Do O.D. quando melhorava vinha uma nova crise e do O. E. parecia que piorava dia a dia. Acuidade visual do O.D. 20/200 e do O.E. apenas vultos. O segmento anterior do O.D. estava normal e com dificuldade víamos as placas de chorio-retinite, com abundantes exsudatos no vitreo. O. E. Córnea opacificada do centro para o lado temporal. Abundantes precipitados queráticos, em forma arredondada, de côr cinza escura. Humor aquoso turvo. Pupila atropinizada há tempos. Acentuada turvação do vítreo, impedindo qualquer exploração oftalmoscópica. Olho ligeiramente doloroso.

Repetimos todos os exames laboratoriais, inclusive tubagem duodenal, nada elucidando. Já havia sido feito tratamento antisifilítico e dessensibilização tuberculínica. Radiografias dentárias normais. Em virtude da difícil obtenção do Cortisone, só existente no câmbio negro, fizemos dois milhões de penicilina Lilly e medicação local de rutina, sem resultados. Em 13-1-51 Pressão arterial Mx 80 Mn 50. Peso 51,500 Tonometria 22 mm Hg A.O. (Schioetz). Sangue: glicose 89 mgrs. % Sódio 264,5 mgrs. % e potássio 22,6 mgrs. %.

Em 16-1-51 iniciamos Cortisone parenteral 100 mgrs. diários, de uma só vez. Regimen acloretado. Em 17, 24 hs. após, a pressão arterial subiu para 90 por 60. Dai por diante continuamos a mesma dose até completar 1 grama e 10 mgrs. quando começamos a baixar

para 75 mgrs., depois 50, depois 25, de forma a injetarmos um total de uma grama e meia, quando paramos e passamos para uso local, em colírio, 1 gota de 2 em 2 horas. No terceiro dia do Cortisone a pressão subiu para Mx 100 e Mn 60 mantendo-se assim, enquanto o peso baixou para 49 quilos em virtude da alimentação sem sal má recebida pela paciente. Vejamos as modificações oculares: ao 7.º dia de Cortisone (700 mgrs.) a acuidade visual melhorou bastante passando para O.D. 20/100 (antes era 10/200) e O. E. 20/640 (antes via vultos). Ao 8.º dia melhor visibilidade à oftalmoscopia. A córnea começava a clarear, melhorando evidentemente quando passou a usar o colírio. Em 8 de fevereiro notamos um recrudescimento de todo o estado ocular. Nova dosagem de sódio no sangue 337 mgrs. % e potássio 19,2 mgrs. %. A 19 reiniciamos o Cortisone intramuscular com 100 mgrs. diários até 800 mgrs. quando começamos a baixar gradativamente até completar uma grama. Em 22 de fevereiro a acuidade visual era O.D. 20/100 e O.E. 20/533. Pressão arterial 100 x 60 Tonometria A.O. 22 mmHg (Schioetz). Peso 49,700. Em 26 de fevereiro O.D. 20/100 e O.E. 20/400. A 1.º de março recomeçou o uso local. A 5 de março córnea limpa, com transparência completa bem assim o aquoso. Podíamos vêr placas de choroidite cicatrizadas, persistindo, porém, alguns exsudatos no vitreo. Acuidade O.D. 20/100 e O.E. 20/200. Continuou usando localmente até 27 de março. O.D. 20/100 e O.E. 20/160. Nenhuma complicação foi verificada no seu estado geral. Apenas a menstruação retardou uns dias. A paciente que era hipotensa manteve a pressão em 100 por 60. Em 11 de junho prescrevemos lentes: O.D. — 0,25 comb. com — 0,75 a 180 (20/60) e o O.E. — 0,50 comb. com — 1,75 a 170 (20/100). Abecedil e Zinco Composto Cissa. Em 9 de julho a visão permanecia a mesma, não havendo alterações.

CASO 3 — IRIDOCICLITE.

A. M. S. 34 anos, masc., branca, nat. do Est. do Rio.

Consultou-nos no dia 5-1-51 queixando-se de dôr, vermelhidão, fotofobia e lacrimejamento há 15 dias. Não suportava a menor pressão sobre o olho direito. Acuidade visual O.D. 20/30 e O.E. 20/20 Biomicroscopia: O.D. aspecto turvo da cornea com revestimento celular difuso na membrana de BOWMAN e estroma, com precipita-

dos de coloração pardo-acinzentada na camada posterior. Iris: pupila irregular, com sinequias aderentes á cristalóide anterior; alguns vasos de néo-formação. O paciente vinha do interior, onde começara tratamento antisifilitico, sem nada usar localmente. Atropinizamos e pedimos exames, radiografias, etc. nada elucidando.

Em 11.1.51 iniciamos Cortisone local, uma gota de 2 em 2 horas desaparecendo a dôr em 24 horas. No 3.^o dia desapareceu a fotofobia e o lacrimejamento. Usou atropina 2 gotas diarias e Cortisone até o dia 3 de fevereiro, considerado curado. Em 17.1.51 á biomicroscopia não havia turvação da cornea e o aquoso estava normal. Reexaminado em 22 de fevereiro nada encontramos.

CASO 4 — IRITE PLÁSTICA AGUDA.

J.H.C. 31 anos, masc., branca, nat. da Bahia.

O.E. inflamado ha quatro dias, procurou-nos em 17.1.51. Queixava-se de coceiras e ardôr. Prescrevemos um sulfato de zinco. Em 22 voltou com muitas dôres, intensa fotofobia e lacrimejamento. O.E. doloroso, hiperemiado, com a pupila contraída. Acuidade 20/30. Atropinizado verificamos a formação de sinequias. Havia exsudato no orificio pupilar e sobre a superficie da iris. Iniciamos imediatamente Cortisone local uma gota de 2 em 2 horas, dia e noite. Desapareceu a dôr em 24 horas e os outros sintomas subjectivos em 72 horas. Em 2 de fevereiro não havia hiperemia de especie alguma e a iris estava normal. Suspendemos a atropina. Continuou em observação, frequentando o consultorio de 8 em 8 dias, a principio. Examinemos pela ultima vez em 15 de junho.

CASO 5 — QUERATITE TUBERCULOSA.

J.M. — 36 anos, fem., raça branca, nat. dos Estados Unidos.

Contou-nos, em 23-1-51, ter chegado dos Estados Unidos ha tres meses já doente do O.D. sentindo diminuição de visão dôr, fotofobia e lacrimejamento, tratando-se sem resultados. Já havia procurado especialistas, mas não se entendia a contento por não falar português. A fotofobia e o lacrimejamento não permitiam um minucioso exame biomicroscopico. Apenas pudemos diagnosticar uma

queratite superficial, atingindo o lado temporal da cornea do O.D. partindo do centro. Acuidade visual 20/25 e normal no outro olho. À vista do historico e dos exames já praticados, não tivemos duvida de tratar-se de uma queratite tuberculosa. Prescrevemos Alphalin Lilly nº 15 e Hipoglós Oftalmico enquanto conseguimos Cortisone. Glicose no sangue 93 mgrs. % Sodio 300 mgrs. % e potassio 19 mgrs. %. Pensamos no emprego parenteral, mas resolvemos o uso local, em colirio, iniciado às 7 horas da manhã de 15 de fevereiro. 48 após, melhoria de todos os sintomas. No dia 20 não havia dôr, fotofobia, nem lacrimejamento. No dia 26 de fevereiro (11 dias após o inicio) apareceu no consultorio muito queimada de sól, rindo e dizendo que não resistindo ao encanto das nossas praias havia iniciado os banhos de mar sem a nossa autorização, pois nada mais sentia. Apenas encontramos um nephelium. Controlamos até 26 de março, quando demos alta curada. Já falamos mais duas vezes por telefone, indo tudo bem.

CASO 6 — UVEITE com posterior atrofia bulbar.

M.M.C. — 25 anos, masc., branca, nat. Dist. Fed.

Procurou-nos para ouvir nossa opinião e por ter resolvido abandonar o tratamento que ha cerca de um ano vinha fazendo com um colega do Dist. Federal. Portadôr d'uma Uveite em A.O., de causa desconhecida, já tinha se submetido aos recursos terapeuticos usuais. O.E. perdido com atrofia bulbar e pelo O.D. apenas contava os dedos a $\frac{1}{2}$ metro, com turvação completa do vitreo e opacificação incipiente do cristalino. Tonometria O.D. 20 mm Hg (SCHIOETZ). Pressão arterial 110 por 70. Peso 58 quilos. Glicose no sangue 1,08. — Sodio 216 mgrs % e potassio 25,2 grs. %. Com regimen acloretado começou ACTH em 30 de janeiro tomando 50 mgrs. diarios (12,5 de 6 em 6 horas), interrompendo ao completar 125 mgrs. por ter falhado e fornecimento que conseguira. Passou a tomar Cortisone intramuscular, 100 mgrs. diarios, até uma grama. Daí por deante colirio, uma gota de 2 em 2 horas. Ao completar uma grama de Cortisone notamos melhoria da turvação do vitreo, porém grande progresso, nos dias seguintes, quanto á opacificação do cristalino. A pressão ocular manteve-se em 20 e nenhuma alteração no seu estado geral. Recomeçou o Cortisone intramuscular, tomando mais

uma grama e usando novamente o colírio, sem o menor resultado, completando-se a opacificação do cristalino em dois meses e baixando a pressão do O.D. para 15 mm. Hg. (Schioetz), entrando o olho em discreta atrofia bulbar até o ultimo exame em 3 de julho corrente. Tratava-se de um caso já quase perdido quando iniciamos, mas valia a tentativa.

CASO 7 — QUERATITE SUPERFICIAL.

M.J.S. 36 anos, fem., parda (raça preta), nat. Dist. Federal.

Doente do O.D. ha treis meses, tratando-se numa policlinica da Rua Buenos Aires. Mostrou-nos exames negativos para lues e radiografias dentarias. Excelente estado geral negando qualquer passado a justificar o seu estado ocular. Localmente vinha usando uma pomada de oxido amarelo de Hg. a 2%.

Procurou-nos para consulta em 5 de fevereiro de 51 com acuidade visual normal no O.E. e 20/30 no O.D. Conjuntivas hiperemiadas. Cornea infiltrada superficialmente da região do centro para o lado infero-nasal. Camara anterior clara e iris reagindo bem. Iniciamos o Cortisone local em 7.2.51 ás 15 horas, desaparecendo a fotofobia e o lacrimejamento em 48 horas. Em 12 de fevereiro a cornea já mostrava indicios de regressão da opacificação, que desapareceu por completo em pouco menos de tres semanas (26.2.51). Vimos a paciente em 22 de maio, absolutamente curada.

CASO 8 — ESCLEROQUERATITE.

D.G. 20 anos, fem., branca, nat. Dist. Fed. (IPASE).

Doente do O.E. ha mais de um ano, melhorando ás vezes, piorando outras, porém ultimamente em estado desanimador. Fotofobia lacrimejamento, dôr e diminuição de visão. Tratando-se com um colega, já tentou todas as terapeuticas possiveis. Todos os exames são negativos e nada elucida o caso. Já fez tuberculina sem resultados. Otimo estado geral. Acuidade visual do O.D. normal e do O.E. 20/40. Visiveis varios nodulos, de coloração rôxa, não só no lado nasal como temporal. Adelgaçamento da esclerotica, com forte hiperemia das conjuntivas. Iris normal. Cornea com opacificações

na periferia, de formas ovulares e tamanho de cerca de 3 mm dirigidas para o centro. Não ha vascularização.

Em 26.2.51 iniciamos Cortisone local, uma gota de 2 em 2 horas dia e noite. Desaparecimento da dôr em 24 horas e melhoria da fotofobia e lacrimejamento. Após 4 dias não lacrimejava e tinha pouca fotofobia. Com 12 dias nada mais sentia, usando as gotas até 22 de março, com regressão parcial da opacificação corneana e desaparecimento completo da inflamação da esclerótica. Em observação até 17 de maio, quando veio nova crise inflamatória. Imediatamente recomeçamos Cortisone local durante 30 dias, cedendo logo aos primeiros 4 dias. Até 7 de julho não houve novo surto.

CASO 9 — UVEITE.

A.F. 38 anos, masc., branca, nat. Dist. Fed. (IPASE).

Ha seis meses em tratamento com um colega que tudo vinha empregando sem resultados. Tratava-se d'uma uveite de causa desconhecida. Acuidade visual O.D. 20/20 e O.E. contava os dedos a 75 cm. Sangue: glicose 1,0 — sodio 323 mgrs.% e potassio 18,0 mgrs.%. Peso 75 quilos. Pressão arterial 120×70 . Tonometria 22 mm. Hg. (SCHIOETZ). Com regimen alimentar acloretado iniciamos Cortisone intramuscular na dose de 100 mgrs. diarios ás 10 da manhã até 1.300 mgrs. quando passamos a diminuir gradativamente para completar 1.500 mgrs. Daí em diante colirio de Cortisone, uma gota de duas em duas horas.

Olho inflamado, aquoso turvo, iris atropinizada e oftalmoscopia impossivel, dada a turvação do vitreo. A medicação foi iniciada em 7 de março de 1951. Acuidade visual em 19 de março (com 12 dias de Cortisone): O.E. 20/100 (antes contava os dedos a 75 cm.). Nenhuma alteração no estado geral, nem na pressão geral e ocular. Em 27 de março, O.E. 20/80. Com a melhora obtida deixou de comparecer para exames só voltando em 7 de julho com a visão de 20/33, considerando-se curado, justificando assim a sua ausencia.

CASO 10 — ULCERAS MARGINAIS DA CORNEA.

N.F.A. 26 anos, masc., raça preta, nat. Dist. Federal. empregado n'uma garage.

No dia 8 de março de 51 retiramos um corpo estranho metálico da cornea do O.D. às 2 hs. Pomada de tirotricina e sulfatiazol e penso. Apareceu tres dias depois com duas ulceras marginais às 2 e 5 horas, do tamanho de 2 mm. cada. Paciente não muito higienico, lavamos com rigôr toda a região e iniciamos Cortisone em colirio, uma gota de 2 em 2 horas. Demos colirio suficiente para 24 horas e assim continuamos para controle. Regressão com 48 horas. Desaparecimento de uma das ulceras em 72 horas. Cura completa em 5 dias. Voltou em fins de junho, nada mais sentindo.

CASO 11 — EPISCLERITE.

U.L.S. — 32 anos, masc., raça branca, nat. Pernambuco.

Estava desde 25 de fevereiro em tratamento com um oftalmologista desta Capital. Extrauiu tres dentes com focos, sem resultados. Todos os exames negativos. Em 26 de março de 1951 O.E. lado temporal com uma area elevada, congesta e dolorosa. Hiperemia conjuntival forte. Fotofobia e lacrimejamento. Iniciamos Cortisone local em 27 de março uma gota de duas em duas horas. Desaparecimento da dôr em 36 horas. Em 30 de março desapareceram os outros sintomas e nada mais existia que pudesse ser observado. Continuou sob controle até fins de maio.

CASO 12 — ULCERA MARGINAL DA CORNEA.

C.P. 23 anos, fem., branca, nat. Maranhão. (IPASE).

Em 8 de abril foi retirado um corpo estranho da cornea do O.E. às 4 horas, encravado ha dois dias. Usou Hipoglós oftalmico não logrando cicatrização. Dôres, fotofobia e lacrimejamento. Em 27 apareceu com uma ulcera marginal da cornea. Iniciamos Cortisone em colirio no dia 28 pela manhã, uma gota de duas em duas horas. A dôr desapareceu em 24 horas e a fotofobia e o lacrimejamento em 48 horas. Em 3 de maio apenas havia um nephelium central, nada mais incomodando.

CASO 13 — QUERATOCONJUNTIVITE FLICTENULAR.

R.S.S., 23 anos, masc., branca, nat. do Dist. Federal.

Ha dois meses em tratamento com um oftalmologista no Distrito Federal, fazendo dessensibilização com tuberculina, obtendo muito pouca melhora. Procurou-nos em 14.4.51 com tres flictenulas localizadas às 3, 6 e 8 horas no O.D. Acuidade visual do O.D. 20/25 e do O.E. 20/20. Intensa fotofobia e lacrimejamento Iniciamos Cortisone local, uma gota de duas em duas horas, dia e noite, no dia 16.4.51 às 14 horas. Reexaminavamos diariamente. Melhoraria da fotofobia em 24 hs. No dia 18 aumentamos os intervalos durante a noite, que passou a ser de 3 em 3 horas. Ao fim de 4 dias as flictenulas haviam diminuido de tamanho e desapareceram por completo ao fim de sete dias com cura mantida até 28 de junho, ultima vez que examinamos o caso.

CASO 14 — QUERATOCONJUNTIVITE FLICTENULAR.

A.S.C., 12 anos, masc., raça branca, nat. do Dist. Federal.

Apareceu em 23 de abril de 1951, dizendo que estava doente do O.D. na mais de um mez, com fotofobia, secreção conjuntival e hiperemia acentuada das conjuntivas. Garôto de constituição má, com dentes estragados e amidalite cronica. Usou colirios sem receita medica. Encontramos tres flictenulas no limbo, às 3, 4 e 7 horas. Iniciamos Cortisone local, no mesmo dia 1 gota de 2 em 2 horas. Melhoraria da fotofobia nas primeiras 24 horas. Redução do tamanho das flictenulas com 48 horas. Nô dia 3 de maio foi considerado curado, com alta provisoria para observação. Prescrevemos Abece-dil (vitaminas) e examinamos em dias alternados durante 20 dias. Usou Cortisone local até o dia 8 de maio. Tornamos a vê-lo em junho após uma amigdaletomia a nosso conselho.

CASO 15 — ÚLCERA MARGINAL DA CORNEA.

M.C.R., 29 anos, fem., raça branca, nat. E. Rio. (IPASE).

Apareceu na manhã de 19 de maio queixando-se de dôr e ar-dôr no O.D. Ao exame apenas encontramos uma hiperemia con-

juntival e pingamos sulfato de zinco. Voltou na segunda-feira 21 com edema das palpebras, superior e inferior, lacrimejamento, dôr e intensa fotofobia. Acentuada hiperemia conjuntival correspondente e ulcera marginal da cornea às 2 horas, distando 2 mm do limbo, com cerca de um milimetro de tamanho. Cortisone em colirio no mesmo dia, uma gota de 2 em 2 horas, a partir das 11 da manhã. Melhoras consideraveis em 24 horas com desaparecimento completo da dôr. Redução da ulcera em 72 horas e cura completa em 7 dias (dia 28). Usou Cortisone durante dez dias.

CASO 16 — IRITE PLASTICA AGUDA.

H.A.R., 37 anos, fem. branca, nat. de Sergipe. (IPASE).

Manhã de 22.5.51. Ha 16 dias em tratamento d'uma irite plastica aguda com um colega, sem melhoria e impossibilitada de trabalhar. Ao exame: forte hiperemia conjuntival. Humor aquoso turvo. Iris com exsudatos. Dôr, fotofobia, lacrimejamento intenso. Ao meio dia iniciamos Cortisone local em gotas, uma de 2 em 2 horas. Às 18 horas telefonou para o meu consultorio, felicissima por ter desaparecido a dor. Com 24 horas melhoria de todo o estado inflamatorio. A dôr desapareceu com 6 horas apenas de uso do Cortisone. No dia 26.5.51 (4.º dia) desaparecimento completo de todos os sinais e sintomas. Em 28 alta, curada, continuando em observação. Usou Cortisone durante 12 dias. Até 5 de julho nada mais tinha sentido.

Ainda não existe uma dosagem ideal estabelecida para o uso parenteral do Cortisone. As doses produzem reações hormonicas diferentes em cada paciente e estes devem ser observados diariamente. Verificada a resposta clinica ao hormonio injetado pode-se então julgar a dóse de manutenção ideal.

Na artrite reumatoide é aconselhavel iniciar-se com 3 dóses de 100 mgrs. de 8 em 8 horas no primeiro dia, seguidas de 2 dóses de 100 mgrs. de 12 em 12 horas no segundo dia e daí por diante 100 mgrs. cada 24 horas, n'um periodo de 7 a 14 dias. Obtida a resposta desejada deve-se reduzir aos poucos a dóse de cada dia até a sus-

CORTISONE EM OFTALMOLOGIA — RESUMO DOS CASOS

CASO	IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO	VIA EMPREGADA	TOTAL DA DOSE	DURAÇÃO DO USO EM DIAS	RESULTADOS
1 — A.M.C.N.	7 anos	Masc.	Hipóema. Hipópio. Leucoma.	Parenteral e local.	2.700 mgrs. em 2 séries.	14 dias a 1. ^a 15 dias colírio. 18 dias a 2. ^a 15 dias colírio.	Cura do hipópio em 72 horas e da baste em 5 dias. No 8º dia da 2ª série melhora de 70 % do hipóema.
2 — I.S.V.F.	20 anos	Fem.	O. D. Chorio-retinite disseminada.	Parenteral e local.	2.500 mgrs. ± nas 85 mgrs. colírio.	19 dias a 1. ^a 15 dias colírio. 12 dias a 2. ^a 27 dias colírio.	Desaparecimento da queratite com 1 mês e meio, bem assim da uveíte.
3 — A.M.S.	34 anos	Masc.	O. E. Uveíte serosa com queratite. Iridociclíte.	Local.	± 75 mgrs.	23 dias colírio.	Cura em cerca de 15 dias.
4 — J.H.C.	31 anos	Masc.	Irite plástica aguda.	Local.	± 50 mgrs.	15 dias colírio.	Cura em 11 dias.
5 — J.M.	36 anos	Fem.	Queratite tuberculosa	Local.	± 75 mgrs.	25 dias colírio.	Cura em 15 dias.
6 — M.M.C.	25 anos	Masc.	Uveíte com posterior atrofia bulbar.	Parenteral e local.	125 mgrs. ACTH 2.000 mgrs. de Cortisone em 2 séries e uso colírio.	2 dias 1/2 ACTH. 14 dias a 1. ^a 15 dias colírio. 14 dias a 2. ^a 15 dias colírio.	Melhoria da turvação do vítreo. Progresso da catarata. Atrofia bulbar. Resultado desfavorável.
7 — M.J.S.	36 anos	Fem.	Queratite superficial	Local.	± 75 mgrs.	25 dias.	Cura em 19 dias.
8 — D.G.	20 anos	Fem.	Escleroqueratite.	Local.	± 200 mgrs.	24 dias 1º período 30 dias 2º período	Cura aparente em 12 dias. Volta da inflamação em 2 meses. desaparecendo no 4º dia de reiniciado. Cortisone.

(Continua)

CORTISONE EM OFTALMOLOGIA — RESUMO DOS CASOS

(Continuação)

CASO	IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO	VIA EMPREGADA	TOTAL DA DOSE	DURAÇÃO DO USO EM DIAS	RESULTADOS
9 — A.F.	38 anos	Masc.	Uveíte.	Parenteral e local.	1.500 mgrs. $\pm$ 50 mgrs. em colírio.	18 dias. 12 a 15 dias de colírio.	Cura em menos de 30 dias.
10 — N.F.A.	26 anos	Masc.	Úlceras marginais da córnea.	Local.	$\pm$ 25 mgrs.	8 dias colírio.	Cura em 5 dias.
11 — U.L.S.	32 anos	Masc.	Episclerite.	Local.	$\pm$ 50 mgrs.	15 dias colírio.	Cura em 3 dias.
12 — C.P.	23 anos	Fem.	Úlcera marginal da córnea.	Local.	$\pm$ 30 mgrs.	10 dias colírio.	Cura em 6 dias.
13 — R.S.S.	23 anos	Masc.	Queratoconjuntivite flictenular.	Local.	$\pm$ 50 mgrs.	18 dias colírio.	Cura em 7 dias.
14 — A.S.C.	12 anos	Masc.	Querotoconjuntivite flictenular.	Local.	$\pm$ 50 mgrs.	15 dias colírio.	Cura em 10 dias.
15 — M.C.R.	29 anos	Fem.	Úlcera marginal da córnea.	Local.	$\pm$ 30 mgrs.	10 dias colírio.	Cura em 7 dias.
16 — H.A.R.	37 anos	Fem.	Irite plástica aguda.	Local.	$\pm$ 40 mgrs.	12 dias colírio.	Cura em 4 dias.

pensão total ou periodo de repouso, afim de permitir a normalização da função supra-renal.

Empregamos 100 mgrs. diarios, dados de uma só vez (4 cc. por via intramuscular) em todos os nossos 4 casos em que utilizamos a via parenteral.

Infelizmente não pudemos controlar de todo, com exames laboratoriais, as modificações verificadas no curso do tratamento.

Tentamos, também, obter fotografias do segmento anterior para documentação dos casos, mas a falta de uma camara apropriada não nos deu material capaz de ser apresentado.

Os observadores americanos são unanimes em declarar ser a contagem dos eosinofilos circulantes o melhor meio para o julgamento d'uma resposta satisfatoria. Acham 50% de redução o indice mais efetivo.

Para o emprego parenteral fisemos sempre exames de urina e dosagem, no sangue, da glicose, sodio e potassio. Regimen acloretado.

Para uso local preparamos colirios na proporção de 1 para 4 indicada pela Merck e seguida pelos colegas dos Estados Unidos, diluindo um centimetro cubico de Cortisone em 4 cc. de sôro fisiologico, mandando agitar bem o frasco todas as vezes antes do uso.

Empregamos sempre uma gota de 2 em 2 horas dia e noite, ás vezes aumentando os intervalos noturnos, pois que nem sempre foram seguidos a rigôr nesse periodo. Obtido o resultado desejado, diminuimos o numero de gotas diarias para uma gota 5, 4 ou 3 vezes apenas.

O modo de ação do Cortisone no bloqueio da fase inflamatória e exsudativa não é ainda conhecido. Parece que se trata de alguma ação sobre a permeabilidade capilar ou celular do tecido mesenquimal, o tecido conjuntivo do sistema vascular e linfatico (WOODS).

Sabemos perfeitamente hoje em dia da participação do sistema hipofise-suprarenal na chamada síndrome geral de adaptação (SELYE), que nada mais é senão a capacidade do organismo de se adaptar e resistir aos varios agentes lesivos. O emprego do Cortisone pôde, talvez, normalisar o desequilibrio hormonal existente.

Observações e experimentações futuras poderão elucidar melhor o assunto.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — JONES, I. S. and MEYER, K.: Inhibition of vascularization of the rabbit cornea by local application of cortisone. Presented at the 12th annual staff and alumni meeting of the Institute of Ophthalmology of the Presbyterian Hospital, New York, April, 1950.
- 2 — MOTE, J. R.: Proceedings of the First Clinical ACTH Conference, Philadelphia, The Blakiston Company, 1950.
- 3 — STEFFENSEN, E. H., OLSON, J. A., MARGULIS, R. R., SMITH, R. W., and WHITNEY, E. L.: Cortisone in inflammatory eye disease, *Am. J. Ophth.* 33:1033, July, 1950.
- 4 — BLAKE, E. M., FASANELLA, R. M., and WONG, A. S.: ACTH in glaucoma, *Am. J. Ophth.* 33:1231, August, 1950.
- 5 — WOODS, A. C.: Clinical and experimental observation on the use of ACTH and Cortisone in ocular inflammatory disease, *Am. J. Ophth.* 33:1325, September, 1950.
- 6 — MANN, W. A., and MARKSON, D. E.: A case of recurrent iritis and episcleritis on a rheumatic basis treated with ACTH. *Am. J. Ophth.*, 33:459, 1950.
- 7 — SPRAGUE, R. G., and others: Observations on the Physiologic Effects of Cortisone and ACTH in Man, *Arch. Int. Med.* 85:199, 1950.
- 8 — ARENDSHORST, W., and FALLS, H. F.: Role of the adrenal cortex in treatment of ocular diseases with pyrogenic substances. *Arch. Ophth.*, 44:635, November, 1950.
- 9 — REESE, A. B., and BLODI, F. C.: Retrolental Fibroplasia — The Fifth Francis I. Proctor Lecture, *Am. J. Ophth.*, 34:1, January, 1951.
- 10 — STILLERMAN, M. L.: Ocular manifestations of diffuse collagen disease, *Arch. Ophth.*, 45:239, March, 1951.
- 11 — ARMSTRONG JR., S. H., and IRONS, E. N.: Physiological considerations of ACTH and Cortisone therapy with reference to Ophthalmology, *Arch. Ophth.*, 45:251, March, 1951.
- 12 — BIEGEL, A. C.: Effect of Cortisone on horse serum uveitis in rabbits. *Arch. Ophth.*, 45:258, March, 1951.
- 13 — OLSON, J. A., STEFFENSEN, E. H., SMITH, R. W., MARGULIS, R. R., WHITNEY, E. L.: Use of adrenocorticotrophic hormone and Cortisone in ocular disease, *Arch. Ophth.*, 45:274, March, 1951.
- 14 — SCHEIE, H. G., TYNER, G. S., BUESSELER, J. A., and ALFANO, J. S.: Adrenocorticotrophic hormone (ACTH) and Cortisone in ophthalmology, *Arch. Ophth.*, 45:301, March, 1951.
- 15 — MOSHER, H. A.: Local use of Cortisone in ophthalmic diseases, *Arch. Ophth.*, 45:317, March, 1951.
- 16 — FITZGERALD, J. R., BELLOW, J. G., DONEGAN, J. M., GAMBLE, R. C., KRAUSE A. C., MANN, W. A., PEARLMAN, M. D., and ZEKMAN, T. N.: Early clinical results of ACTH and Cortisone treatment of ocular disease, *Arch. Ophth.*, 45:320, March, 1951.

- 17 — STEFFENSEN, E. H., WISHBOW, A. J., NAGLE, F. O., SMITH, R. W., and WHITNEY, E. L.: Topical cortisone in the treatment of anterior segment eye disease, *Am. J. Ophth.*, 34:345, March, 1951.
- 18 — THYGESON, P., and FRITZ, M. H.: Cortisone in the treatment of phlyctenular keratoconjunctivitis, *Am. J. Ophth.*, 34:357, March, 1951.
- 19 — LEOPOLD, I. H. et al.: Local and systemic Cortisone in ocular disease, *Am. J. Ophth.*, 34:361, March, 1951.
- 20 — BLEIER, A. H. and SCHWARTZ, E.: Cortisone in treating Stevens-Johnson syndrome, *Am. J. Ophth.*, 34:618, April, 1951.
- 21 — VAIL, D.: Fifty-fifth annual session of the academy, *Am. J. Ophth.*, 33:1802, November, 1950.
- 22 — McCASLIN, M. F.: Cortisone and ACTH in Ophthalmology. Conferência pronunciada no HSE em 4-abril-1951 e publicado um resumo em português na *Rev. Bras. Oftalm.* IX:207, Junho, 1951.
- 23 — GORDON, D. M., and McLEAN, J. M.: Effects of Pituitary Adrenocorticotrophic Hormone (ACTH) Therapy in Ophthalmologic Conditions, *J.A.M.A.*, 142:1271 (April 22), 1950.
- 24 — SARRETT, L. H.: Syllabus on Cortone (Compound E), Rahway, N. J. Merc & Co., Inc., 1950.
- 25 — HOGAN, M. J., ENGELMAN, E. P., THYGESON, P., and KRUPP, M.: Effect of ACTH and Cortisone on Ocular Disease, *Am. J. Ophth.*, 34:73, Number 5, Part II, May, 1951.

ENSÁIOS COM O ACTH E A CORTISONE (*)

DÉCIO BRITO OLIVEIRA

Belo Horizonte

O proprio título do trabalho está a indicar que a casuística mineira do emprego destas duas maravilhosas drogas é ainda muito pequena, o que não nos anima ou autoriza a tirar conclusões ou emitir conceitos proprios.

São aproximadamente 60 casos esparsos, oriundos de varios colegas, que gentilmente nos cederam suas observações e a quem sinceramente agradecemos.

Outro motivo do limitado numero de casos é que só muito recentemente, aproximadamente um mês, êsses produtos vêm sendo, em Belo Horizonte, encontrados regularmente e vendidos ao alcance da bolsa popular.

Já os cientistas e oculistas do mundo inteiro apregoavam seus resultados brilhantes e nós nada mais faziamos do que contemplar invejosos a ventura de se receitar um ACTH ou uma cortisone.

Em outubro, tomamos conhecimento direto com a "Cortone" no serviço do Dr. Rodrigues Barrios, em Montevideo. No Brasil, entretanto o ACTH e a Cortisone ainda eram esperados...

Deixaremos de lado, o historico, a química, o estudo farmacodinamico do ACTH e da Cortisone por demais conhecido de todos e para não prolongar demasiadamente este trabalho. Focalizaremos, entretanto, alguns pontos interessantes antes de entrarmos nas observações clinicas.

1) — Dada a frequente concomitancia da artrite reumatoide com varias molestias inflamatórias oculares, durante muito tempo, empregamos a chamada Cortisone Sueca, empregada com êxito no tratamento do reumatismo pelos autores suecos.

BROWNLEE publicou, em 28 de janeiro do corrente ano, suas investigações acerca do efeito desoxicorticosterona e o ácido ascórbico sobre a artrite provocada pelo formaldeído em ratos normais e adrenalectomizados, chegando a esta conclusão interessante:

O efeito terapeutico da cortisone na artrite reumatoide no homem e sua ação protetora contra a artrite provocada pelo formaldeído em ratos normais e adrenalectomizados parece ter sido reproduzido com uma combinação de desoxicorticosterona e ácido ascórbico, tanto em homens como nos ratos. 5 mg. de desoxicorticosterona e 1 g de ácido ascórbico parecem produzir efeitos aproximadamente iguais a 100 mg. de cortisone só.

A técnica por eles empregada consistia em injetar 5 mg. de desoxicorticosterona por via intramuscular e, 5 minutos depois, 1 g. de ácido ascórbico por via intravenosa.

Pensam, por isso, que a ação recíproca da desoxicorticosterona e do ácido ascórbico, injetados no organismo, dá lugar à formação do cortisone ou de uma substância "cortisonoide". Esta hipótese levou alguns autores a designar esta terapeutica como o método da cortisone sueca.

O fato de se obterem resultados semelhantes com outras esteronas (estradiol, testosterona, etc.), quando se usam da mesma forma com a vitamina C, sugere que seja o ciclopentanofenantreno, comum a todas elas, que se metaboliza em presença da vitamina C in vivo, dando lugar à substância cortisonoide ou a outra esterona, conhecida ou ainda desconhecida. Há, porém, casos em que o método não proporciona qualquer melhora e ainda agrava os sintomas; confirma-o mais de uma dúzia de comunicações feitas nos últimos meses por diversos autores.

Esse método terapeutico aplicado nas molestias inflamatórias do olho, deu resultados, ora magníficos, ora discretos ou nulos.

A propósito do ACTH, nos Estados Unidos, já o estão empregando em soluto oleoso, o que virá fatalmente facilitar a aplicação, que até então se fazia de seis em seis horas, em doses fracionadas, e possivelmente baratear o produto.

Nos países da Escandinávia, estão empregando em artríticos, enxertos sucessivos de pré-hipofise de boi, numa botoeira aberta na coxa, no tecido celular subcutâneo, com resultados semelhantes ao do ACTH, sem os inconvenientes dos mesmos.

Dada a analogia da artrite com as molestias da uvea e esclera, é possível que também na nossa especialidade sejam êstes enxertos benéficos.

Outro ponto interessante de se chamar a atenção, é o fato de KLEMPERER e seus colaboradores estarem convencidos de que qualquer que seja a etiologia (traumática, bacteriana, mecânica ou alergia), um denominador comum existe nas alterações que se observam nas porções extra-celulares do tecido conjuntivo. Eles o consideram como um verdadeiro órgão, podendo ser séde de um grande número de molestias heterogeneas.

Denominaram-nas "Molestias do Colageno" para descrever um grupos de diversas e obscuras doenças que acarretam certas modificações estruturais, não importando o diagnostico ou significação patogênica. As doenças crônicas ou agudas, que estão incluídas neste grupo são: febre reumática, artrite reumatoide, peri-arterite nodosa, lupus eritematoso, dermatomiosites, etc.

Todas estas molestias acima citadas podem apresentar complicações oculares. Há também, um grande número de doenças oculares de origem, vezes muitas obscuras, que podem ser consideradas como manifestações locais de molestia do sistema colageno. Assim, casos de uveíte serosa, episclerites são frequentes em concomitancia com artrite reumatoide. Também a doença de STILL, escleromalacia perfurante, episclerite nodular, pênfigo, degeneração amiloide e até o pterigio, etc., podem ser enquadradas nas molestias do Colageno. Isto tem grande significação pois é justamente nestas molestias do colageno que o ACTH e a cortisone têm sido empregados com surpreendentes resultados.

OBSERVAÇÕES CLINICAS

Só empregamos o ACTH num unico caso, na dose de 20 mg. diários, 5 mg. de seis em seis horas.

A cortisone nós a usamos via intramuscular, 200 mg. no primeiro dia e 100 nos demais, e local, pura ou diluída a 1:4.

Ora, um vidro da "Cortone" MERCK contem 500 mg. e 20 cc. do soluto. Para uso local é um medicamento barato, pois um vidro de "Cortone" nos dará 10 do colírio diluído a 1:4, tornando-se acessível a qualquer bolsa.

Eis as observações que nos parecem mais interessantes e dignas de ser focalizadas:

1) D.C. — Uveíte no O.D., recidivante, há vários meses, com frequentes surtos inflamatórios — Rebelde a toda a medicação, inclusive extrações dentárias, amidalectomia, estreptomicinoterapia e uso de Paracil (a reação de MANTOUX era fortemente positiva na diluição de 1/10.000). Rápida melhora com o Cortone geral (1.750 mg) e local. Suspenso o Cortone, esboçaram-se algumas recidivas debeladas com o uso local do Cortone. Isto nos mostra a ação sintomática da "Cortone" e a necessidade de se prolongar o uso local ou associar a Pregnenolone (Sugestão do Dr. AULO PINTO VIEGAS, endocrinologista de B. Horizonte.

2) V.C. — Velha uveíte no O.D. sendo o paciente sífilítico e tuberculoso (curado ha pouco). Tomou 50 grs. de estreptomicina e em uso de bismuto, sem resultado — "Cortone" local com nítidas melhoras.

3) M.C. — Com Ceratite dentritica no O.E. "Cortone" local Cicatrizar em 2 dias, após resistencia a Aureomicina local e Cloromicetina oral. Em 2 outros casos em que a terapeutica se iniciou precocemente, só houve resultado após vários dias de tratamento.

4) I.H. — Cerato-uveíte no O.D. — MANTOUX positiva. Cura com "Cortone" local, em 4 dias.

5) A.T. — Intensa reação peri-cerática O.E. Sinequias posteriores, fundus inexamínável, em virtude de turvação vitrea. Diagnóstico foi de Irido-ciclite com hipopion.

WASSERMANN negativo, MANTOUX++ na diluição a 1/100.000 amidalite crônica. Inicialmente foi receitado atropina, aureomicina e penicilina. Amidalectomia 4 dias depois. Prescrito estreptomicina + "Cortone" local. Sete dias depois, nitidas melhoras, que se acentua-

ram a ponto do doente, cuja acuidade visual era de vultos, passar a 2/3.

6) S.V. — Com 14 anos, acometido de conjuntivite primavera-veril límbica. Inicialmente prescreveu-se Colírio de Antistina-privina e raios Beta, 60 minutos em A.O., sem melhoras. Cinco meses após a primeira consulta, continuava na mesma. Iniciou o "Cortone" local com resultados surpreendentes.

7) L.D. — Com uveíte bilateral que terminou com catarata complicada. Etiologia muito duvidosa a cliente se tratou durante dois anos, tendo sido pesquisados todos os focos possíveis de infecção. A terapêutica, a mais eclética possível, inclusive a tissular placentária, foi impotente e a acuidade visual baixou a dedos a 1 metro em A.O., queda ocasionada pelo aparecimento de catarata cortical posterior. Em 16/2/51, dois anos e meio após o início do tratamento, foi feita a extração intra-capsular do cristalino. Durante pré e posterior operatório foram prescritos 2 grs. de "Cortone" e 10 grs. de estreptomicina. Post-operatório maravilhoso.

Isto constitui uma verdadeira contradição. RAGAN explica a energética ação da cortisone e do ACTH sobre o tecido conjuntivo (sobre o mesênquima) pela inibição do crescimento do tecido de granulação nas feridas abertas, inibição essa que atuaria diminuindo a reatividade do tecido conjuntivo aos traumatismos de diversas origens.

Ora, no caso em estudo, o "Cortone" foi prescrito afim de evitar a possível exacerbação do processo inflamatório crônico e o desideratum foi atingido. A explicação mais aceitável é de que sendo as incisões oculares pequenas, não haja inconveniente no retardamento da cicatrização, amplamente suplantada pelo valor anti-inflamatório da "Cortone". Com um único caso, não é justo tirar uma conclusão, que seria a de se operar sempre sob a ação da cortisone. No futuro, quando nossa experiência for maior, talvez possamos confirmar esta nossa impressão.

9) I.V. — De 42 anos, acometida de dores oculares violentas e lacrimejamento no O.D., datando de dois dias. O diagnóstico

foi de "Úlcera da córnea" e o tratamento instituído imediatamente (atropina + aureomicina localmente e penicilina).

KAHN e WASSERMANN negativos, MANTOUX idem, e foco dentário no Canino superior direito, extração sem nenhuma melhora. Foi iniciada terapêutica com Corteson e Vitamina C, com idêntico resultado. Neste interim, já datando a moléstia de 20 dias, chega a B. Horizonte um recebimento de Cortone a preço comercial. Com a instilação local do Cortone puro, a fluoresceína negativou em 4 dias. Passou a usá-lo diluído a 1:4, durante mais 5 dias e ao cabo dos quais foi o tratamento abandonado e a doente dada como curada. Uma semana após, recidiva debelada com instilação do colírio diluído. Alta definitiva com mais 4 dias.

10) M.I.A. — com 52 anos, consulta em 25/11/50. O diagnóstico foi de Uveíte no O.D., com visão igual a $\frac{1}{4}$. Na pesquisa da etiologia, vários focos dentários. Com retirada parcial dos dentes com foco, acusou grande melhora, a visão foi a $\frac{1}{2}$, com desaparecimento dos fenómenos congestivos e precipitados na Descemet. Foi interrompido o uso de atropina. Aconselhamos extração dos demais focos e o resultado foi uma exacerbação dramática, com uveíte bilateral. Prescrevemos novamente atropina e seguiu-se grande intolerância, com cefaléia, vômitos e tonteados (alérgica?). Foi então receitado, como midriático, colírio de cicloplegina, ineficaz, sobrevivendo sinequias posteriores. Seguindo orientação de autores norte-americanos, instilamos atropina e cortone a $\frac{1}{4}$, simultaneamente, com perfeita tolerância, e grande melhora. A doente continua em tratamento.

11) M.T.C. — 42 anos, consulta em 13-6-51, com reação peri-corneana, precipitados na Descemet e visão direita reduzida a $\frac{1}{6}$ do normal. Pesquisas clássicas (sífilis, alergia tuberculosa e focos), negativas. Soroaglutinação positiva para Brucella abortus a $\frac{1}{640}$. Com uso de atropina e cortone local, ao cabo de 12 dias, desaparecimento dos fenómenos congestivos e visão atinge a $\frac{1}{3}$. O diagnóstico foi de Irite brucélica.

12) M.C.R., apresenta-se á consulta, queixando-se de fotofobia, ardor, coceira. Ao exame, notam-se numerosos pontos de

TRANTAS na região límbica de A.O. e as palpebras exibem numerosas papilas com o classico aspecto lardaceo. Iniciado o tratamento com Cortone a 1/4, nitida diminuição do volume das papilas e desaparecimento quasi total dos pontos límbicos. Cessaram as queixas subjetivas e, no momento, apenas se observam 2 pontos na região límbica inferior do O.E. e 1 no meridiano de 11 horas no O.D. Diagnostico foi de Conjuntivite primaveril, forma mixta.

13) R.S.V. — Casada, com 26 anos consulta em 7-6-50, queixando-se de deficit visual acentuado no O.D., datando de 20 dias. O O.E. já era praticamente cego (má percepção luminosa) há varios anos. Ao exame "catarata complicada" no O.E., reliquat de uveite. O.D. — Precipitados na DESCemet, varias placas atróficas de corio-retinite, e uma branco evolutiva, acima da mácula.

EXAMES COMPLEMENTARES — Foco no 1.º PMID — MANTOUX negativo a 1/1.000, KAHN e WASSERMANN também negativos.

O tratamento, longo e polimorfo, consistiu na extração dentária, mais tarde amidalectomia, estreptomycinoterapia, histioterapia, placentária desoxicorticosterona associada á vitamina C, Paracil oral e sub-conjuntival, vitamina B1, etc. Todo o tratamento era infrutífero, e em 11-12-50, 9 meses após a primeira consulta, volta ao consultorio, com a mesma visão inicial, igual a 1/10.

Iniciou a ACTH na dosagem de 20 mg. diarios em 4 doses de 6/6 hs. Varios cuidados foram tomados e a cliente fazia diariamente exame de urina (densidade, glicose e acido urico). Durante 16 dias, nos quais a doente tomou 320 mg. de ACTH, não houve modificações sensiveis nos resultados das pesquisas acima citadas.

O exame de sangue, realizado diariamente, foi bem interessante. Dosava-se glicose e contavam-se os eosinofilos ás 7 hs. da manhã, com a doente em jejum. Repetia-se o mesmo exame 12 hs. após, quando a doente já tomara 10 mg. de ACTH. A taxa de glicose elevava-se muito pouco, dentro dos limites fisiológicos normais, por exemplo de 56 mg. por 0/0 ia a 66,5 0/0. Já nos eosinofilos a queda era brusca, indice de que o ACTH encontrava resposta na cortex suprarenal, em média de 10 cada 2%.

Até 26-12-50, inclusive, usou 320 mg. de ACTH e o resultado foi o seguinte: Visão passou a 1/5 e a doente se sentia melhor. Di-

minuíram os precipitados na Descemet e o vítreo estava menos turvo. Em 29/12/50, foi prescrito o Percortol mais vitamina C, em dias alternados. Em 6-3-51, a visão baixou a 1/10. Iniciou a "Cortone" intramuscular e local de 3/3 hs. Um hemograma mostrou que os neutrofilos totais eram de 51% e os eosinofilos a 7%. Com 6 dias após, os neutrofilos a 67% e os eosinofilos a 7%. Com mais 7 dias, neutrofilos a 65% e eosinofilos a 2%. Com o controle semanal, chegamos a 89% de neutrofilos e 0% de eosinofilos. A cliente foi enviada ao Dr. AULO PINTO VIEGAS, endocrinologista, que foi de parecer que se devia interromper a medicação em virtude do quadro sanguíneo, do aparecimento de pelos submentonianos, da presença de edemas, (rosto em lua cheia), um metabolismo basal de mais 18, taquicardia denotando um hipertiroidismo.

Esta observação mostra o perigo e ensina os cuidados necessários quando se administra o "Cortone" por via intramuscular.

Resumindo: nossa impressão com o cortisone é idêntica a dos autores norte americanos. Resultados brilhantes nas molestias agudas do segmento anterior do olho e menos notáveis nas do segmento posterior.

Obtivemos êxito invulgar em conjuntivites alérgicas e flictenulares, resultado razoável numa cerato-conjuntivite epidêmica, excelente das irites e irido-ciclites e bons nas uveites.

Da nossa pequena experiência, ficou-nos a convicção de que o "Cortone" deve ser instilado ainda por muito tempo aós a cura. As recidivas das moléstias, se assim procedermos, serão praticamente nulas.

A discussão foi feita englobadamente, iniciada pelo Dr. Sylvio de Almeida Toledo, que prefere limitar o uso de cortisona aos casos agudos por ser um medicamento caro, além de não evitar recidivas quando o seu uso é cessado.

Idêntica opinião é exposta pela Prof. Paulina Satanowski de Neumann que aconselha o emprego nos casos agudos, de alergia ou de anafilaxia. Nas recidivas os efeitos não são muito claros. Escolhe os casos, indicando com cautelas.

O Dr. Egon Krueger diz notar melhores resultados no tratamento uveal. Pergunta se os colegas tem experiencias em nevrites ópticas, simples, tóxicas e retrobulbares e no ulcus rodens e qual a dose aconselhada.

Para fins de estudo o Dr. Sylvio de Abreu Fialho diz estar empregando a cortisone indiscriminadamente em instilações, diluída em solução salina a 1:4. Em um caso de ulcus rodens conseguiu entrar o processo até que um acidente fez romper a pequena parte de cornea sã que restava ao iniciar o tratamento. Nas episclerites o resultado é imediato.

O Dr. Joviano de Rezende Filho relata 4 casos nos quais empregou a cortisona. O primeiro, senhora grávida (4 meses), portadora de coriorretinite disseminada tolerou o Cortone 2 dias, sobrevivendo astenia, que cedeu com cloreto de potassio, melhorando muito. O hemograma revelou ovalocitose. O 2.º caso era um operado de catarata com lesões no fundo de olho, nada lucrando com o tratamento, sobrevivendo igualmente astenia. O 3.º caso também foi de resultado nulo e no 4.º, de oclusão e seclusão pupilares, foi bom o resultado.

Ainda o Dr. Ruy Fernandes conta um caso de doente portador de um calazio que iniciou o uso da cortisona para tratar de artrite reumatoide. Em 2 dias o calazio desapareceu completamente. Fala sobre a ação da proteinoterapia que liberta a cortisona no organismo. Assim, a proteinoterapia seria a "cortisona do pobre". O Dr. Sylvio de Abreu Fialho volta a falar, para referir-se a trabalhos recentes sobre o leite da puérpera de 2 dias que contem uma quantidade formidável de cortisona. Neste sentido fala o Dr. Laborne Tavares que diz ter visto no inicio da sua carreira mulheres do interior aplicar no tratamento de várias doenças o leite de "mulher parida de 2 dias", o que vem de encontro ao citado pelo Dr. Fialho.

Finalmente, o Dr. Paulo Koenig, químico de São Paulo, diz que a cortisona é contraindicada nos casos crônicos. No momento, um tratamento com 6 a 8 gramas sai por cerca de 8.000 cruzeiros.

Respondendo aos inúmeros comentários, o Dr. Adroaldo de Alencar lamenta a escassez de tempo e diz que para atingir a uvea só por via intramuscular pôde agir a cortisona. Localmente instilada não há efeito nas doenças da coróide e corpo ciliar. Viu ótimos resultados nas nevrites ópticas quando esteve nos Estados Uni-

dos. Como esquema de tratamento indica nas primeiras 24 horas 3 doses de 100 miligramas. No 2.º dia aconselha 2 doses de 100 miligramas e do terceiro em diante 100 miligramas. Para o segmento anterior a instilação dá ótimos resultados. O mesmo se dá com a injeção subconjuntival, que tem o inconveniente de provocar forte reação. Já está aparecendo em veículo graxo. O preço é relativamente barato, para uso local, pois é diluída em solução salina a 1:4, aconselhando 1 gota de 2 em 2 horas. Chama a atenção para a necessidade de fazer séries até 1 grama e 1,50 grs. Quando esta dose for atingida, passar para o uso local. Nunca interromper bruscamente o tratamento e sim diminuir progressivamente as doses até suspender-las.

Por fim falou o Dr. Décio Brito Oliveira que diz estar o Prof. Pinto Viégas associando a pregnenolona á cortisona.

Nesta altura o Dr. Renato de Toledo convida o Dr. Luiz Assumpção Osorio, para presidir os trabalhos. Não estando presente, é passada a Presidencia ao Dr. William Moreira Lima, representante do Maranhão, que dá a palavra ao Dr. Renato de Toledo para ler o 6.º Tema Livre, intitulado "Observações sobre o emprego de hialuronidase em oftalmologia", não havendo comentários, e sendo a seguir encerrada a sessão.

OBSERVAÇÕES SÔBRE O EMPRÊGO DA HIALURONIDASE EM OFTALMOLOGIA

DR RENATO DE TOLEDO
do Centro de Estudos de Oftalmologia

Em 1931 HOFFMAN e DURAN-REYNALS publicaram no J. Exp. Med. um trabalho sobre o efeito difusor do extrato testicular na injeção intradérmica de líquidos e partículas. Este fato despertou naturalmente a atenção de outros pesquisadores, e sua aplicação em terapêutica foi tentada, tendo ATKINSON em 1936 feito uma série de experiências em animais, demonstrando o valor da adição desse extrato à novocaina para a anestesia local, inclusive a maior difusão ocular do anestésico após a injeção subconjuntival.

Em oftalmologia, entretanto, isso não teve maior repercussão e apenas uma ou outra citação desse efeito foi feita durante os anos seguintes.

Em 1934 e depois em 1936, MEYER e colaboradores fizeram duas descobertas que foram o ponto de partida para a explicação do efeito difusor do extrato testicular. A primeira foi que o ácido hialurônico é um dos constituintes principais do vítreo e que existe também em quantidade apreciável no aquoso, córnea, cristalino, além de numerosos tecidos do organismo, como por exemplo nos espaços intersticiais da derma, formando como que um cimento entre as células. O ácido hialurônico, então isolado, é um polissacarídeo viscoso de alto peso molecular, peso que varia segundo o grau de polimerização. Ele é que dá ao vítreo sua consistência gelatinosa.

A segunda descoberta de MEYER foi a da existência no lisado de pneumococos depois identificado em outras bactérias, de um prin-

cipio ativo que age sobre o acido hialuronico provocando sua despolimerização. Este principio foi chamado hialuronidase.

Em 1939 CHAIN e DUTHIE identificaram a hialuronidase com o agente difusor de HOFFMAN.

Sendo o acido hialuronico um gel presente na substância basal do tecido conectivo, atúa como uma barreira à difusão dos liquidos nos espaços intersticiais.

A hialuronidase é uma enzima que provoca a desagregação molecular do acido hialuronico, rompendo então essa barreira. Daí o seu nome de agente difusor.

Este fato é de grande importancia fisiologica e para a interpretação de fenomenos que ocorrem nos olhos, pois como a hialuronidase existe em quantidade apreciavel em lisados de bacterias (Stafilo, strepto, pneumo, Clostridium, etc.) e é libertada pelas reações vasculares alergicas, explica-se facilmente a liquefação do vitreo nos processos inflamatórios intraoculares.

Em terapeutica a vantagem da maior difusão de um medicamento é clara e portanto a utilidade dos agentes difusores, que são diversos, é evidente.

A ação da hialuronidase é reversivel. Injetada subcutaneamente seu efeito persiste por 24 horas e em 48 horas a barreira do tecido está completamente refeita. PIRIE injetando a hialuronidase no vitreo de coelhos observou a despolimerisação completa do acido hialuronico em 4 horas e que 6 semanas depois o vitreo tinha readquirido seu aspecto normal.

A hialuronidase age sob pressão, a velocidade de difusão sendo proporcional à quantidade de enzima mas a extensão dependendo grandemente do volume da solução. Não é toxica e mesmo quando injetada no sangue não tem efeito nocivo porquanto é destruida pelo soro (1-2).

Aplicada diretamente sobre os olhos, e em injeção subconjuntival, retro-bulbar e intra-vitrea por diversos autores, não foram observados efeitos nocivos. LINN e OZMENT (3) entretanto observaram em estudo experimental em coelhos, após a injeção repetida de hialuronidase concentrada na camada anterior, opacidade e edema da cornea, queratectasia e irite.

A aplicação da hialuronidase em terapeutica oftalmologica tem sido objeto de diversas publicações (3-4-5-6).

Ha algum tempo começamos o seu emprego em pacientes do Centro de Estudos de Oftalmologia. Usamos a Alidase que é a hialuronidase preparada pelo Lab. Searle de Chicago. (*)

Anestesia local.

Utilizamos a associação — Alidase, Novocaina e Adrenalina na cirurgia do glaucoma, catarata, dacriocistite e pterigio.

Na aquinesia a vantagem dessa associação é evidente. Utilizamos sempre a tecnica de VAN LINT. A Alidase provocando maior difusão da solução evita a tumefação da região e permitindo a ação do anestésico sobre todas as terminações nervosas provoca uma paralisia mais completa, absoluta mesmo, que persiste por muito tempo chegando mesmo, às vezes, a obrigar a sutura palpebral após a intervenção.

A injeção retro-bulbar é também mais eficiente que sem a adição da enzima, diferença que é observavel na paralisia dos musculos extrinsecos. Além disso acentua os efeitos secundarios da anestesia — a midriase é mais intensa e a queda da tensão mais pronunciada. Nos nossos casos em olhos com tensão normal a maior queda tensional foi de 6 mm. Hg. 10 minutos após a injeção. ATKINSON (5) entretanto refere casos de queda muito mais acentuada que dificulta a extração da catarata contraindicando também seu emprego na operação do descolamento da retina e queratoplastia. Êste efeito entretanto é benefico na operação de catarata em olho hipertenso, para evitar a perda de vitreo e na cirurgia do glaucoma. Em um caso de glaucoma cronico simples a tensão baixou de 90 mm Hg para 70 mm Hg 10 minutos após a injeção retrobulbar.

No caso de dacriocistectomia em que utilizamos a associação medicamentosa havia fistula do saco com tecido fibroso e aderencias. A infiltração feita pela tecnica comum deu resultado excelente.

Na injeção subconjuntival observa-se imediatamente a difusão da solução por toda a subconjuntiva. Aqui também se observa a acentuação do efeito da adrenalina pois a midriase se instala rapidamente, intensamente e de forma regular.

(*) Recentemente foi lançada em São Paulo a Hyalozima, do Lab. Nespa.

Efeito sobre a tensão

Em virtude da baixa tensional observada após a injeção retrobulbar da associação Alidase, Novocaina e Adrenalina procuramos observar o efeito dessa substancia, isolada e associada aos mióticos sobre a tensão ocular.

A instilação repetida da Alidase, isolada ou associada aos mióticos, tanto em olhos glaucomatosos como em olhos normais não acentuou a ação dos mióticos. Isto aliás era de se esperar porquanto como já dissemos os agentes difusores agem sob pressão, o que os diferencia dos detergentes que agem reduzindo a tensão superficial e favorecendo assim a absorção de drogas através das mucosas.

A injeção sub-conjuntival da Alidase seguida da instilação de mióticos também não aumentou o efeito hipotensor nos casos de glaucoma experimentados.

Efeito favorável obtivemos em um caso de glaucoma no qual havia sido feita uma trepanação de ELLIOT e que 20 dias após a operação começou a apresentar nova elevação tensional incontível pelos mióticos. Neste caso a injeção subconjuntival de 100 U.V. de Alidase provocou uma queda de 6 mm Hg dentro de 30 minutos queda que se acentuou para 15 mm. no dia seguinte.

Observamos também o comportamento da tensão após a injeção subconjuntival de Alidase, Novocaina e Adrenalina feita nos casos de cirurgia do pterígio, não tendo sido notada uma oscilação apreciável da mesma. A ação hipotensora da injeção retrobulbar deve portanto correr por conta da paralisia da musculatura extrínseca muito mais que um efeito direto sobre a drenagem.

Efeito sobre afecções oculares

Não experimentamos a droga no tratamento de afecções oculares. A literatura entretanto relata o efeito benéfico sobre a uveíte hipertensiva, para a reabsorção de hipopio e hifema e em certas afecções corneanas como queratite puntacta superficial e queratite filamentar. (4-6).

BIBLIOGRAFIA

- 1 — SCHWARTZMAN, J. and LEVBARG, M. — Hyaluronidase. Further Evaluation in Pediatrics. *J. of Ped.*, V. 36, N. 1, Jan., 1950.
- 2 — JAWORSKI, A. A. and FARLEY JR., J. E. — Hyaluronidase in administration of fluids, *Amer. J. Dis. of Children*, V. 79, Jan., 1950.
- 3 — LINN, J. G. and OZMENT, T. L. — Injection of hyaluronidase into eye. *Amer. J. Ophth.*, V. 33, N. 1, Jan., 1950.
- 4 — LEBENSOHN, J. E. — Hyaluronidase in ocular surgery and therapy. *Amer. J. Ophth.*, V. 33, N. 6, Jun., 1950.
- 5 — ATKINSON, W. S. — Use of Hyaluronidase with Local Anesthesia in Ophthalmology, *Arch. Ophth.*, V. 42, Nov., 1949.
- 6 — DEKKING, H. M. — The Use of Hyaluronidase in some Corneal Affections. *Ophthalmologica*, V. 119, N. 1, Jan., 1950.

Sexta sessão plenária

A penúltima sessão do Congresso teve início às 21 horas, no auditório do IPASE, ainda sob a presidência do Prof. Paulo Cezar Pimentel, secretariado pelo Dr. Evaldo Campos. Iniciada a sessão, é convidado o Dr. Oceano Carleal, representante do Estado de Alagoas, para dirigir os trabalhos. Assumindo a Presidência, o Dr. Carleal agradece a deferência e dá a palavra ao Dr. Paulo Braga Magalhães para ler o relatório escrito em colaboração com o Dr. João Carlos Celeste, ambos representantes da Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, sobre "Semiologia da pupila". O relatório, que já tinha sido publicado no Vol. I dos Anais, foi resumido pelo Dr. Magalhães, logo seguido dos comentários feitos pelo debatedor oficial, Dr. Joviano de Rezende Filho, do Distrito Federal.

DEBATE AO TEMA — SEMIOLOGIA DA PUPILA

JOVIANO DE REZENDE FILHO

Rio de Janeiro

Designado debatedor do tema oficial deste Congresso — Semio-
logia da pupila — em substituição a um colega que, por impedimen-
tos particulares, não poderia comparecer, procurei obter as provas
tipográficas do relatório para uma leitura prévia.

Entregáram-se, então, cinquenta páginas impréssas que li com
toda atenção.

O trabalho é mais uma monografia do que um relatório.

Aos colegas João Carlos Celeste e Paulo Braga Magalhães
coube um assunto amplo demais para ser integralmente explanado
dentro das conveniências de reuniões desta natureza, onde o grande
número de comunicações a serem lidas exige um regime cronomé-
trico sem transigências.

Tiveram, pois, que se alongar, querendo apresentar sem dúvida
um trabalho de fôlego, condizente com a magnitude de um Congresso
Nacional.

E o fizeram. Esquadrinharam o assunto por todos os seus ân-
gulos.

Discorreram sobre a anatomia da iris, inervação e centros pu-
pilares, têorias químicas da transmissão nervósa, métodos de exâme
incluindo a semiologia da estatica e dinamica pupilares reações pu-
pilares relacionadas com funções de centros cerebro-espinais rea-
ções pupilares e substancias humorais circulantes, terminando afinal
com a metodologia da semiótica clínica da pupila.

A natureza do assunto obrigou-os a laboriosa perquerição bi-
bliográfica.

Os relatores, para coligirem seus dados básicos, recorreram principalmente a fontes consagradas de saber oftalmológico.

Entrevê-se a influência de MAGITOT no plano geral da obra com seu arranjo equilibrado e sua sequência didática; da sedução de DUKE ELDER, com seu enciclopedismo, não se puderam livrar os relatores, e o peso de sua autoridade responde por muitas das asserções apresentadas.

LOEWENSTEIN também polarizou a atenção dos colegas com seus trabalhos de precisa semiologia pupilar.

Quero assim, identificando a linhagem do pensamento dos relatores, ressaltar que, na execução de trabalho de revisão sobre matéria crivada de controvérsias, eles souberam selecionar as fontes mais adequadas para nos apresentar o que de melhor e mais atual existe sobre o assunto.

Apesar destas considerações, eu poderia, influenciado por rigorismo semântico, querer “debater”, seja contestar, desmontar cada idéia apresentada, mercê de argumentos contraditórios de que é farta a literatura médica. E, depois, refundindo tudo, conferir-lhes um novo sentido a meu modo de ver, apenas para agitar o tema. Mas não descubro nenhuma oportunidade para esta espécie de exercícios de raciocínio, quando o que está feito, está bem feito, e ainda ha muita outra coisa a tratar.

Nada ha a contradizer. Apenas é evidente atravez o relatório que a imensa sôma de conhecimentos teóricos e experimentais de que já dispomos contrasta com a escassês de nossos recursos clínicos habituais.

Das cinquenta páginas do relatório só uma e meia é reservada à “conduta a seguir num exame pupilar”.

A nossa precisão com referência aos exames pupilares de hoje é comparavel às antigas campimetrias sem aparelhagem, ou com dispositivos insuficientemente controlaveis. Só nas fases extremas, quando o deficit já é muitas vezes irreversivel, chegava-se à identificação do processo.

O mesmo se está passando com relação a semiologia pupilar. Pequenas alterações do aspéto, ou da conduta pupilar frente a determinados agentes, nos deixam muitas vezes inteiramente impossibilitados de afirmar seja o que fôr. Só mais tarde, com o evol-

ver do caso, podemos catalogar precisamente a natureza do distúrbio.

São muitos os artificios empregados para aumentar a eficiência do exame pupilar, mas enquanto não dispuzermos nas nossas clínicas de um cinepupilografo, econômico, simples, de fácil manejo, um modelo condensado do de LOEWENSTEIN, talvez, nossos exames nunca terão base segura.

Os relatores não o declararam, mas advinha-se facilmente como seria outra a feitura do relatório se êles dispuzessem de tal aparelho.

E como eu comentaria de outro modo se também o tivesse!

Esperamos, pois, que grandes fábricas especializadas, sabedoras desta falha no nosso arsenal semiótico, em breve nos ponha à disposição este valioso recurso a ser utilizado na rotina do exame neuro-oftalmológico.

Termino, cumprimentando os colegas relatores pelo devotamento com que se aplicaram para a consecução dum relatório realmente muito instrutivo.

Iniciando a discussão, falou o Prof. Lineu Silva que elogiando o relatório, chama a atenção para o sinal de Wernicke e a sua modificação por êle proposta, chamada "sinal pupilar estático" e consistindo em medir o tamanho da pupila ao iluminar o lado são da retina e depois comparar com o diâmetro obtido pela iluminação do lado cego.

O Dr. Ruy Fernandes diz ter apresentado ao Centro de Estudos do IPASE, um trabalho onde classifica as anisocorias em legítimas e espúrias. As primeiras, do domínio do neurologista e as segundas subdivididas em I) por defeitos anatômicos; II) vicariantes; III) fisiológicas e IV) por efeito medicamentoso. Não pôde prosseguir por ter esgotado o tempo.

A seguir falou o Dr. Paiva Gonçalves, elogiando o relatório.

Encerrando a discussão, o Dr. Paulo Braga Magalhães agradece as referencias elogiosas e diz ao Prof. Lineu ter sido o seu nome citado no relatório. Pede ao Dr. Ruy Fernandes para ler o seu trabalho.

E' então convidada a assumir a Presidencia a Dra. Cleonice Alakija, representante do Estado da Baía, que agradece e dá a palavra ao Dr. Herminio Conde para apresentar o 1.º Tema Livre sobre "Efeitos oculares da bomba atômica". O seu trabalho não foi entregue para publicação, sendo acompanhado da projeção de um filme sobre sua visita a N. York e a Helen Keller e diapositivos sobre o assunto, prolongando-se por mais de meia hora, apesar de advertido pela Mesa. O Prof. Paulo Pimentel consulta á Casa se seria possível a apresentação pelo Dr. Paiva Gonçalves de um trabalho sobre "Explosivos nucleares e seus efeitos sobre os olhos". Aprovado o pedido, dizendo ter o "habeas-corpus" do Dr. Conde, o Dr. Paiva Gonçalves expõe demoradamente o assunto, ultrapassando o limite do tempo concedido aos demais congressistas, não o entregando à Mesa.

Postos em discussão os dois trabalhos, o Dr. Sylvio de Almeida Toledo fez uma exposição sobre a obra do Dr. Herminio Conde no que tange a prevenção da cegueira no Brasil e a obra realizada pelo Estado de São Paulo. O Dr. Hermínio Conde agradece e diz estranhar os dados citados pelo Dr. Paiva Gonçalves, passando a ler estatísticas das lesões causadas pelas explosões de Hiroshima e Nagasaki. Finalmente, o Dr. Paiva Gonçalves diz ter ficado surpreso com o pequeno número de lesões verificadas no Japão, apresentando novas informações que recebera recentemente de fonte oficial.

Assume a Presidencia o Dr. Jacques Tupinambá, sendo então apresentado o 2.º Tema Livre, pelo Dr. Sylvio de Almeida Toledo que falou sobre "Organização do Serviço de Profilaxia ao Tracoma, no Estado de São Paulo", não sendo entregue à Mesa.

Abriu a discussão o Dr. Herminio Conde que elogia demoradamente o Serviço de Tracoma de São Paulo. O Dr. Plinio de Toledo Piza diz que o A. foi quem levou para o interior de São Paulo os Postos que estavam localizados na Capital e nas grandes cidades. O Dr. Sylvio de Abreu Fialho diz que os dados estatísticos trazidos ao conhecimento do plenário são de entusiasmar, e que na sessão de encerramento proporá u'a moção sobre o Tracoma. Agradeceu os comentários o Dr. Sylvio de Almeida Toledo.

O 3.º Tema Livre, sobre "Hidroftalmo familiar, foi lido pelo Dr. C. Laborne Tavares.

SÔBRE QUATRO CASOS FAMILIARES DE GLAUCOMA CONGENITO OU HIDROFTALMIA

DR. C. LABORNE TAVARES

Em um Congresso de âmbito nacional, abrangendo as sumidades oftalmológicas brasileiras, seria uma infantilidade e um dispa-túrio, querer prender a atenção de alguém com simples casos de hidroftalmia, tão conhecidos e tão bem estudados si eu não visse neles oportunidade para considerações de ordem heredo-consanguínea e outras ainda discutidas, cuja gênese, estatísticas de uns autores apoiam enquanto os de outros contradizem.

Não são tão vulgares repetidos casos, encontrados entre irmãos, em que os fatores constitucionais, familiares e hereditários possam constituir objéto de perquirições e indagações mais ou menos completos mas sempre conducentes ao caminho de nossa curiosidade científica.

Não menos rara é a porcentagem geral da afecção nas estatísticas oftalmológicas de maior importância.

As citadas por RINGLAND ANDERSON, em seu magnífico livro sôbre o assunto mostram pequena variação entre 0,010% e 0,079%, não chegando assim a, siquer, 0,1%.

Na clínica de SEEFELDER, entre 129.520 pacientes só foram encontrados 0,035% de hidroftálmicos.

KAMINSKY e JAENSCH, em Bresláu encontraram, respectivamente, 0,041% e 0,032% entre 72.681 clientes da clínica.

CARVIL anotou a incidência de 0,010% entre 31.648 pacientes de desordens oculares e na clínica de TUBINGEN, entre 1875 e 1903, apenas se contavam 0,079% de glaucôma congênito.

Por êsses motivos julgamos não ser inteiramente destituída de interêsse a narração de quatro casos de hidroftalmia entre irmãos, cujas observações faremos resumidamente.

A primeira diz respeito a Ant. S. de 10 anos, incompletos, masculino, moreno, brasileiro, natural de Brasília-Minas.

Nascido a termo teve boa saúde enquanto recebeu leite materno, sobrevivendo depois afecções intestinais e as próprias da 1.^a infância.

Pais sadios, primos em primeiro grau, sem defeitos físicos, nem deficiências organicas, tiveram grande satisfação quando atentaram nos olhos do seu primogênito, que lhes pareceram muito grandes e bonitos com especial brilho *macio* (sic), logo após o nascimento.

Com o decorrer do tempo, porém, notaram exagero no crescimento dos olhos, sobretudo do *preto* (sic) do ôlho, inquietude no sono da criança que chorava repetidas vezes parecendo sentir dores.

Já na idade de 3 para 4 anos observaram uma côr cinza-esbranquiçada velando a transparência da córnea, dando-lhe aos olhos um aspecto nublado. A visão tornou-se precária, mas permitia ainda, como hoje, que o doentinho se guiasse bem.



Fig. 1

O exâme dêste cliente nos mostra uma criança viva, indagadora, um pouco inquieta, de desenvolvimento físico normal, com alguns estígmata dentários, tipo héredo-luético.

No seu exame ocular se apura acuidade visual de contagem de dedos a 4 metros no OD e 3 metros no OE; elevação de tensão

em AO, de + 1, bidigital, por não se conseguir a tonometrica dada à indocilidade da criança; a córnea, com várias pequenas manchas brancas apresentava-se aumentada em todos os seus diâmetros medindo 15×14 milímetros nos horizontal e vertical, respectivamente; camara anterior profunda; pupilas reagindo lentamente à luz, de diâmetro dentro do normal, embora tendendo para miíriase.

Ao exame biomicroscópico a córnea apresenta algumas vesículas pequenas, subepiteliais e faixas esbranquiçadas em certos pontos

A fundoscopia ocular tornou-se prejudicada pela opalescência da córnea.

O volume dos olhos é maior do que o normal, embora não haja buftalmia, véra.

O segundo caso é de Modesto A. S., de 5 anos e meio de idade (*N. da R.: conforme o original*), moreno, natural de Brasília-Minas onde móra.

E' irmão do primeiro, havendo nos primórdios de sua doença ocular passado pelas mesmas fazes do seu irmão mais velho.

Sua constituição já não é tão boa como a dêste e é portador de vários sinais heredo-luéticos de HUTCHINSON, (dentários, nasais e frontais).

Sofreu, ha cêrca de dois meses, antes de se matricular no Hospital "Cícero Ferreira" em 20-4-951, sob o número 769, uma afecção



Fig. 2

aguda ocular, que lhe produziu grandes dôres vindo a ter uma perfuração no olho esquerdo. Curado de *reliquats* dessa conjuntivite subaguda, verifica-se acuidade visual de contagem de dedos a 3 metros no OD e de vultos junto ao rosto no OE.

A córnea do OD mede 16×15 milímetros nos diâmetros horizontal e vertical e é opalescente: o globo ocular aumentado de volume, a câmara anterior profunda.

No olho esquerdo, apesar da *aplanatio cornæ*, vê-se que seus diâmetros eram, maiores que o normal (15×14 ms.). Ha intensa fotofobia, trazendo espasmo orbicular bi-lateral, impedindo-o de se guiar.

Quanto a história anterior de sua afecção é muito semelhante ao de seu irmão A.S. dispensando descrição.

A tensão é igual a $+1$ no OD e -1 no OE.

A cornea do OD é infiltrada de faixas e manchas brancas assemelhando-se a de uma ceratite parenquimatosa e a do OE, irregularmente esbranquiçada é perfurada no seu terço inferior onde há um encravamento de íris e se mostra aplanada, muito delgada.

O globo ocular é congesto e doloroso ao toque.

O exame biomicroscópico da cornea permite ver no OD pequenas roturas da (Descemet) com duplo contorno nas estrias lineares ali formadas.

Segue-se o terceiro caso de Aristides A. S. com 7 anos, moreno, nascido em Brasília onde reside.

Internou-se no Hospital "Cícero Ferreira" em 20/4/951 matriculando-se sob o n.º 770.

É irmão dos 2 precedentes com a mesma história de afecção ocular já descrita para o primeiro.



Fig. 3

Ao exame verifica-se acuidade visual de contagem de dedos a 4 metros em AO, tensão $+1$, córneas opalescentes medindo $15\frac{1}{2} \times 14$ milímetros nos diâmetros horizontal e vertical. Globos oculares aumentados de volume, com reação foto-motôra preguiçosa e li-

geira midriase; camara anterior profunda, um pouco turva; limbo esclero-corneano alargado; vaso dilatação periquerática, conjuntivas hiperêmicas.

A biomicroscopia mostra pequenas roturas da Descemet com formação de linhas brancas de duplo contorno; hipertrofia das trabeculas do ângulo camerular, (nos pontos em que podem ser distinguidas), não se vendo a franja ciliar mas alguns pequenos focos hemorrágicos ao nível da raiz da íris.

Não foi possível um exame aproveitável do fundo ocular.

Êste menino tem fronte olimpica, naríz em séla, málfomções dentárias, parecendo já haver sofrido de artrite dos joelhos.

Enfim o quarto elemento dessa familia era a menina Hilda F. S., de 5 anos de idade, côr morena, natural de Brasília (Minas) que se internou no Hospital "Cícero Ferreira" em 20/4/951, sob o n.º de matrícula 771.

A história de sua afecção ocular, narrada por seu pai, foi exatamente a mesma dos seus outros irmãos, não havendo porem seus pais experimentado o mesmo prazer que tiveram com os grandes olhos de seu primogênito pois já sabiam que o aspecto de beleza e aveludado dos órgãos visuais dos seus filhos significavam uma grave doença que estava já cegando os primeiros e lhes trazendo as maiores preocupações.



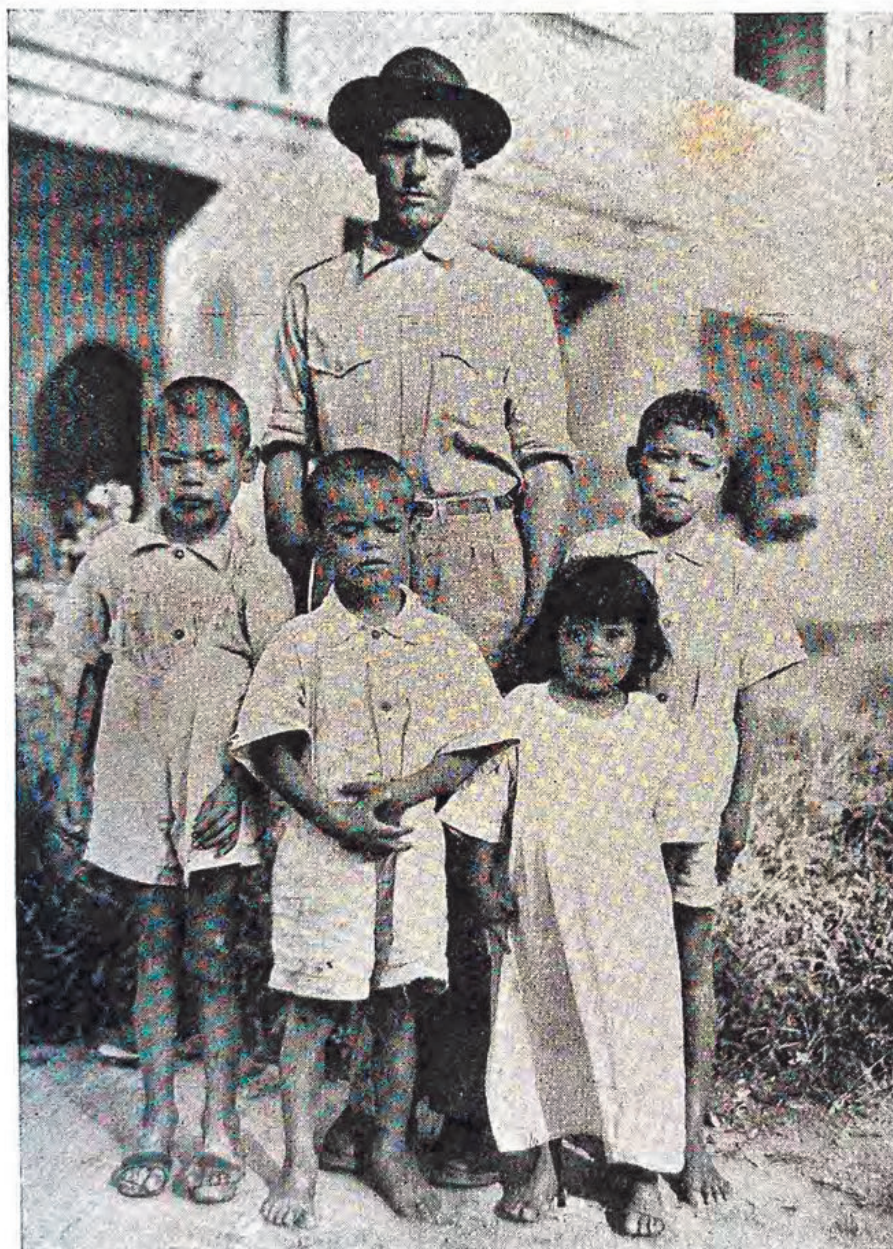
Fig. 4

Pobreza extrema e ignorância da severidade da molestia fizeram-nos permanecer sem quaisquer recursos medicos até que um inquérito sobre o tracôma, na zona em que residiam, alertou-lhes sobre as possibilidades de tratamento e sobre a natureza da afecção indicando-lhe o caminho a seguir.

Curada de uma conjutivite aguda de que era portadora foi feito um exame mais detalhado de que resultou a verificação de

olhos aumentados de volume, cornea de 15×14 milímetros nos diâmetros horizontal e vertical, respectivamente, com camara anterior muito profunda, midriase pequena, tensão ocular, normal, me-

dindo sua acuidade visual $\frac{1}{8}$ no olho direito e $\frac{1}{10}$ no olho esquerdo (Escala de WECKER).



Família Santos (de Brasília - Minas).

A reação foto-motora é preguiçosa.

Esta como o seu segundo irmão, exhibe sinais francos de heredolues, frontais, nasais e dentários, bem como o sinal de ALEIXO, isto

é pequenas depressões ao nível da inserção do véu do paladar na abobada palatina.

Nela poudeser feito um exame mais apurado dos fundos de olho que mostravam alargamento das papilas e excavação destas bastante pronunciadas, com acotovelamento dos vasos e pulso venoso expontaneo.

Em certos pontos havia fôcos de capilarose.

A biomicroscopia evidenciava adelgaçamento da córnea com uma ou outra pequena mácula parenquimatosa.

Ao examinar êsses quatro casos chamou-nos logo a atenção o fato da similaridade histórica nosológica, bem como o da incidência familiar da afecção, em todos observada desde os primeiros dias de vida ou até os seis meses de idade, quando mais chamava a atenção de seus desolados pais.

Por isso com o espírito guiado para a hidroftalmia congênita não nos foi difícil fazer o diagnóstico diferencial com outras entidades oculares, mórbidas ou não, a medida que prosseguíamos na observação completa da sintomatologia objetiva e subjetiva.

A idéia de uma alta miopia, com complicações corneanas, raras, mas possíveis de existir, como as manchas da membrana de DESCERMET e opacidades corneanas, foi logo afastada pelo histórico da afecção e pelos aumentos dos diâmetros e raios de curvatura da córnea, que não existem naquela ametropia, corroboradas pelo aumento da tensão ocular em tres casos.

O ceratocône, por sua localização central, pela conservação das outras medidas oculares, pela idade do aparecimento, menos precoce, pela predominancia no sexo feminino, assim como a ceratectasia, pela precedência de uma inflamação ou ulceração da córnea, estavam afastados.

O estafiloma anterior da córnea, que alguns autores assinalam como podendo existir até antes do nascimento, quando como grande raridade monoculár existe, vem precedido de cicatriz corneana e prolapso iriano.

Bilateral e congênito não encontramos referência na literatura compulsada e, em série, como nos nossos casos, tornar-se-ia então objeto de maior admiração.

O diagnóstico diferencial mais difícil seria com a megalocórnea e, nós mesmos, assim rotulamos, inicialmente, com interrogação, os casos em apreço, até ulterior e melhor estudo dos mesmos.

Entidade nosológica conhecida com muitos pontos de contato com a hidroftalmia, seria preciso balancear os elementos característicos de cada uma para se assentar um juízo clínico mais acertado, tanto mais que da história de dois dêsses doentinhos constava a informação de brilho aveludado (ou *macio* no dizer do pai) especialmente ainda aparente na fotografia n.º 4, referente à irmã mais moça do grupo.

Entretanto justamente esta última observação, permitindo o exame do fundo do olho é que nos tirou de qualquer dúvida mostrando excavação papilar, embora a tensão ocular estivesse normal, sendo ainda de notar que os tres outros casos eram de hipertensos.

Os tres elementos principais que segundo KESTENBAUM, diferenciam a megalocórnea de hidroftalmia, isto é, normalidade de função, transparência da córnea (em particular ausência de manchas na membrana de DESCOMET) e ausência de hipertensão e excavações glaucomatosas, não existiam nos casos em estudo.

Com os dados colhidos e estudados estavamos no direito de concluir pelo glaucôma congênito em todos os 4 pacientes que se tornaram de mais interesse científico por serem irmãos, filhos de primos em 1.º grau, ocorrência pouco comum a nos pedir atenção sobre a influência da hereditariedade e da consaguinidade sobre êsses casos.

Nossos casos estariam em favor das investigações de SEEFELDER, citados por RINGLAND ANDERSON, em que não havia nenhuma relação do glaucôma congênito com a hereditariedade, visto na história contada pelo pai dos doentinhos inexistir qualquer referência de hidroftalmia em seus antepassados, conhecidos.

Como porém a herança nesses casos é sabidamente recessiva poderia haver falhas ou imperfeição na história familiar, contada por um homem de pouca instrução e pequena observação que viessem invalidar a assertiva.

Ainda mais que vários autores, como ZAHN, JÜNGKEN, JOHNSON, ANGELLUCI e outros, citados por ANDERSON, relatam a ocor-

rência de glaucôma congênito em várias gerações por êles estudados e, especialmente WALLÉNBERG, em sucessivas gerações.

Experimentalmente VOGT provou, em coelhos, a existência dessa hereditariedade recessiva.

Como dissemos de início os hidroftálmicos que nos vieram ter ao Serviço hospitalar são filhos de primos em primeiro grau.

A influência de consaguinidade não tem sido encontrada por alguns autores como KAMINSKY (1913) ou o tem sido em fraca proporção por outros como SEEFELDER, que só verificou um caso em quarenta e sete pacientes, mas em compensação está fartamente documentada desde 1897, na relação de LAQUEUR com cinco crianças em 13, na série de ZAHN com 10% e de outros ainda.

Filhos de primos eram os tres irmãos observados por DÜRR e SCHLEGTENDAL bem como o caso relatado por SPRATT.

Em 1935 COGAN menciona quatro irmãos hidroftálmicos cujos pais eram primos.

Resumindo a questão, como estamos fazendo, verifica-se que a maioria dos autores dá uma grande importancia à hereditariedade no glaucôma, quer infantil, congênito, quer no juvenil ou adulto.

Quando à influência da consaguinidade surge menos vezes nas estatísticas conhecidas, não deixando porém, de ter seu valor em estudos sérios e valiosos de outras, ficando aberta a questão para quantos tenham elementos de valor para discuti-la e esclarecê-la.

Foi justamente para esta finalidade que nos ocorreu o desejo de trazer a esse Congresso os casos de hidroftalmia já relatados e que, até certo ponto, nos induziam a engrossar a fileira dos que dão valor à consanguinidade.

A preponderância masculina, anotada por quasi todos os autores e, especialmente, por WESTERLUND E. — (*Études cliniques et genetiques du glaucôme primitif — thèse med. Copenhague — 1947*) apud. *Rev. Gener. d'Ophth.* pág. 495-Nº 4 — 1949) — na proporção de 63,8%, também existe nos nossos casos, assim como a bilateralidade da afecção, que para aquele autor seria de 73%.

A consaguinidade para ela estaria presente em 10,7%, encontrando 31 casos familiares na genealogia de 122 casos, agrupados em 102 famílias por êle estudadas, estabelecendo ainda a probabilidade de frequência populacional de 0,008%.

Em relação à questão etiopatogênica vamos passar muito ao de leve pois todos conhecem a importância enorme desempenhada pelos transtornos de desenvolvimento do olho, especialmente ao nível do ângulo camerular, bem como as modificações de estrutura da córnea e da esclerótica, tantas vezes ligadas à hereditariedade e, talvez, à consaguinidade. As malformações anatômicas, como a agenesia do canal de SCHLEMM e do sistema venoso de LEBER, as desorganizações vasculares uveais vão influir de modo precipuo na circulação e na produção dos líquidos endoculares, perturbando sua drenagem fisiológica.

Além da influência genética tem sido acusada a sífilis como um grande fator no desenvolvimento desta forma de glaucoma, comprovando-se a existência da heredo-lues em grande soma das crianças afetadas.

Segundo A. MOREU (El Problema del Glaucoma Verum — 1946) a atuação sífilítica pode-se dar de duas maneiras: 1.º sobre as paredes vasculares dando origem a uma peri ou endarterite com suas lógicas consequências sobre a circulação ocular e regulação tensional ou 2.º “atacando o Centro eutroficohipofisario e provocando assim lesões anatômicas em varias partes do organismo.”

Essa hipótese explicaria a coincidência da hidroftalmia com vários outros defeitos anatômicos orgânicos, especialmente crânio-faciais: neuroma plexiforme, hematoma epibulbar, hemi-hipertrofia facial, angiomatoses múltiplas do encefalo, da medula, do trigêmeo, etc.

Quanto ao tratamento dos casos apresentados o assunto está ainda em estudo pois foi muito recente o exame completo dos mesmos, desde que nos ocupamos durante mais de um mês em debelar conjuntivites supraacrescidas e tratar o estado geral, mau, dos doentinhos, todos enverminados, com ascaris, anquilostomos, schistosomas e tricocefalos.

Sem duvida que ao se confirmar o diagnóstico iniciamos logo o uso da pilocarpina nos tres primeiros casos.

Não poderemos pensar na goniotrabeculotomia de BARKAN nem na gonociclodiatermia de MOREU por não haver boa transparência da córnea, sem possibilidades, por isto, de uma necessária exploração do ângulo camerular para a verificação de sinequias periféricas (quando existe o canal de SCHLEMM), nem sempre encontradas por

varios pesquisadores, sendo que alguns até contra-indicam a operação contra elas por causa da hemorragia e do restabelecimento certo da soldadura anterior. Também nem sabemos si ha agensia do canal de SCHLEMM.

Estamos cogitando mais na possibilidade da terapêutica pelas radiações bêta, segundo o método de HAIK, BREFFELH e BOGGENS, si conseguirmos obter o radium necessário.

RESUMO

O autor apresenta, com as respectivas fotografias, 4 casos de hidroftalmia, em irmãos, filhos de consaguíneos (primos em 1.º grau).

Analisa a questão da influência da hereditariedade e da consaguinidade. Estuda algumas estatísticas de grandes clínicas em que a afecção, rara, não passa de 0,010% a 0,079%.

Julga que suas observações dizem em favor da influência da consaguinidade, como parece a vários autores, mas solicita a opinião dos que possuam elementos para informar...

Comentaram os Drs. Jorge Cavalheiro Willmerdorff que pergunta se o A. usou a glicerina, para combater o edema da córnea, e se observou o pequeno tamanho do cristalino em seus casos: o Dr. Ruy Fernandes diz que a glicerina só pôde clarear a córnea pela absorção de agua. Responde o Dr. Laborne, que diz não ter havido edema de córnea e sim rutura de membrana de Descemet. Pretende fazer applicação de raios beta nos seus doentes.

E' então convidado a assumir a Presidencia o Dr. Nicolino Rebello Machado o qual agradece a homenagem. Pede a palavra o Dr. Sylvio de Almeida Toledo para solicitar o adiamento dos restantes trabalhos em vista do adiantado da hora.. O Prof. Pimentel diz lamentar a desorganização causada pelo excessivo tempo gasto por alguns oradores em detrimento dos demais, que foi aliás aprovado pela Assembleia. Posta em votação a proposta do Dr. Toledo, é ella aprovada, sendo transferidos para a sessão matinal a apresentação dos demais Temas Livres.

Sétima sessão plenária

No dia 14, ás 9 horas da manhã, foi aberta a última sessão plenária pelo Prof. Paulo Cezar Pimentel, secretariado pelo Dr. Jonas de Arruda. Passando a Presidencia ao Prof. Moacyr E. Alvaro, concede este a palavra ao Dr. Plinio de Toledo Piza para a leitura do 4.º Tema Livre da sessão anterior, feito em colaboração com o Dr. Roberto Farina, intitulado "Ectropio Palpebral".

CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ECTRÓPIO PALPEBRAL

DR. ROBERTO FARINA

Chefe da Secção de Cirurgia Plástica da Clínica de Olhos da Fac. Med.^a S. Paulo

PLINIO DE TOLEDO PIZA

1.^o Assistente e Chefe de Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo

Os autores estudam somente os casos de ectropio cicatricial mostrando as consequências graves que a eversão de uma das palpebras ou de ambas podem ter sobre o globo ocular: injeção da conjuntiva bulbar, hipertrofia das conjuntivas, dessecação das mesmas, ulceração e até degeneração cancerosa. A epifora, por eversão do ponto lacrimal, é desagradável e prejudicial ao doente podendo determinar eczema da palpebra. A dessecação da cornea, em virtude do fechamento incompleto das palpebras, póde ter consequências funestas.

Aconselham a blefaroplastia com enxerto de pele total retirada da região mastoidéa (retro-auricular) ou da face medial do braço. Póde ser usada, também, pele da coxa ou do abdóme sendo que nesses casos lançam mão do tipo intermediario superficial ou quando muito profundo. De qualquer forma, aconselham remover totalmente as bridas cicatriciais que se opõem a ascensão ou descensão da palpebra. Contra-indicam os enxertos delgados (THIERSCH) pelos maus resultados estético-funcionais. Consideram indispensavel a tarsorrafia. Fazem curativo oclusivo e contensivo durante 10 dias.

O trabalho é comentado pelo Dr. Sylvio de Almeida Toledo que diz achar a técnica relativamente facil. Elogia o processo dizendo que substitue o enxerto de Tiersch. O Prof. Moacyr Alvaro elogia o trabalho, agradecendo o Dr. Piza.

Falou então o Dr. G. L. Berretini para apresentar o 5.^o Tema Livre sobre "Sistematização da nomenclatura do extravasamento da secreção lagrimal".

SISTEMATISAÇÃO DA NOMENCLATURA DO EXCESSO DE SECREÇÃO LAGRIMAL

G. L. BERRETTINI

Santos — S. Paulo

I — Introdução.

Com muita frequência pacientes relatam ao oculista que “seus olhos choram”, isto é, que ha um excesso de liquido nos olhos, extravasando ocasionalmente em forma de gotas. Êsse fato é em geral manifestado pela palavra lagrimejamento e normalmente o oculista a endossa em suas anotações, por ser o termo comodo para exprimir a queixa do paciente. Entretanto, o uso indiscriminado do termo lagrimejamento é errado, uma vez que seu significado se relaciona a uma especie de excesso de secreção e não a todas elas. De um modo geral os termos relativos a este assunto são usados sem preocupação de seu significado exato, tanto na linguagem médica comum, como nos dicionarios. O intuito deste trabalho é propor uma sistematização desses termos, principalmente porque, ao serem usados sistematizada e corretamente, podem exprimir com facilidade e precisão a qual tipo de excesso de secreção lagrimal querem se referir.

II — Conceito de cavidade pre-ocular.

Para bem compreender o excesso de secreção lagrimal, ha necessidade de ser conhecido seu trânsito e escoamento, devendo-se para tanto levar em conta o moderno conceito de cavidade pre-ocular, conceito esse apresentado por ROLLÉT em 1936, propagado por varios pesquisadores e atualmente amplamente estudado pelo argentino FLAMINIO VIDAL.

Entende-se por cavidade pre-ocular, a cavidade mucosa que apresenta um continente — conjuntiva e cornea — e um conteúdo — o humor pre-ocular —. Êste conceito estabelece a unidade de função da cavidade pre-ocular, isto é, que tanto o epitelió corneó conjuntival como as glândulas anexas, inclusive as lagrimaças, têm a função única e conjunta de produzir o humor pre-ocular. O Humor pre-ocular é composto por 3 camadas, que de trás para diante, são: — 1) A camada de polisacarídeos aminados, dependente do epitelió da cornea — 2) A camada líquida ou proteica, constituída pela secreção lagrimal — 3) A camada lipídica, constituída pela secreção das glândulas sebáceas. A primeira camada é fixa ao epitelió da cornea, formando o arcabouço do humor pre-ocular; as outras duas, a líquida e a lipídica são móveis sobre elas. A secreção lagrimal provém dos orifícios excretórios da glândula, situados no setor supero-externo da cavidade e passa a integrar as bandas líquidas marginaes superior e inferior, aderidas aos rebordos respectivos, onde se misturam com as secreções sebáceas. Quando a pálpebra desce, a banda líquida superior a acompanha para baixo sobre a cornea, agindo a conjuntiva tarsal superior como um polidor da superfície. Quando a pálpebra se eleva parte do líquido a acompanha para formar as camadas líquida e lipídica, esta última sobrenadando a primeira. Deste modo, a lagrima não circula sobre a cornea; seu trânsito se faz pelas bandas marginaes á custa dos movimentos palpebraes que a impele para o canto interno, onde passa para as vias excretoras através dos pontos lagrimaes. Em condições normaes a lagrima não transpõe o rebordo palpebral, devido á sua camada gordurosa, porém havendo um excesso, a tensão superficial é vencida e produz-se o extravasamento de líquido, em forma de gota ou gotas, conforme sua maior ou menor quantidade.

III — Classificação proposta

LAGRIMOSIDADE

A — Tipo puro

a — Por hiperlagrimação

(Condição ativa)

1 — Causa reflexa LAGRIMEJAMENTO

2 — Causa nuclear ou central CHORO

b — Por impedimento mecânico de escoamento de lagrimal
(Condição passiva)

1 — Por obstrução das vias lagrimais	}	EPÍFORA
2 — Por anormalidade de forma do lago lagrimal		

B — Tipo mixto

a — LAGRIMEJAMENTO-CHORO
(Condições ativas)

b — LAGRIMEJAMENTO-EPÍFORA
(Condições ativa e passiva)

c — CHORO-EPÍFORA
(Condições ativa e passiva).

d — LAGRIMEJAMENTO-CHORO-EPÍFORA
(Condições ativa e passiva)

IV — A justificação da classificação proposta está no fato de abranger todas as formas de excesso de secreção lagrimal na cavidade pre-ocular, ser baseada nas causas reaes que se produzem e seus termos exprimirem com precisão aquilo que querem definir, fatores todos estes que facilitam as anotações, e semiologia e o diagnostico diferencial desta condição tão frequentemente observada na Oftalmologia.

V — Definição dos termos usados na classificação e outros correlatos.

A LAGRIMA ou LAGRIMA

E' a secreção propria da glandula lagrimal.

Esta palavra tem o sentido acima, quando usada no singular, com ou sem o artigo definido "a".

UMA LAGRIMA ou LAGRIMAS

E' a secreção da glandula lagrimal extravasada da cavidade pre-ocular em forma de gota ou gotas.

Quando no singular, precedida pelo artigo indefinido "uma", ou no plural, a palavra significa que a secreção lagrimal — lagrima — foi extravasada da cavidade.

LAGRIMOSIDADE

E' a quantidade excessiva de secreção lagrimal — lagrima — na cavidade pre-ocular ou seu extravasamento em forma de gotas — lagrimas — sem preocupação de causa.

Este termo é relativamente pouco usado, porém é correto, provindo do adjetivo "lagrimoso" ou "lacrimoso" (Latim: "lacrimosus"). Este termo é proposto com a finalidade de abranger qualquer condição do olho com excesso de lagrima, para o que não ha um termo definido. Geralmente esta condição é expressa pela palavra lagrimejamento. Deve substituir esta palavra nesse sentido geral. Tem a vantagem de possuir equivalentes nas diversas linguas, todos êles provenientes da origem latina comum "lacrimosus".

LAGRIMAÇÃO ou LAGRIMOPOIESE

E'o ato da produção pela glandula lagrimal de sua secreção propria, a lagrima.

Para este sentido, também não ha uma palavra de significado claro, sendo propostos estes termos. Um sentido mais exato exprimiria o termo "lagrimopoiese" (analogia com hematopoiese).

HIPERLAGRIMAÇÃO ou HIPERLAGRIMOPOIESE

E' a produção de secreção lagrimal — lagrimação ou lagrimopoiese — aumentada.

LAGRIMEJAMENTO

E' a quantidade excessiva de secreção lagrimal — lagrima na cavidade pre-ocular ou seu extravasamento em forma de gotas — lagrimas — por superprodução glandular — hiper-lagrimação — devida a causa reflexa.

O termo lagrimejamento fica portanto com seu emprego restrito ao sentido acima exposto, não devendo ser usado indiscriminadamente em qualquer forma de lagrimosidade.

CHORO ou PRANTO

E' a quantidade excessiva de secreção lagrimal — lagrima — na cavidade pre-ocular ou seu extravasamento em forma de gotas — lagrimas — por superprodução glandular — hiperlagrimação — devido a causa central ou nuclear.

E' uma palavra de uso leigo, tendo equivalentes em todas as linguas.

EPÍFORA

E' a quantidade excessiva de secreção lagrimal — lagrima — na cavidade pre-ocular ou seu extravasamento em forma de gotas — lagrimas — por impedimento mecanico de escoamento pelas vias excretoras, em virtude de sua obstrução ou de anormalidade de forma do lago lagrimal.

O sentido desse termo está explicado em sua definição e a palavra tem equivalentes em todas as linguas, derivadas da mesma raiz grega.

A maioria dos termos acima provêm da palavra latina "lacrima" cuja origem é grega, tendo passado pelas seguintes transformações:

Dakry — dakryon — dakryma, formas gregas, que passando para o latim deram: dacruma — lacruma — lacrima.

Em Português a letra “c” de forma latina se transformou em “g”, para formar a palavra lagrima, parecendo portanto mais acertado que todos os seus derivados também sofram essa mudança.

VI — Semiologia e diagnostico diferencial da lagrimosidade, baseadas na classificação proposta.

Deante de um doente com lagrimosidade, devemos procurar saber a qual dos tipos ela pertence, por meio de exame completo do olho com todos os recursos ao nosso dispor. Sendo a lagrimosidade tão frequente por serem tão diversas as condições suscetíveis de a produzir, a semiologia da lagrimosidade é quase que a de todo o aparelho ocular.

LAGRIMEJAMENTO: — Sendo a condição ativa que leva á lagrimosidade de tipo puro, proveniente de hiperlagrimação excitada por causa reflexa — e sabendo-se que esta causa reflexa depende de irritação do trigemio em todos os seus ramos, devemos procurar o que está produzindo essa irritação. A excitação do trigemio no campo ocular pode ser devida a qualquer fator toxico, caustico, radiacional, infeccioso, mecanico, alergico, degenerativo ou neoplasico do segmento anterior do olho ou seus anexos, inclusive a propria mucosa das vias lagrimaes excretoras não devendo ser esquecido o glaucoma. As causas de excitação do trigemio fóra do ambito ocular podem se localisar nos dentes e nas mucosas das fossas nasaes e seios para-nasaes.

CHORO: — é uma condição ativa que leva á lagrimosidade de tipo puro, proveniente de hiperlagrimação excitada por causa central ou nuclear. É relacionada a fatores psicquicos, podendo ser observado ao exame de creanças ou adultos super-excitaveis. Na ocorrência da tabes, bocio oftalmico, gravidês e especialmente na histeria podem aparecer crises de choro, também dessa origem.

EPÍFORA: — Condição passiva que leva á lagrimosidade de tipo puro por deficiencia de escoamento da lagrima. Pode ser produzida por anormalidade da forma do lago lagrimal podendo aparecer no ectropion de qualquer tipo, inclusive na paralisia facial por falta de tonus do orbicular. Também pode provir de qualquer especie de obstrução das vias lagrimaes, desde os pontos lagrimaes até á sua desembocadura na mucosa do meato inferior.

LAGRIMEJAMENTO-CHORO: — Condição ativa de lagrimosidade de tipo mixto em que ha ao mesmo tempo excitação reflexa e dôr ou emoção, como pode acontecer nos casos de acidentes oculares.

LAGRIMEJAMENTO-EPÍFORA: — A epífora pura é muito rara, podendo ser dito que praticamente não existe, uma vez que sendo a quantidade de lagrima produzida normalmente, tão pequena, sómente uma falta de escoamento não explicaria a lagrimosidade intensa que é observada nos casos de obstrução das vias lagrimaes. Quando este processo ocorre, ha desde o seu inicio modificações toxico-infecciosas de sua mucosa, que produzem excitação reflexa do trigemio de modo que sobrevem lagrimejamento, que, aumentando a estase de lagrima na cavidade pre-ocular e nas vias excretoras, desencadeia um circulo vicioso. Nos casos portanto de dacriocistite e em todas as outras obstruções, o que existe é uma lagrimosidade de tipo misto, o lagrimejamento-epifora.

CHORO-EPÍFORA: — Condição também ativa e passiva como a anterior, é a lagrimosidade em que ha concomitancia dos tipos puros referidos, naturalmente apenas ocasional.

LAGRIMEJAMENTO-CHORO-EPÍFORA: — também condição ativa e passiva da lagrimosidade, é tão sómente ocasional, representada por ex. pelo indivíduo que, sendo portador de obstrução das vias lagrimaes, sofra um acidente ocular doloroso ou esteja em excitação emotiva intensa.

Todas as classificações e nomenclaturas são sujeitas a criticas e a modificações. A tentativa de classificação e sistematização da nomenclatura do excesso de secreção lagrimal, foi feita e aqui apresentada, devido a nada ter sido encontrado nesse sentido, o que dificulta o estudo. Espero que esta apresentação tenha a virtude de estimular a produção de outros trabalhos com a mesma finalidade afim de cada vez mais facilitar a bôa compreensão do assunto.

Abrindo a discussão o Dr. José de Almeida Rebouças, indaga porque preferiu lagrimosidade em vez de lacrimosidade. O Dr. Jonas de Arruda pergunta como explica desaparecer a estase lacrimal com uma única sondagem nos casos de obstrução congênita do canal lacrimal. Sendo assim, não cabe pois a explicação dos fenômenos tóxicos infecciosos provocarem hipersecreção. Finalmente, o Dr. Barbosa Guerra pergunta porque não prefere dacriopoiese em vez do híbrido lagrimopoiese?

Respondendo, o Dr. Berretini diz que todos os derivados de lagrima devem ter o g e não c. Diz que talvez a própria estase do saco lacrimal produzindo dilatação, provoque excitação reflexa do lagrimejamento. Quanto ao termo proposto pelo Dr. Guerra, acha muito lógico.

O 6.º e último Tema Livre da sessão passada, sobre "Infiltração de sulfona na conjuntiva bulbar no panus leproso", do Dr. J. Siqueira de Carvalho é apresentado pelo A. que o não entregou para publicação.

Iniciou a discussão o Dr. Plinio de Toledo Piza que pergunta quantos casos foram tratados, mostrando-se muito bem impressionado com os resultados obtidos. O Dr. Nicolino Rebello Machado cita casos de querato-conjuntivite leprótica bilateral observados. Pergunta qual a dose de sulfona usada e se esta não poderia influir sobre o estado geral dos pacientes. Indaga ainda a experiência do A. sobre a paralisia facial.

Em resposta o Dr. Siqueira diz ter observado mais de 800 doentes, sendo mais de 500 do sexo masculino. Está preparando um trabalho mais extenso, com maiores dados. Geralmente inicia o tratamento diluindo 1 cm³ de sulfona em 4 cm³ de água, injetando 1 cm³. Aumenta as doses progressivamente, até injetar o Promin puro, dando uma injeção semanal. Não notou melhoras na lepra nervosa.

De acordo com a Comissão Central, foi dada a palavra ao Dr. Danilo Gonçalves para ler o Tema Livre "Quisto hidático na órbita" que devera ter sido lido na 4.ª sessão plenária.

QUISTO HIDÁTICO NA ÓRBITA

DANILO GONÇALVES

Bagé Rio Grande do Sul

Concorremos neste Congresso com uma contribuição que nos tem parecido digna da atenção dos que aqui compareceram. Estudaremos este caso de Quisto hidático, tal qual se nos apresentou, como o temos seguido até o fim, sem entrarmos nos domínios da fisiopatologia, nem outros problemas referentes aos quistos hidáticos, salvo um pouco da sua terapêutica. E assim, exporemos de início o caso em si, como o diagnosticámos, como o tratámos e terminaremos com as conclusões e comentários que nos têm permitido chegar.

CASO: Ficha n.º 1.930. L.Q.C., masc., 18 anos, branco, morador no Batalha (campanha do Município de Bagé, Rio Grande do Sul). Procurou-nos em 11-9-47, informando que há dois meses vinha sentindo dores fortes em OE, ao mesmo tempo notava que o olho crescia e perdia a visão rapidamente.

EXAME: Constatámos exoftalmia E, desvio do globo para fora e um pouco para baixo, quemóse intensa. Á compressão, irreduzível. Motilidade ocular comprometida para dentro e levemente para cima. Segmento anterior normal, pupila preguiçosa e um pouco miótica. Fundus, após atropina, mostrava papila hiperemiada, ligeiramente saliente, bordos apagados, veias intensamente congestas e tortuosas ao se aproximarem da papila. Visão de vultos. Estado geral do paciente, ótimo.

CONCLUSÃO DIAGNOSTICA: Exoftalmia oblíqua, unilateral, não inflamatória, por aumento do conteúdo orbitário, por neoformação situada provavelmente do lado interno do funil muscular,

com paralisia do réto interno e compressão do nervo óptico e de evolução relativamente lenta. Dentro deste quadro lembrámos enquadrar: Sarcomas, Osteoma, Colesteatoma, Fibroma, Quisto hidático e Cisticerco. Com isso em mente, tentámos o diagnóstico diferencial.

a) Radiografia: léve opacificação da orbita. Descartámos então o Osteoma que daria uma sombra densa; o Colesteatoma, pela rarefação dos ossos. Pudemos também eliminar qualquer processo extra-orbitario na sua fase invasora.

Ficamos então com: Sarcoma, Fibroma, Quisto hidático e Cisticerco.

b) Fundus: no Fibroma é negativo, a visão permanece normal e é mais frequente no angulo supero-externo.

Entre Sarcoma, Quisto hidático e Cisticerco, eliminámos o ultimo por ser extremamente raro, para jogarmos com os dois primeiros e onde mais difficil se torna a decisão. Para o Sarcoma faltava — o que não o elimina — a elevação de temperatura local, neo-formações vasculares nas palpebras e excelente estado geral do paciente. Ficou-nos então o Quisto hidático, amparados na sintomatologia jamais absoluta e o fato de viver nosso doente em um ambiente que nos obriga a pensar nessa hipótese.

E, com o diagnostico de Quisto hidático, como que “farejado”, o que deu motivo a um cirurgião dizer-nos que buscávamos raridade, apelámos ao laboratorio a confirmação. Pedimos ao Dr. SALOMON que, gentilmente, fez a reação de CASONI em nosso paciente, obtendo resultado positivo forte nas 12 horas. Deixámos de pedir contagem globular porque não damos valor á eosinofilia em paciente de nossa Campanha. Confirmado o diagnóstico clinico, ideámos o plano cirurgico. Pareceu-nos mais indicado a operação de KROENLEIN associada á orbitotomia externa na região supero-interna. Sob anestesia local, procedemos o KROELEIN, em seguida fizemos uma incisão de 1,5 cms. na prega palpebral superior, terço interno, incisámos a aponeurose e chegámos ao tecido gordo da orbita. Afastando esse tecido com instrumento rombo e rebatendo o globo para fora, tentámos chegar ao lado interno do funil. E, com a dificuldade do primeiro caso, chegamos a um ponto que nos pareceu a capa fibrosa que envolve o quisto. Apelamos então para o recurso da punção, extraindo 1 cc. de liquido cristalino. Tentámos isolar o quisto e não conseguimos sinão retirar parte da capsula, cingidos como es-

tavamos em local tão misterioso para nós. Não fomos além, pelo profundo respeito ao nervo óptico, próprio dos neófitos na cirurgia orbitaria e porque o doente começava a sentir dôr. Repondo o triângulo osseo do KROENLEIN, suturámos as incisões.

Preocupados com nossa exerése parcial, buscamos outra terapeutica, defendida por alguns, isto é, a biológica. Pedimos ao Dr. SALOMONI que pronto acedeu em nos preparar antigenos hidáticos e mais tarde ainda trouxe-nos de Montevidéu, tres caixas de Hidatina preparada pelo Departamento de Saúde do Uruguay. Conforma a tecnica, injetamos 0,1 cc. subcutaneo e fomos aumentando sempre 0,1 cc. em dias alternados até alcançar 0,5 cc. Daí por diante fizémos 0,5 cc. por semana, pelo espaço de 6 mezes.

Acompanhando nosso doente, observámos com grande satisfação, que a visão era normal e que havia reduzido um pouco a exoftalmia, papila normal, assim como os vasos da retina.

Aproximadamente 1 ano, nada notamos de anormal, sinão leve exoftalmia. Dessa data, muitos meses passaram sem termos notícias de nosso paciente até o dia em que voltou com o quadro que relataremos mais adeante.

Contavamos já com as glorias da terapeutica biológica, quando deparámos acentuada exoftalmia, quemóse intensa e dizia o paciente (e o nome vem bem) despreocupado, ter sofrido uma quéda do cavallo, motivo por que estava com o olho "inchado". E, nós, lembrando o que temos visto em outras secções da patologia, a influencia do trauma na exaltação da hidatóse, previamos a queda de glorias mal fundadas que alimentaramos nesse periodo. De fato, além da exoftalmia acentuada, podíamos sentir com o dedo uma tumoração lisa, elastica, entre o globo e a parede interna da orbita. Mas, para satisfação nossa, a visão continuava bôa e mais seguros na cirurgia orbitaria, pudemos propôr a operação, sem o KROENLEIN, o que foi aceito.

Pedimos nova radiografia e o resultado: opacificação total da orbita E.

Iamos iniciar uma orbitotomia externa no segundo espaço cirurgico de BENEDICT, crentes que o quisto havia propagado do lado interno do funil para o angulo supero-interno da orbita, e, ao começar a anestesia local penetrando a orbita na região infero-externa, logo sentimos uma resistencia incomum e ao transpassa-la fomos

surprêndidos pelo retrocesso do êmbolo forçado por um líquido cristalino que penetrava na seringa. Imediatamente trocamos a seringa, deixando a agulha a gotejar e retiramos 15 cc. do líquido ao mesmo tempo que o globo afundava na órbita ficando em enoftalmo. Nessa situação, não quisemos continuar a operação, deixando para o outro dia, com o fito de estudar um plano de retirada do quisto que ocupava quase toda a órbita, conservando o globo dada a boa visão do paciente.

E, dois dias mais tarde, 28-9-49, conseguida a equipe, pudemos proceder como se segue:

Anestesia venósa Tionembutal 1 gr. (Dr. MARIO SILVEIRA). Auxiliados pelo Dr. BENTO GONÇALVES, iniciamos fazendo uma incisão contornando a parte inferior do supercílio, do canto interno até o terço externo da órbita, plano por plano chegamos ao tecido gordo e procurando com o dedo, sentimos o tumor, seguindo ainda com o dedo — o melhor instrumento de dissecação na cirurgia orbitaria — entramos em contato com o tétó, daí para o lado interno, depois para o assoalho, sempre descolando até chegar ao apice da órbita, isolando completamente o tumor. Nesse momento, puncionámos, obtendo 3 cc. de líquido citrino com leve odor, mostrando-nos ter havido contaminação secundária á nossa punção anterior. Logo após, abrimos a capsula fibrósa, pondo a mostra a típica membrana hidática “pele de ovo”. Com pinças fizemos sua retirada, o que conseguimos em duas pegadas por ter rompido ao meio. Limpámos bem a cavidade procurando nada deixar da membrana quística e pulverisámos sulfamida. Introduzimos um dreno de borracha em plena cavidade, colocámos dois pontos de cada lado da incisão cutanea e cobrimos com gazes. No outro dia, apesar da reação local intensa, o paciente se achava bem. Indicámos sulfadiazina por dois dias e penicilina por mais 3 dias em suas doses habituaes. Ao fim de uma semana, a reação local era pequena, globo ocular na órbita e visão normal.

CONCLUSÕES E COMENTARIOS: O caso que acabamos de relatar, permitiu-nos as seguintes conclusões e comentarios:

- 1) O quisto hidático na órbita é raro em nosso meio. Segundo informação do Dr. EVALDO CAMPOS, foram publicados 2 casos em 1926 em Pelotas-Rio Grande do Sul.

- 2) Inicia com dores fortes, comprometendo a motilidade ocular o fundo de olho (edema e neurite em 90% segundo alguns).



- 3) A radiografia é um meio de diagnostico de pouco valor na diferenciação dos tumores orbitarios, salvo para eliminar



um osteoma, ou processo que venha de fóra da orbita. Não concordamos com os autores que dizem o quisto hidático só dar sinal quando há calcificação de sua parede, por-

quanto o nosso, mal desenvolvia e já mostrava opacificação da órbita.

- 4) A reação de CASONI é um bom teste. A eosinofilia pouco nos informa em doentes de nosso interior dado o elevado índice de verminóse.
- 5) Quanto ao tratamento, é ainda o cirurgico, pois a antigeoterapia, para nós, talvez só tenha valor enquanto está sendo feita, possivelmente freando a germinação da membrana proliferativa. Vimos em nosso caso que durante 1 ano, não mostrou atividade. E, admitimos mesmo que os casos de cura que se têm notificado, sejam curas espontaneas. Em o nosso paciente, essa parada na evolução foi posta em marcha por um traumatismo, mostrando-nos mais uma vez a influencia destes na ativação do quisto hidático.
- 6) A punção só deve ser feita, se necessaria, durante o ato cirurgico, pois, como vimos, nossa punção incidental e nunca diagnóstica, em dois dias demonstrou infecção secundaria, não só agravando a situação do paciente como provavelmente disseminando hidátidios.

Agradecemos a todos que nos auxiliaram na solução deste caso, áqueles que nos informaram sobre outros casos da literatura nacional e aos que nos ouviram pedimos perdão pela premeditada simplicidade que demos, sem abranger os problemas científicos da Hidátose fartamente publicados e do conhecimento dos colegas.

O trabalho foi comentado pelo Dr. Nicolino Machado que diz dever-se pensar no quisto hidático quando há exoftalmia, principalmente se o doente vem da zona rural. Indaga se o A. fez pneumo-órbita e radiografia dos pulmões do seu paciente. Respondeu o Dr. Danilo Gonçalves, informando ser normal a radiografia dos pulmões e não ter feito radiografia da órbita com insuflação de ar.

Agradecendo a Presidencia, o Prof. Moacyr Alvaro convida o Dr. Luiz Assumpção Osorio, para substituí-lo, o qual agradece em nome da delegação do Rio Grande do Sul.

Foi então iniciada a Ordem do Dia de sétima sessão plenária com a exposição feita pelo Dr. Monteiro Salles, debatedor do rela-

tório sobre "Tumores intraoculares", de autoria do Dr. J. Tarcisio de Castro, que não pôde comparecer.

Discutindo os comentários do Dr. Monteiro Salles, o Dr. Jorge Cavalheiro Willmersdorff pergunta se a pressão intraocular não muda o aspecto das células tumorais, tanto que quando o olho é perfurado, elas se modificam; indaga ainda de classificação de Paulo Andrade. O Dr. Paulo Aranha de Azevedo pergunta se o leucosarcoma pôde liquefazer-se. O Prof. Hilton Rocha projeta diapositivos e diz que o tumor pigmentado não é tudo quanto há de mais importante em referencia ao prognóstico; tem um destes casos com sobrevida de mais de 20 anos. Mais vale o teor de retículo ou de fibras argirófilas: quanto mais abundantes, menor malignidade, quanto mais raras, maior malignidade. Prefere a classificação de Grinker que divide os tumores da retina em neuroepiteliomas, retinoblastomas e meduloepteliomas (ou dictiomas).

O prof. Lineu Silva elogia o trabalho oftalmológico feito em equipe e sugere que a Sociedade Brasileira de Oftalmologia convide o Dr. Monteiro Salles para proferir algumas palestras sobre a especialidade, com o que muito aproveitariam os oculistas do Distrito Federal. O Dr. Ruy Fernandes indaga se o A. pôde diferenciar blastomas e fibroplasia retrocristaliniana. Finalmente, o Dr. Luiz Assumpção Osorio lamenta a falta de citação da bibliografia do Rio Grande do Sul no relatório, citando a omissão do trabalho do Dr. Araujo Azambuja sobre Dictioma e de um seu trabalho estatístico sobre glioma da retina.

Respondendo o Dr. Monteiro Salles diz que todas as classificações são justas. Prefere dar a denominação única de meristomas aos tumores da retina.

Diz que já saiu da classificação morfológica pura para o ponto de vista fisio-químico; com reações histo-químicas é possível dar com exatidão a natureza destes tumores. Poderia aceitar, mas acha problemática, a hipótese da modificação estrutural das células dos tumores intraoculares quando se exteriorizam. As metástases reproduzem exatamente os mesmos tipos dos tumores primitivos em outros setores do organismo, mesmo quando se localizam em órgãos onde pôde haver compressão, como nos ossos, por exemplo. Diz nunca ter observado a liquefação dos tumores, que pôde existir se não houver nutrição suficiente. Acha preferível a denominação

genérica de melanoblastoma, para os tumores pigmentados, interessando mais para o prognóstico a fase em que se acha o tumor do que o tipo do mesmo. Os tumores menos pigmentados também são menos malignos. Nos casos de fibroplasia retrocristaliniana, a desorganização é tão considerável que só se pôde fazer diagnóstico de probabilidade. Observou um caso cujo diagnóstico era de tumor intraocular, no qual houve regressão total, sem nenhum tratamento, no outro olho, o que viria excluir a primitiva hipótese de tumor. Em 3 casos foi usada a radioterapia, sem resultados, embora julgue que as doses fossem insuficientes. Ultimamente tem conseguido melhoras, até com recuperação visual. Termina agradecendo as referências do prof. Lineu Silva.

Não tendo comparecido o primeiro inscrito, o Dr. Eduardo Veloso Vianna, apresentou o Dr. Osolando Machado o 2.º Tema Livre sobre "Tratamento do carcinoma da pálpebra pelas irradiações", não entregue para publicação.

Comentou inicialmente o Dr. Jorge Cavalheiro Willmersdorff que preconiza a extirpação da glândula lacrimal para evitar a epifora que se instala após a irradiação e dificulta o processo cicatricial. O Dr. Nicolino Rebello Machado indaga qual a natureza dos carcinomas tratados. Nota que o Dr. Osolando tem o mesmo receio que êle de provocar a irradiação desenvolvimento de catarata. O Dr. Décio Brito Oliveira indaga qual a dose limiar.

Respondendo aos comentaristas, o Dr. Osolando Machado diz que a dose é questão de tempo: tanto pôde ser 2.750 r sobre pele em um dia como 5.500 r em 3 semanas ou 6.000 r em 5 semanas, ou ainda 8.000 r em 10 semanas. Há estreita relação entre dose e tempo. Os aparelhos devem estar bem calibrados, pois existem muitos aparelhos de localização errados. A proteção é feita por protetores ou máscaras de chumbo, por meio do desvio do globo ocular e por doses adequadas. Aparecem recidivas quando I) O tamanho do campo irradiado foi insuficiente; II) Dose ou tipo de irradiação não indicada. A epifora não aparece quando a dose é adequada, a não ser que o tumor tenha destruído as vias lacrimais. O aparecimento em outros pontos da face é consequência da queratose senil.

O 3.º Tema Livre foi lido pelo Dr. Oto Freusberg. Versava sobre "Oftalmodinamometria nos tumores cerebrais" escrito em colaboração com o Dr. Djalma Moelmann.

A OFTALMODINAMOMETRIA EM CASOS DE TUMORES CEREBRAIS

O. FREUSBERG

D. MOELLMANN

Tenho o prazer em relatar, brevemente, sobre as experiências colhidas em pesquisas na medição da pressão *arterial* retiniana na presença de tumores cerebrais. Os resultados, publicados até agora sobre a matéria, reduzem-se a casos isolados, sendo ainda polimorfos e contraditórios.

Igualmente não é possível a critica dos trabalhos de cada grupo de pesquisadores em virtude de diferirem muito nos métodos, sendo assim difícil o estudo comparativo dos resultados de suas pesquisas:

O grupo de BAILLART utiliza uma curva de precisão, cuja exactidão é posta em duvida quanto ao olho humano; acontece ainda que admite apenas uma faixa fisiológica de 5 mm Hg para a variação do valor normal retiniano, enquanto na realidade pelos nossos métodos devemos calcular com uma faixa de oscilação fisiológica de = 10 mm Hg.

O grupo de STREIFF calcula a pressão retiniana somente com valores expressos em g-pressão. Os valores assim obtidos não poderão ser comparados com valores expressos em mm Hg.

BAURMANN utiliza-se de um dinamómetro próprio, achando assim valores muito altos, difficilmente aptos para a comparação.

Dadas estas razões, vimo-nos impelidos a ensaiar novos métodos para a medição da pressão arterial em presença de tumores cerebrais. Para esse fim, examinamos em 80 doentes com tumores ce-

rebrais — diagnostico posteriormente comprovado — a relação da pressão retiniana; fizemos isto em LANGENDREER, na clínica de Neuro-Cirurgia do Instituto de MAX-PLANCK para pesquisas encefálicas (Prof. TOENNIS) e na clínica neurológica da Universidade de BONN na Renânia (Prof. GRUHLE).

TABELA 1

DIAGNOSE DOS DISTÚRBIOS CIRCULATÓRIOS ENCEFÁLICOS EM CASOS DE TUMORES CEREBRAIS.

CRITÉRIO DE ANÁLISE	CÁLCULOS DOS VALORES NORMAIS CONFORME	COM ALTERAÇÕES CIRCULA- TÓRIAS	SEM ALTERAÇÕES CIRCULA- TÓRIAS	TOTAL DOS CASOS
Relação P.A.R. diast./P.A.B. diast.	Bailliant 0,5:1,0	13 = 16 %	67 = 84 %	80
Relação P.A.R. diast./P.A.B. diast. entre ambos os olhos	Bailliant 0,5:1,0	22 = 28 %	58 = 72 %	80
Relação P.A.R. diast./P.A.B. diast. entre ambos os olhos	Fórmula própria para a P.A.R. diast.	35 = 44 %	45 = 56 %	80
Relação P.A.R. méd./P.A.B. méd. entre ambos os olhos	Fórmula própria para a P.A.R. méd.	32 = 56 %	25 = 44 %	57
Relação P.A.R. diast./P.A.B. diast. P.A.R. sist./P.A.B. sist. entre ambos os olhos	Fórmula própria para a P.A.R. diast. P.A.R. méd.	46 = 81 %	11 = 19 %	57

P.A.R. = Pressão arterial retiniana;
P.A.B. = " " braquial.

Nesta tabela vemos em síntese os resultados principais. A *primeira* série contem as experiências, que atenderam nas suas conclusões a relação, pelo modo *usual e rígido* da proporção 0,5 para 1,0 entre a pressão retiniana arterial *somente diastólica* com a pressão da artéria braquial. Sob tais condições, conseguimos demonstrar *apenas* em 16% de 80 doentes de tumores cerebrais, alterações da circulação cerebral. Por isso, com este método os dados positivos de diagnóstico em casos de tumores cerebrais são *deveras limitados*.

Atendendo, porém, a uma série de *outros fatores*, os resultados da medição da pressão arterial retiniana tornam-se mais palpáveis.

Encontram-se frequentemente, em pessoas atacadas de tumores cerebrais, o que, porém, *nunca* se encontra nessas proporções em pessoas *sadias*, diferenças entre a pressão arterial retiniana *diastólica e sistólica* do olho direito e do olho esquerdo. Essas diferenças laterais deverão ser consideradas e avaliadas como sinais de distúrbios da circulação cerebral. Procedendo dessa forma, sobe o número porcentual nos casos de tumores cerebrais de 16% para 28% nos indivíduos, que apresentam distúrbios circulatórios.

Tomando ainda como critério, não a rígida relação entre a pressão retiniana e a braquial de 0,5 para 1,0, mas atendendo ao fato, de que *nessa relação* é dada uma *dependência* funcional, e utilizando para esse fim os cálculos há pouco expostos pelo Dr. WEIGELIN no congresso oftalmológico de STRASSBURGO na França, então *eleva-se* a porcentagem dos atacados de tumores cerebrais de 28% a 44%.

Além desses dados pode ainda ser aperfeiçoado o diagnóstico circulatório da artéria central na presença de tumores cerebrais, se combinarmos com os dados já obtidos ainda a pressão retiniana arterial *sistólica*. Realizamos isto pela determinação da *pressão média*. Entendemos por pressão média a *soma* originada pela pressão diastólica e 42% da diferença entre a pressão diastólica e sistólica; isto é: 42% da amplitude arterial retiniana. Por este processo conseguimos ampliar a verificação de alterações circulatórias de 44% para 56% em 57 casos de tumores cerebrais garantidos.

Analisando-se a circulação cerebral por todos esses critérios: examinando portanto cada doente de tumor cerebral em relação a *diferença* de pressão entre ambos os olhos, em relação a presença de uma pressão *diastólica aumentada* ou *diminuída* e ainda em relação a *pressão média* — e calculando estes valores com a fórmula nova, explicada pelo Dr. WEIGELIN em STRASSBURGO — toma então relêvo a importância, que deve ser atribuída à medição da pressão arterial retiniana. Em 81% dos 57 casos examinados revelaram-se assim sinais inequívocos de alterações circulatórias cerebrais.

TABELA 2

FREQÜÊNCIA DE DIVERSAS ALTERAÇÕES CIRCULATÓRIAS ENCEFÁLICAS EM CASOS DE TUMORES CEREBRAIS

SOMA TOTAL 57 DOS	P.A.R. IGUAL ENTRE AMBOS OS OLHOS			P.A.R. DESIGUAL ENTRE AMBOS OS OLHOS
	AUMENTO	AUMENTO DIAST. JUNTO COM ABAIXAMENTO SIST.	ABAIXAMENTOS	
Casos	20	3	3	20
Por cento	35 %	5,5 %	5,5 %	35 %

P.A.R. = Pressão arterial retiniana.

A tabela 2, que se refere aos casos da ultima linha horizontal da tabela 1, nos mostra o número e a porcentagem de 46 casos de tumores cerebrais com alterações circulatórias iguais e desiguais em ambos os olhos.

Resta ainda responder à questão de como se originam essas perturbações circulatórias no interior do cérebro.

É evidente, que o tumor cerebral afetará a circulação da artéria central do olho, desde que tenha relações *diretas* anatómicas (locais) com o sistema vascular, que irriga ou que é irrigado pela artéria central do globo ocular.

A compressão tumoral sobre a *artéria carótida interna* há de provocar um aumento de resistência vasal, oferecido ao fluxo circulatório para trás e como consequência *diminuir* a pressão sanguínea na artéria central. Se *ambas* as carótidas forem afetadas igualmente, seguirá uma *diminuição* de pressão bilateral; mas se for afetada *uma só* carótida, a diminuição será unilateral, do lado do tumor. Exemplifiquemos: Um tumor hipofisário se apresentou com caracteres sintomáticos típicos de hipotensão arterial retiniana só a direita, acompanhado com uma tractushemianopsia homônima esquerda. Por intervenção neuro-cirúrgica verificou-se um craniofa-

ringioma com desenvolvimento acentuado e atípico para a direita. Também outros dos nossos casos com *hipotensões* arteriais retinianas bilaterais apresentavam relações anatómicas com a *base do crânio*.

Nos casos estudados por nós de diferença de pressão entre ambos os olhos *não é essencial*, que os tumores estejam localizados do lado da *hipotensão* arterial retiniana. Em dois casos de tumores esfenoidais maiores, estavam estes localizados do lado da *hipertensão* arterial retiniana. Em ambos os casos havia apenas uma papiledema do mesmo lado. Nesse, como em casos análogos, o tumor poderia ter dificultado o fluxo eferente venoso do olho e provocado consequentemente uma *hipertensão* arterial, em consequência ao aumento da resistência vasal, oferecido ao fluxo sanguíneo na circulação *periférica*.

Além da possibilidade dos influxos *diretos* de um tumor, causados na maioria dos casos por diferença *unilateral* e por *hipotensões* arteriais retinianas, ainda há influxos *indiretos* sobre os distúrbios circulatórios — a saber, por uma *compressão intracraniana*. Ela causa a *hipertensão venosa* no crânio. O aumento da resistência vasal, oferecido ao fluxo sanguíneo nos vasos *eferentes* (*venosos*), provoca por este motivo também um aumento da pressão *capilar* e consequente *hipertensão arterial* na caixa craneana. A artéria central do globo ocular está anexa ao sistema cerebral sanguíneo e oscila com as variações deste sistema. Assim podem ser interpretadas as *hipertensões sistólicas* e *diastólicas* arteriais retinianas.

Hipertensões *bilaterais e igualmente elevadas* nas artérias centrais retinianas encontramos na maioria dos tumores da fossa posterior craneana, bem como em *grandes* tumores frontais e médio-cranianos.

Uma compressão intracraniana *muito grande, atingindo certo limite*, já não provoca aumento da pressão arterial retiniana, mas em virtude da interrupção arterial durante a sístole da Carótida causa uma *hipotensão sistólica* retiniana. *Permanece* a *hipertensão diastólica* retiniana como consequência do impedimento do fluxo *venoso* eferente cerebral. Desta maneira pode ser provocada hipotensão sistólica junto com uma *hipertensão diastólica* retiniana; isto é: uma *diminuição* da amplitude retiniana de 10 a 20 mm Hg em vez de 30 a 40 mm Hg, como normalmente se observa.

Espero que a minha exposição tenha esclarecido satisfatoriamente a este ilustre auditório, que o exame da pressão *arterial* no globo *presente*.

ocular, tomados em conta todos esses critérios, serve frequentemente como base de diagnóstico em tumores cerebrais. Com os métodos anteriores era isto possível somente numa porcentagem reduzida.

Iniciando os comentários, o Prof. Hilton Rocha diz não haver paralelismo entre a Pressão da Artéria Central da Retina e a do líquido céfalo-raqueano. Igual conceito é expendido pelo Dr. Pedro Moacyr de Aguiar, que acha pouco preciso o oftalmodinamômetro de Bailliart.

Em resposta, o Dr. Freusberg diz que por um processo novo, descrito recentemente no Congresso de Strasbourg, pôde ser encontrada positiva em cerca de 80 % dos casos a relação entre a pressão da artéria central da retina e a do líquido céfalo-raqueano.

Foi então transferida a Presidência para o Dr. José de Almeida Rebouças que agradece em nome da delegação do Estado do Espírito Santo.

O Dr. Pedro Moacyr de Aguiar leu o 4.º Tema Livre sobre "Pápilas de estase", não tendo havido comentários.

PAPILAS DE ESTASE

PEDRO MOACYR DE AGUIAR

Foram reunidos, aqui, para um estudo de conjunto, 114 casos clínicos de pacientes que apresentaram, pelo menos numa fase da evolução de sua doença, hipertensão craneana, e papila de estase bem constituída ou incipiente, ou que foram vistos já com reliquats de papila de estase:

Papila de estase incipiente	15 casos
Papila de estase bem constituída	93 casos
Reliquats de papila de estase	6 casos

Foram considerados no grupo das “papilas de estase bem constituídas” todos os casos que passaram por essa fase.

A série compreende apenas pacientes matriculados em serviço neurológico (Instituto de Neurologia da Universidade do Brasil — Serviço do Prof. DEOLINDO COUTO), ou que estavam sob cuidados de neurologistas quando foram por mim examinados. Para a maioria dos casos fui apenas um elemento de equipe hospitalar; noutros fui consultado eventualmente.

O exame oftalmológico revelou nestes 114 pacientes, além das alterações de fundo de olho, as seguintes perturbações motoras, sensitivas e sensoriais:

Paral. sensório sensitiva motora	1 caso
Oftalmoplegia total	1 caso
Paralisias do motor ocular externo, uni ou bilateral	23 casos
Paralisias do motor ocular comum	3 casos

Paralisias isoladas do patético	2 casos
Nistagmo	16 casos
Perturbações dos movimentos associados	3 casos
Estrabismo concomitante	5 casos
Hipoestesia da córnea	10 casos
Redução da visão central	
a) de 5/7,5 a 5/20 (no olho pior)	41 casos
b) de mais de 5/20 até 5/50 (no olho pior)	16 casos
c) cegueira unilateral	3 casos
d) cegueira bilateral	7 casos
Defeitos do campo visual (excluindo aumento da mancha cega)	21 casos

Os defeitos do campo visual observados foram os seguintes:

a) quadranopsia binasal inferior, em um caso de cisticercose; b) hemianopsias bitemporais em 2 casos: um crâneo-faringioma e um tumor não identificado; c) defeitos homônimos, congruentes, localizados, em 3 casos: em 2 tumores temporais e num neurinoma do acústico (!); d) hemianopsia congruente, homônima, quase total, em um caso de abscesso cerebral; e) hemianopsia homônima total, num tumor occipital; f) defeitos irregulares não característicos, em 13 casos.

É alarmante, nesta estatística, a quantidade dos pacientes com baixa de visão secundária à papila de estase. Os números falam mais do que qualquer comentário. Em muitos destes casos houve um fator de máxima importância: um longo período de doença sem orientação neurológica, ou mesmo totalmente sem assistência médica. Ainda não há muito PORTUGAL (1) se referia a “porcentagem elevada de pacientes já amauróticos, passíveis de cura pela benignidade dos tumores que os acometem”, que lhe chega às mãos.

Etiologia das papilas de estase

Em 88 dos 114 pacientes desta série foi possível obter dados sobre o diagnóstico neurológico. Em 26 casos o diagnóstico não foi apurado pelas seguintes razões:

4 pacientes faleceram sem diagnóstico positivo e não foram autopsiados;

4 pacientes continuam em observação;

14 foram transferidos para outros serviços ou não puderam ser localizados após o exame oftalmológico.

Dificuldades momentâneas de ordem interna, motivadas pela reforma radical por que acaba de passar o Instituto de Neurologia, foram responsáveis pela dispersão de grande número de pacientes e dificultaram a colheita de informações; daí esta lacuna, apesar da boa vontade e a colaboração dos colegas neurologistas e neuro-cirurgiões em fornecer informações sobre os pacientes que estiveram sob seus cuidados.

O diagnóstico nos 88 casos foi o seguinte:

Neoplasias intracranianas	42 casos
gliomas	18 casos
meningiomas	13 casos
neurinomas do acústico	3 casos
crâneo-faringiomas	2 casos
pinealomas	2 casos
hemangioblastoma	1 caso
papiloma do plexo-coróide	1 caso
carcinomatose	1 caso
adenoma cromóforo	1 caso
Tumores provavelmente neoplásicos	10 casos
Tumores não neoplásicos	10 casos
hematoma subdural	2 casos
abcesso cerebral	3 casos
cisticercose	3 casos
tuberculoma	1 caso
cisto de septo lúcido	1 caso
Afecções não tumorais	26 casos
— meningite	5 casos
meningite sífilítica	2 casos
meningite linfocitária be- nigna	3 casos

— hemorragia subaracnoideana	6 casos
por aneurisma	2 casos
sem causa determinada ...	4 casos
púrpura trombocitopênica	1 caso;(*)
— encefalopatia hipertensiva	9 casos
com retinopatia hipertensiva	4 casos
apenas c/papila de estase ..	5 casos
hidrocefalia	3 casos
diagnóstico incerto	2 casos

Os tumores intracraneeanos contribuem com a maior quota de papila de estase em tôdas as estatísticas. Nesta série, considerando apenas os 88 casos com diagnóstico etiológico digno de estudo, as neoplasias intracraneeanas (42 casos provados e 10 casos muito prováveis) determinaram 59 % das papilas de estase, e as outras afecções meningo-encefálicas, incluindo os tumores não neoplásicos, os restantes 41 %. Tratando-se de pacientes que suscitaram problemas neurológicos, é de se assinalar a alta incidência de processos não neoplásicos nesta série. No quadro seguinte estão assinalados os números de algumas estatísticas, para têrmo de comparação:

	P. M. AGUIAR	MARCHESANI (3) *	UTHOFF (4)	ADROGUE (5)	ADROGUE E INSAUSTI (6)
Neoplasias ..	58 %	65 %	71 %	77 %	69 %
Outras afec- ções	42 %	35 %	29 %	23 %	31 %

A idade dos pacientes com papila de estase determinada por neoplasia intracraneeana variou dentro de amplos limites nesta série: 5 dos 52 pacientes tinham 10 anos, ou menos, de idade. Para os

(*) Caso publicado. B. Couto, P. M. Aguiar e Campos da Paz (2).

(*) Foram retirados, para uniformização dos resultados, os casos sem diagnóstico.

2 tipos de neoplasias mais numerosos, gliomas e meningiomas, a incidência por grupo de idade foi a seguinte:

	<i>gliomas</i> (18 casos)	<i>meningiomas</i> (13 casos)
Menos de 10 anos ..	1	0
Menos de 20 anos ..	6	0
Menos de 30 anos ..	2	2
Menos de 40 anos ..	3	2
Menos de 50 anos ..	5	7
Menos de 60 anos ..	1	2

Este modo de distribuição com 2 ápices de frequência para os gliomas (na dependência do tipo histológico de diferenciação do tumor) e com uma frequência crescente na direção da pré-senilidade para os meningiomas se encontra registrado nas estatísticas mais numerosas, como a de BAILEY (7), por exemplo. Nos restantes 21 pacientes com neoplasias aqui estudados, a idade oscilou entre 6 e 40 anos.

A extrema gravidade das neoplasias com hipertensão craneana está bem ilustrada aqui: 30 dos 52 pacientes faleceram em consequência de sua doença neurológica. Alguns faleceram antes de qualquer terapêutica ativa; outros foram operados e faleceram. Outros 2 óbitos, em pacientes operados foram devidos a causas não relacionadas com o tumor craneano: um, com sobrevida de um ano e 2 meses, faleceu em consequência de acidente cardíaco-vascular; o outro, com sobrevida de 8 meses, teve perfuração de úlcera gástrica. Vinte pacientes estavam vivos após a neuro-cirurgia, quando do último contrôle. O período de sobrevida post-cirúrgica neste grupo é variado. Há casos controlados há vários anos: um foi operado há 3 anos e 8 meses (um dos primeiros casos desta série) e está passando perfeitamente bem; três outros há cerca de 3 anos; os demais casos foram seguidos por períodos mais curtos.

A idade dos pacientes com papila de estase por afecção não tumoral também variou dentro de amplos limites. Em 2 pacientes com menos de um ano de idade (3 meses e 9 meses, respectivamente), ambos com hidrocefalia, foi verificada a existência da papila de estase.

A evolução dos casos que foram acompanhados vai registrada abaixo:

	N.º de casos	Vivos	Falecidos	Ev. ignorada
Meningite	5	5	—	—
Hemorr. subaracnoid.	6	6	—	—
Hidrocefalia	3	—	2	1
Cisticercose	3	—	1	2
Abcesso cerebral	3	3	—	—
Hemat. subdural	2	1	1	—
Tuberculoma	1	—	1	—
Púrpura	1	—	1	—

Os casos de encefalopatia hipertensiva foram transferidos e não puderam ser acompanhados.

Houve 2 casos, neste grupo, que apresentaram hipertensão craneana acentuada e que evoluíram para a cura sem que se pudesse precisar o diagnóstico da afecção em causa. Estes 2 doentes continuam passando bem, sob contróle clínico e oftalmológico, há 2 anos e há um ano, respectivamente.

REFERÊNCIAS

- 1) J. RIBE PORTUGAL — Arch. Bras. Med. 38; Ns. 1, 2, 3, pág. 6 (1948).
- 2) B. COUTO, P. M. AGUIAR e J. C. CAMPOS DA PAZ — Jr. Bras. Neur., n.º 2, pág. 235 (1949).
- 3) MARCHESANI cit. por REA — Neuro Ophthalmology. The Mosby Co., pág. 545 (1941).
- 4) UTHOFF cit. por WALSH — Clinical Neuro Ophth. The William and Wilkins Co., 1.ª ed., 1947.
- 5) ADROGUE — Neurologia Ocular, Ed. Atheneu, 1942, pág. 397.
- 6) ADROGUE e INSAUSTI — cit. por ADROGUE (5).
- 7) P. BAILEY — Intracranial Tumors. Charles Thomas, 2.ª ed., 1948.

Assumindo a Presidencia o Dr. W. Belfort de Mattos agradece em nome do "oculista desconhecido", dando a palavra ao Prof. Moacyr Alvaro para ler o 5.º Tema Livre sobre "As sulfidrilas nas doenças da córnea e da conjuntiva".

A SULFIDRILA NO TRATAMENTO DAS AFECÇÕES DA CORNEA

MOACYR E. ALVARO

(Membro da Academia Nacional de Medicina
e do American College of Surgeons)
São Paulo

A importância do radical SH, da sulfidril, para as trocas celulares e para a vida dos tecidos é conhecida já ha tempos. Assim, MELLON (11) em 1942 verificou experimentalmente que as sulfidrilas estimulam o crescimento dos tecidos. ELVEHJEM (7) e outros verificaram que é principalmente por intermedio dos sulfidrilas que se processa a oxigenação dos tecidos. LOCALIO, GILETTE e HINTON (9) verificaram que a administração paraenteral de substancias contendo sulfidril (como a metionina) estimula a cicatrização de feridas.

E' cousa passada em julgado a importancia das sulfidrilas para o organismo em sua defeza contra substancias toxicas, na oxidação e redução e no provimento do oxigenio para a respiração dos tecidos. As substancias sulfuradas como a cistina e a metionina formam o glutathion, componente normal dos tecidos e essencial á respiração das celulas e mesmo á sua propria vida. E' sabido também que em determinadas circunstancias, quando o organismo deve defender-se contra substancias toxicas, necessita de maiores quantidades de sulfidril porque a sulfidril combina-se com essas substancias toxicas transformando-as em produtos facilmente eliminaveis. E' o que acontece com o BAL (1) (British Anti Lewisite) que também contem a sulfidril e que combina-se com o Arsenico e o Mercurio, evitando a combinação desses corpos simples com outros gru-

pos quimicos nas celulas o que viria causar o bloqueio que iria imobilizar entre outras substancias a sulfidrilas normal. Esse bloqueio iria impedir o prosseguimento das trocas fisiologicas necessarias á vida da celula.

Devemos portanto ter em mente que nosso organismo necessita normalmente de uma certa quantidade de radicaes SH ativos e que em certas condições necessita de uma quantidade muito maior afim de proteger o funcionamento normal das celulas e principalmente a sua oxigenação.

Segundo VIDAL (14) e outros, o epitelio da cornea contem uma camada constituida de polisacarideos aminados, que uma vez espessada além do normal de 0,05 micra contribue para a opacificação progressiva da cornea. Esses polisacarideos aminados são controlados em seu acumulo por um enzima mucolitico, a lizozima, contido no liquido lacrimal, mas a atuação desse enzima depende essencialmente da presença de sulfidrilas ativas. Toda a vez que estejam presentes outras substancias que se combinem ativamente com as sulfidrilas a lizozima é inativada.

CRUTHIRDS (3), (4), (5), (6) desde 1942 vem referindo os bons resultados obtidos a principio no tratamento de queimaduras oculares e ultimamente no de leucomas corneanos também, com o uso de soluções de sulfidrilas.

HEDWIG KUHN (8), autoridade em oftalmologia industrial, referiu também os resultados obtidos no tratamento de 300 casos de queimaduras oculares.

MURRAY McCASLIN (10) outra autoridade em oftalmologia industrial faz referencia aos excelentes resultados obtidos com a sulfidrilas não só no tratamento de queimaduras oculares como também no de inflamações da cornea e para diafanizar leucomas corneanos.

CARROLL R. MULLEN (12) também refere ter obtido otimos resultados no tratamento de queimaduras oculares por alcalis e acidos com o uso do Hydrosulphosol.

Graças a gentileza de MURRAY McCASLIN e dos fabricantes do Hydrosulphosol, a firma E. C. Lientz & Co., conseguimos uma certa quantidade desse medicamento que contem o radical SH em uma forma atoxica bem tolerada e em concentração cerca de 50 vezes maior do que a que é encontrada no sangue humano normalmente

(SALLE) (13). O radical SH é encontrado na proporção de 0,237% no Hydrosulphosol.

Desde principios deste ano vimos empregando esse medicamento.

Tivemos a nossa disposição o Hydrosulphosol em solução oleosa, a solução aquosa de Hydrosulphosol e o Hydrosulphosol para uso oral.

O Hydrosulphosol oleoso é uma diluição do concentrado aquoso em óleo de ricino, na proporção de 1:20. A vantagem do uso do óleo de ricino e a sua densidade é a facilidade com que o óleo contendo o sulfidrilal espalha-se por igual e adere aos tecidos. Para usar esse sulfidrilal em suspensão oleosa é mister vascolear fortemente o vidro antes de usar o medicamento, de vez que o concentrado separa-se aos poucos do excipiente. Torna-se necessario também muitas vezes aquecer o medicamento para conseguir uma suspensão bem distribuida.

O Hydrosulphosol aquoso vem em forma concentrada e deve ser diluido na proporção de 1:20 em agua bidistilada.

O Hydrosulphosol para uso oral contem complexos sulfurados de alto poder reativo e inclue polisulfitos e hiposulfitos de calcio que fornecem o radical monovalente SH. Devido ao seu gosto desagradavel deve ser colocado dentro de capsulas gelatinosas no momento de ser usado: 5 gotas diarias.

Tratamos de pacientes com as seguintes condições: queimaduras quimicas por acidos e alcalis; ulceras rebeldes da cornea; xerose.

Nas queimaduras por acidos e alcalis é mister fazer uma longa irrigação dos fundos de sacco conjuntivaes e da conjuntiva bulbar e cornea. Essa irrigação deve durar pelo menos trinta minutos.

Deve ser feita cuidadosamente. Pouca importancia tem o pH da solução usada para a irrigação, de vez que o agente quimico que causou dano aos tecidos já foi por estes neutralizado, pouco adiantando tentar fazer uma neutralização a posteriori.

O que deve-se procurar fazer é neutralizar os efeitos deleterios dos agentes quimicos sobre os tecidos. Esses efeitos conduzem a morte do tecido e o nosso principal objetivo deve ser o de impedir essa morte, por estimulo vivificador. BARRON e SINGER (2) demonstraram que existem na molecula proteica certas ligações e grupos nas cadeias lateraes sem cuja integridade os enzymas ficam inativos. Destes grupos a sulfidrilal eletronegativa (SH) é talvez a de:

maior importancia. Muitas reações metabolicas são catalizadas por enzimas que necessitam da sulfidrilas para agir, o que é provado pela inibição da atividade do enzima pelo bloqueio quimico das sulfidrilas. O acrescimo de um excesso de sulfidrilas propicia novamente a atividade dos enzimas. Também LOCALIO, em trabalho citado anteriormente, chamou a atenção para o fato de ser a influencia dos enzimas que necessitam a sulfidrilas da maior importancia nas fazes iniciais da cicatrização das feridas.

Assim, após a irrigação com soro fisiologico abundante, cuidadosa e demorada, é feita a anestesia com neotutocaina e a cicloplegia com homatropina ou atropina conforme a severidade dos casos, após o que enche-se o fundo de saco conjuntival com o Hydrosulphosol oleoso, pedindo ao paciente para que não aperte as palpebras afim de manter nos fundos de saco a maior quantidade possivel de droga. E' aplicado a seguir um curativo oclusivo compressivo bilateral. Nos casos mais graves convem levantar o curativo de tres em tres horas afim de encher novamente o fundo de saco com o Hydrosulphosol. Nos casos menos graves é suficiente aplicar o medicamento de 24 em 24 horas.

Vemos que com o emprego do Hydrosulphosol ha uma completa modificação da tecnica classica aconselhada para o tratamento de queimaduras e convem que fique aqui assinalado que somente com o uso desta nova droga deve-se pensar em oclusão em casos de queimadura ocular, outramente a ser considerada como erro palmar.

Os resultados que obtivemos com o Hydrosulphosol em queimaduras com acidos (acetico e cloridrico) e alcalis (cal) foram sempre excelentes, havendo seguido a técnica referida acima. Não só o paciente fica desde logo aliviado das dores como também a cicatrização é rapida e, o que mais importa, as cicatrizes opacificantes da cornea diafanizam-se prontamente. Nem tampouco ha a temer a formação de simblefaros.

Nos pacientes com ulceras rebeldes da cornea observamos uma cicatrização rapida. Também pudemos observar uma diafanização mais rapida das opacidades cicatriciaes.

Nesses casos usamos a principio Hydrosulphosol oleoso em curativos oclusivos. Ultimamente, uma vez conseguida a cicatrização, e com o fito de obter uma melhor diafanização temos usado o Hy-

dro-sulphosol liquido, diluido na proporção de 1:20 em agua bidistilada, a ser instilado de hora em hora.

Em um caso de xerose, pudemos obter uma consideravel diafanização da cornea que do aspeto plumbeo mate, transformou-se em membrana brilhante, com desaparecimento de alguns vasos neoformados no epitelio. Também a conjuntiva neste caso, mudou completamente de aspeto, readquirindo sua elasticidade.

Ultimamente, entusiasmado com os resultados obtidos, estamos empregando o Hydrosulphosol em solução aquosa, diluido a 1:20 do concentrado original em instilação frequentes para o tratamento de conjuntivites cronicas, onde ha evidencia de disfunção do liquido preocular, por falta de ação da camada lacrimal. E os resultados que vimos observando nos animam a afirmar a excelencia dessa terapeutica baseada na ação estimulante da sulfidril para os tecidos e na ação que tem sobre os polisacarideos aminados do epitelio corneano.

Resumo e Conclusões: E' feito um apanhado do rationale relativo ao uso da sulfidril no tratamento de feridas e queimaduras oculares, baseado na literatura existente. Também é feita referencia sobre o papel das sulfidrilas na fisiologia da cornea e do liquido pre-ocular. São referidos os resultados excelentes obtidos pelo A. no tratamento de queimaduras oculares, ulceras de cornea, diafanização de opacidades da cornea em um caso de xerose e em diversos casos de conjuntivite cronica pela aplicação local das sulfidrilas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Bal in the Treatment of Metallic Poisoning. Editorial J.A.M.A. 142: 488, 18 de Feb., 1950.
- 2 — BARRON, E. S. G., e SINGER, T. P. — J. Biol. Chem., 57:221, 1945.
- 3 — CRUTHIRDS, A. E. — The Treatment of Face and Eye Burns with a Sulfhydryl Solution. Industrial Medicine, March, 1942.
- 4 — CRUTHIRDS, A. E. — Burns of the Ear, Nose, Mouth and Adjacent Tissues. The Laryngoscope, July, 1943.
- 5 — CRUTHIRDS, A. E. — Importance of Sulfhydryl in the Treatment of Corneal and X-Ray Burns. Am. J. Surg., October, 1946.
- 6 — CRUTHIRDS, A. E. — Use of Sulfhydryl in the Treatment of Corneal Scars Following Chemical Eye Burns and Ulcers. Transactions of the American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology, July-August, 1950.

- 7 — ELVEHJEN e WILSON — Respiratory Enzymes, Minneapolis, 1939. Burgess Publishing Company.
- 8 — KUHN, Hedwig — The Use of Hydrosulphosol (Sulfhydryl) in the Treatment of Chemical and/or Thermal Burns of the Eyes. Industrial Medicine, 17:9,347-350, Sept., 1948.
- 9 — LOCALIO, GILETTE e HINTON — The Biological Chemistry of Wound Healing. II The Effect of dl Methionine on the Healing of Surface Wounds. Surg. Gynec. & Obst., 89:69-73, July, 1949.
- 10 — McCASLIN, MURRAY F. — Conferência na Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, Abril, 1951.
- 11 — MELLON — A New Sulfhydryl Solution for the Treatment of Burns. Industrial Medicine, Jan., 1942.
- 12 — MULLEN, Carrol R. — The Journal of Aviation Medicine, 21:1-61, Fev., 1950.
- 13 — SALLE, A. J. e KORZENOVSKY, M. — Nature of Hydrosulphosol and its Toxicity to Living Embryonic Tissue, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 49:212-215, 1942.
- 14 — VIDAL, Flaminio — Conferência no Centro de Estudos de Oftalmologia em Maio de 1951, São Paulo.

Abrindo a discussão o Dr. Paulo Braga Magalhães indaga se o Sulfozol pôde ser conseguido em nosso meio. Depois das recentes conferencias do Dr. Flaminio Vidal, tem empregado a sua fórmula com bons resultados. Cita trabalhos francezes nos quais vem notícia do emprego de aminoácidos sulfurados nas queimaduras da córnea. Antes da ida do Dr. Vidal a São Paulo já empregara os aminoácidos sulfurados, cuja ação é muito melhorada quando veiculado na metil celuloze como aconselha Vidal. O Dr. Ruy Fernandes acha a denominação sulfidril imprópria porque sulfidril é um radical, não existindo, portanto em liberdade.

Encerrando a discussão, o Prof Moacyr Alvaro diz que a admissão do Sulfozol em nosso país depende das restrições alfandegarias e do registro na Saude Pública. Póde-se obtê-lo diretamente dos E.E.UU. como amostra para uso médico, mediante envio da importância correspondente em dólares, oferecendo o endereço, caso haja interesse. Quanto á objeção do Dr. Ruy, diz que se fosse citar o composto, o título do seu trabalho ocuparia 3 linhas. No caso, o que age é o radical sulfidril encontrado na substancia.

Não estando presente o Dr. Paulo Niemeyer, autor do 6.º Tema Livre, foi encerrada a sessão, e logo a seguir iniciada sob a Presi-

dencia do Prof. Paulo Cesar Pimentel a sessão para escolha do local do VIII Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

Pedindo a palavra o Dr. Colombo Spínola passa a ler a seguinte

Moção

“Considerando que o atual Congresso Brasileiro de Oftalmologia encerra um ciclo de atividades oftalmológicas no território nacional;

Considerando que o I Congresso foi realizado em São Paulo e que em 1954 será celebrado o IV Centenário da Fundação da Cidade de São Paulo, os congressistas abaixo assinados propõem:

Fica escolhida a cidade de São Paulo para sede do VIII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, que deverá ser realizado em 1954.”

(Seguem-se 70 assinaturas)

A moção foi aprovada por aclamação.

Propõe então o Dr. Paiva Gonçalves que a organização do Congresso seja entregue às 4 Sociedades especializadas do Estado, a saber: Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, Centro de Estudos de Oftalmologia, Seminário de Oftalmologia Prof. J. Brito e Associação Médica do Instituto Penido Burnier, aprovado pelo plenário.

O Dr. Natalicio leu a seguir a segunda

Moção

“O VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia recomenda que as organizações oftalmológicas do país fundem anexo aos respectivos serviços, um Departamento de Pesquisas da especialidade”.

(Seguem-se 27 assinaturas)

Foi aprovada sem discussão.

Levanta-se o Dr. Sylvio de Abreu Fialho, para ler a

Moção

“Considerando que o Governo do Estado de São Paulo, por intermedio do interventor Dr. Adhemar Pereira de Barros, criou em 1938 o Serviço de Combate ao Tracoma no Estado;

Considerando que o referido serviço, em 1943, por iniciativa do seu Diretor, Dr. Sylvio de Almeida Toledo, foi organizado em todo o território do Estado, com a instalação de uma grande rede de 87 dispensários e postos rurais fixos e móveis, e a preparação técnica de grande número de oculistas e enfermeiros:

Considerando que o referido serviço de Profilaxia vem prestando grandes benefícios á população do Estado, servindo de padrão e incentivo aos demais Estados da Federação;

Considerando que o Dr. SYLVIO DE ALMEIDA TOLEDO, Diretor do Instituto do Tracoma de São Paulo, apresentou na sessão de 13 do corrente deste conclave, o Plano Quadrienal de realizações do Governo de São Paulo, no setor de Saude Pública e Assistencia Social a cargo do ilustre Professor Dr. FRANCISCO ANTONIO CARDOSO, no qual se incluem providencias de grande vulto médico-social, máxi-me no terreno da profilaxia contra o tracoma no Estado, nos próximos quatro anos.

Este Congresso em sessão solene de encerramento, deliberação enviar uma moção de aplausos ao Governador do Estado, Professor Dr. LUCAS NOGUEIRA GARCEZ e ao seu digno Secretario de Saude e Assistencia Social, concitando-os a que prossigam com firmeza na grande obra de erradicação da endemia no Estado, que tem na pessoa do Dr. SYLVIO DE ALMEIDA TOLEDO — um reconhecido técnico, assim como um apaixonado estudioso no problema e brilhante administrador.”

(Seguem-se 38 assinaturas)

Igualmente aprovada pelo plenário.

A seguir o Dr. Paiva Gonçalves leu a

Moção

“Os participantes do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia deixam consignados, nesta moção, seus votos de louvores às Comissões deste Congresso, especialmente à Comissão Central, pela maneira brilhante como organizaram e conduziram os trabalhos científicos e bem assim pela maneira carinhosa como acolheram e assistiram os Congressistas e a suas Famílias;

Ao Prof. PAULO CEZAR PIMENTEL e ao incansavel e dedicado Secretario, Professor WERTHER DUQUE ESTRADA, aos quais muito se ficou devendo, nossas especiais referencias.”

(Seguem-se 35 assinaturas)

A moção foi aclamada.

Por fim, o Dr. Egon A. Krueger passa a ler um resumo do seu trabalho sobre a simulação nos acidentes do trabalho, pedindo que fosse votada a moção. A Mesa pede que o Dr. Egon apresente a moção escrita, como é do regulamento, travando-se viva discussão, sendo afinal aprovada a redação proposta pelo Professor Moacyr Alvaro nos seguintes termos:

Moção

“O VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia sugere aos poderes competentes a revisão da Lei de Acidentes no Trabalho, no que diz respeito aos acidentes oculares do trabalho”.

(Seguem-se 5 assinaturas)

O Dr. EGON KRUEGER informa que foi fundada a Sociedade de Oftalmologia e Oto-Rino-Laringologia do Paraná, anexa à Sociedade de Medicina do mesmo Estado, sendo dada uma salva de palmas à nova Associação, por proposta do prof. Moacyr Alvaro.

Finalmente, foram indicados os Drs. Sylvio de Abreu Fialho e Prof. Clovis Paiva par falar em nome das Comissões do Congresso e dos visitantes, respectivamente, após o que foi levantada a sessão.

Sessão de encerramento

Foi realizada no Auditório do IPASE, às 21 horas do dia 14 de julho, de acordo com o resolvido na sessão preparatória. Presidiu-a o Professor Paulo Cezar Pimentel, secretariado pelo Dr. Werther Duque Estrada.

Aberta a sessão, o Sr. Presidente dá a palavra ao Dr. Werther Duque Estrada para a leitura das moções aprovadas na sessão vespertina.

Em seguida, em nome das Comissões do Congresso, o Dr. Sylvio de Abreu Fialho falou, agradecendo o comparecimento dos colegas dos Estados, os quais determinaram que o prof. Clovis Paiva respondesse. Foi a seguinte a oração do prof. da Faculdade de Medicina de Recife.

“Exmo. Sr. Presidente e demais membros da Comissão Executiva do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

Srs. Congressistas.

Minhas Senhoras.

Sensibilisou-me, profundamente o gesto generoso dos oculistas de todos os Estados brasileiros, presentes a este conclave, escolhendo o meu nome para orador oficial desta solenidade.

Recebí a designação mais como uma homenagem ao novel catedrático recém-empossado na cátedra do Recife, do que propriamente aos dotes oratórios que longe estou de possuir.

A assembleia de hoje, meus senhores, encerra mais uma página brilhante da Oftalmologia brasileira. Na verdade, o VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia acaba de constituir um solene atestado do alto nível da oculística nacional, trazendo ao mesmo tempo um número incontável de benefícios tanto para a ciência oftalmológica, como para o ensino da especialidade no país.

Este magno certame significa, inegavelmente, mais um elo na cadeia dos congressos nacionais, tão auspiciosamente iniciada na capital bandeirante e prosseguida com brilhantismo, em Porto Alegre, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Salvador, e Recife, culminando com o que óra se encerra, coroado de pleno êxito.

Fortificam-se, deste modo, dia por dia, os laços de amizade que estreitam os cultores de especialidade no Brasil.

Assim como sentimos fortalecida em nós a convicção de que caminhando juntos, mais ameno se torna o fardo de responsabilidade que pesa sobre os ombros, como obreiros de tão nobre e delicado ramo das ciências médicas.

E' de justiça, ao mesmo tempo, ressaltar o interesse, cada vez maior, dos oftalmologistas do Brasil e dos países irmãos, por estas reuniões periódicas a que não tem faltado o comparecimento das Exmas. Senhoras dos Congressistas, emprestando às nossas reuniões sociais a sua graça e o seu encantamento.

Aproveito o ensejo para expressar os meus sinceros votos, no sentido de que, no próximo conclave a realizar-se na cidade de São Paulo, em 1954, por ocasião do seu 4.º centenário, o VIII Congresso de Oftalmologia venha a ter brilho idêntico, contando com o interesse e o entusiasmo da maioria dos oculistas brasileiros e estrangeiros, reafirmando assim, na capital bandeirante, o alto nível a que atingiu a oftalmologia em nosso país.

Meus Senhores:

Do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia levamos uma profunda impressão de dinamismo, progresso e entusiasmo que foram as características das nossas sessões científicas.

Levamos também, a noção de responsabilidade cada vez maior, de que nos achamos investidos como profissionais conscientes e como professores da especialidade.

Em nome dos senhores congressistas, quero felicitar efusivamente a comissão executiva do VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, pela maneira habil e eficiente com que deu cabal desempenho às funções que lhe foram delegadas.

E concito os colegas presentes a que continuem na senda do estudo, da pesquisa e do trabalho, que por todos vem sendo trilhada, afim de que novas contribuições venham enriquecer o acervo da oftalmologia nacional.

Convicto estou de que o meu apelo encontrará éco em cada um de vós, pois assim fazendo estaremos realizando uma obra meritória para o bem coletivo e para o maior engrandecimento da oculística brasileira."

Em seguida, foi encerrada a sessão, e o VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

Parte social

Embora lutando contra a falta de tempo conseqüente ao fechamento do Hotel Quitandinha, ocorrido menos de um mês antes do início do Congresso, a Comissão de Festas, auxiliada espontaneamente por vários membros das outras Comissões, pôde organizar um programa social bastante atraente.

Terminada a sessão inaugural, o Dr. Sylvio de Abreu Fialho ofereceu em sua residência uma recepção aos congressistas.

No dia 12, as senhoras assistiram no Teatro Regina, á peça "Irene", do Dr. Pedro Bloch, ilustre oto-rino-laringologista e conhecido autor teatral, bastante apreciada pelo seletto auditório.

Sexta-feira, ás 17 horas, houve um chá na Confeitaria Colombo, de Copacabana, oferecido pelas Comissões ás famílias dos oftalmologistas.

No dia seguinte, houve um cock-tail no Yacht Club do Rio de Janeiro, ao qual compareceram os congressistas e suas famílias, sendo projetado o filme tirado por ocasião do VI Congresso, realizado em Recife, além de alguns filmes documentários cedidos pela Embaixada Norte Americana.

Domingo de manhã, cerca de 90 congressistas e convidados participaram de um passeio pelas novas estradas de turismo do Distrito Federal, indo até ao Corcovado, passando pelas estradas das Canôas e do Redentor.

Á tarde foi corrido no Jockey Club Brasileiro o Prêmio VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, sendo servida uma mesa de doces e uma taça de champanha, oferecidas pela Diretoria do Jockey.

Finalmente, á noite, houve um jantar dançante no Club dos Caiçaras, acompanhado de "show".

Sessões Cirúrgicas

Durante a realização do Congresso foram feitas varias demonstrações cirúrgicas nos serviços dos Drs. Caldas Brito, Uchôa Cavalcanti, Nelson Moura Brasil do Amaral, Paulo Filho, Abreu Fialho e Ruy Rolim; no Laboratorio Cissa foram realizadas operações em animais.