

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

DIRETORES: EVALDO CAMPOS, JONAS DE ARRUDA, LUIZ NOGUEIRA

ANO XV

SETEMBRO DE 1956

N.º 3

TUMORES PRIMITIVOS DA ÓRBITA (*)

NICOLINO REBELLO MACHADO

Chefe do Serviço de Olhos da
Santa Casa de Santos

TUMORES PRIMITIVOS DA ÓRBITA

Os tumores primitivos da órbita constituem uma ocorrência rara na especialidade. De 74.700 pacientes por mim examinados só encontrei 17 portadores dessa lesão o que dá uma percentagem de 0,0277. Nesse número estão incluídos apenas os tumores primitivos dessa cavidade e de suas paredes, excluindo-se os tumores do globo ocular e os que se propagaram dêle para a órbita.

PETERS na clínica de Bonn em 38.500 pacientes encontrou 17 casos de tumores primitivos da órbita e MORAX no Hospital Lariboisière encontrou 61 tumores da órbita entre primitivos e secundários (*), o que dá uma percentagem, respectivamente, de 0,044 e 0,040 %. Na clínica Oftalmológica de Leipzig em 200 mil doentes foram encontrados 70 portadores de tumores orbitários o que dá uma incidência de 0,035 % aproximadamente.

CLASSIFICAÇÃO

Nos casos por mim observados foram encontrados os seguintes tipos de tumores:

Dacrioadenite crônica	1
Osteoma (Doença de Recklinghausen)	1

(*) Apresentado IX Congresso Brasileiro de Oftalmologia — Cambuquira, 1-8-VII-56.

(*) Entre 147.000 pacientes.

Hand-Schuller-Christian, provável	1
Fibro-angioma	1
Neuro-fibroma	1
Meningioma exclusivamente orbitário	1
Sarcomas indiferenciados	2
Cloroma	1
Hematoma retro-periosteal	1
Piocele etimoidal	1
Mucocele fronto-etimoidal	2
Tumores não especificados por não se terem submetido a operação	3
Neurinoma	1
Abcesso da órbita	1

O abcesso da órbita e a piocele etimoidal foram incluídos nesta série por simularem verdadeiros tumores nas circunstâncias que se apresentaram bem como o caso de dacrioadenite crônica.

O mesmo se dá em relação a um dos casos de mucocele fronto-etimoidal que foi incluído apenas pelas enormes proporções a que atingiu, constituindo mesmo o maior que já observei e provavelmente um dos maiores da literatura médica.

Além destes há uma observação de colesteatoma da órbita, ainda inédita e que me foi gentilmente cedida pelo Dr. LUIZ ASSUMPTÃO OSÓRIO, de Porto-Alegre, a qual também vai incluída por ser outra entidade de localização orbitária, muito rara.

Vão incluídas também 2 observações do Prof. H. MARBACH, uma sobre Neurilemoma do nervo óptico e outra de tumor misto da glândula lacrimal. (*)

Como se vê em estatística tão pobre, não há predominância de nenhuma espécie de tumor, mas o diagnóstico clínico, cirúrgico ou histo-patológico, não deixa a menor dúvida sobre o tumor ou pseudo-tumor encontrado.

Quanto aos quistos dermóides, sua ocorrência tem sido tão frequente nas localizações habituais e de tamanhos vários que não merecem referência especial a não ser o caso de uma criança que apresentava um quisto dermoide que se propagava quase até o ápice da órbita e se acompanhava de ligeira exoftalmia.

(*) Estas observações não puderam ser incluídas por não terem sido enviadas ao A.

Sua exérese foi penosa mas completa e constituiu uma surpresa operatória que valeu para advertir que essa eventualidade se pode apresentar. É bom entretanto lembrar que para êsses tumores banais, bem como para os demais tumores da órbita, o cirurgião deve estar preparado para tôdas as surpresas e principalmente para praticar uma operação muito maior do que esperava. São muitas vezes os casos aparentemente simples que fazem o cirurgião arrepender-se, às vezes tardiamente, de não haver esgotado todos os recursos semiológicos nesse sector tão pródigo em dificuldades e surpresas.

DUKE-ELDER (1) classifica do seguinte modo os tumores primitivos da órbita:

- 1 — Tumores do desenvolvimento: Dermoides, teratomas e colesteatomas.
- 2 — Tumores do mesênquima:
 - (a) Benignos: Fibroma, lipoma, mixoma, condroma e osteoclastoma.
 - (b) Malignos: Sarcomas de células redondas e fibrosarcomas.

Mais raros: sarcoma osteogênico, condrosarcomas, lipo-sarcomas, mixo-sarcomas, endoteliomas e meningiomas.

- 3 — Tumores hemopoiéticos:

Reticuloses: linfomas, linfosarcomas, moléstia de HODGKIN, linfoblastoma folicular gigante e retículo-sarcomas. Cloromas, mielomatose múltipla e plasmocitoma solitário.

- 4 — Tumores dos músculos:

Rabdo-mioma, leiomiomas.
Rabdomiosarcomas e mioblastomas.

- 5 — Tumores vasculares:

Angiomas (hemangiomas e linfangiomas).

6 — Tumores de tecido nervoso:

Neurinomas, neurofibromas, neurofibromatose plexiforme, gliomas, ganglioneuromas, tumores com caracteres da suprarrenal e neuroma de amputação.

7 — Tumores epiteliais:

Carcinomas, melanomas e odontomas.

Quais os tipos mais freqüentes dêesses tumores?

DANDY (2) em 27 casos de tumores refere 12 meningiomas de tipos vários, 1 fibroma puro, 3 tumores ósseos, 1 sarcoma de células redondas, 1 de células fusiformes, 1 sarcoma com acentuada hiper-ostose do crânio, 1 sarcoma do periósteo, 5 casos de HAND-SCHULLER CHRISTIAN, alguns dos quais rotulados como prováveis, 1 carcinoma e 1 glioma. Sua estatística é restrita, visando mais os tumores orbitários retirados por via intra-craniana.

FORREST (3) em 222 casos de tumores da órbita encontrou 184 primitivos e 38 secundários sendo 98 de tipo mesenquimatoso, 25 de tipo epitelial, 48 de tipo nervoso e 18 anomalias de desenvolvimento. Numa lista de 182 tumores da referida estatística, OFFRET (4) assinala a seguinte freqüência:

Hemangiomas cavernosos 24; Lipomas 19; fibro-lipomas 2; fibromas 20; osteomas 5; condroma 1; rabdomioma 1; neurofibromas 17; meningiomas 17; Gliomas 5; quistos dermoides 17; teratoma 1; linfomas 4; Sarcomas 42 de diversos tipos com predominância do linfosarcoma e do neurofibrosarcoma e dos sarcomas indiferenciados, nessa ordem de freqüência. Tumores mistos lacrimais 25. REESE (5) em sua conhecida obra refere 109 casos de tumores primitivos verificados cirurgicamente ou por biopsias, dos quais 19 eram pseudo-tumores inflamatórios. Nessa estatística os 90 tumores primitivos estavam representados assim:

Hemangiomas 25, dos quais 5 sem exoftalmia; meningiomas 13; quistos dermoides 10. Sarcomas de diversos tipos com predominância do linfosarcoma, 10; tumores de tecido nervoso 10, entre os quais predominava os neurofibromas em número de 8 dos quais 4 sem exoftalmia. Tumores mistos lacrimais 9; linfomas 3; hematomas 3; Tumores diversos 7.

OFFRET (4) em sua estatística de 110 tumores primitivos da órbita, verificados histològicamente, refere o seguinte:

Tumores congênitos

Teratoma	1
Quistos dermóides	8

Tumores nervosos

Gliomas periféricos benignos	10
Glioma periférico maligno	1
Glioma do nervo óptico	7
Meningioma orbitário	5

Tumores vasculares

Angiomas cavernosos	10
Angiomas capilares	3
Angioma arterial ..	1

Tumores benignos diversos

Fibroma	1
Lipoma	1
Condroma	1
Histiocitomas	2

Tumores lacrimais

Mistos	11
Epiteliomas	4
Cilindromas	1

Tumores conjuntivos malignos

Fibrosarcomas	5
Rabdomiosarcoma	1
Reticulosarcomas	35
entre os quais 13 linfossarcomas.	

Vê-se portanto que a preponderância é para o meningioma na estatística de DANDY: para os sarcomas, na de FORREST e para os hemangiomas na de REESE para os sarcomas na de OFFRET. Escolhemos êsses autores por apresentarem dados baseados em exames histológicos com técnica e nomenclatura modernas.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico dos tumores orbitários apresenta não raro, sérias dificuldades particularmente o do tipo de tumor, o qual com raríssimas exceções é clinicamente impossível.

A radiografia simples, a despeito da precária ajuda que proporciona, deve ser empregada sempre, utilizando a projeção pósterio-anterior (nariz, mento-placa) e a lateral.

Ela fornece dados sobre as paredes ósseas, sobre os seios vizinhos sobre as dimensões da cavidade, sobre os orifícios posteriores particularmente sobre o buraco óptico e fenda esfenoidal.

Por êsse meio se podem diagnosticar os osteomas, quer os de origem frontal propriamente dita como os dos seios fronto-etmoidais, orientando sobre sua extensão e origem. Também se revelam as hiperostoses das paredes orbitárias e dos tecidos moles, adjacentes sendo dentre elas mais comuns as encontradas na asa do esfenoide e característica dos meningiomas intra-cranianos. LOVE e BENEDICT dizem que essa hiperostose também se encontra nos casos de tumores vasculares que se desenvolvem lentamente ao longo das paredes orbitárias dizendo que o aspecto radiológico é idêntico embora as lesões ósseas sejam diferentes.

BENEDICT diz que embora a lesão mais freqüente seja a erosão das paredes nos casos de tumor pulsátil, êle tem encontrado espessamento da parede lateral da órbita em casos de hemangioma e exoftalmo pulsátil.

As piocèles e as mucocèles dos seios paranasais também produzem um adelgaçamento acentuado na espessura das paredes respectivas não sendo raros os casos de piocele com drenagem darem radiografias aparentemente normais bem como radiografias que não revelam grandes alterações ósseas surpreenderem e mesmo desorientarem o cirurgião no ato operatório.

Certos tumores orbitários quando constituídos por tecido fibroso denso podem dar sombras de apreciável nitidez, ao passo que nor-

malmente os tumores constituídos por tecidos moles ou dão radiografias normais ou mostrando apenas sombras de densidade aumentada e pouco concludentes. (Vide figs. ns. 22 e 61).

As radiografias dos buracos ópticos também são solicitadas para comparação entre o lado do tumor e o são. Quando bem simétricas o aumento de diâmetro ou qualquer deformidade nos contornos do buraco óptico faz supôr comprometimento do canal óptico pelo tumor e propagação intra-cranecana da lesão.

Essas radiografias são de técnica muito delicada e entre nós se faziam pela técnica de GOALWIN. As figs. ns. 1 e 2 mostram o engenhoso dispositivo inventado pelo Prof. H. MARBACK, engenhoso, econômico e preciso e que dá radiografias perfeitamente nítidas e rápidas.



Fig. 1
Dispositivo de MARBACK para radiografia
do buraco optico.

Cumpre deixar aqui uma oportuna observação de BENEDICT que afirma não ter encontrado alterações dignas de nota nos canais ópticos em casos vários de tumores posteriores da órbita e do quiasma operados em sua clínica e que os achados do ato operatório nem sempre correspondiam com os dados radiográficos. Daí concluir o experimentado autor que não se pode garantir que dado

tumor envolveu o canal óptico pelo simples fato deste se revelar mais largo que o congênere.

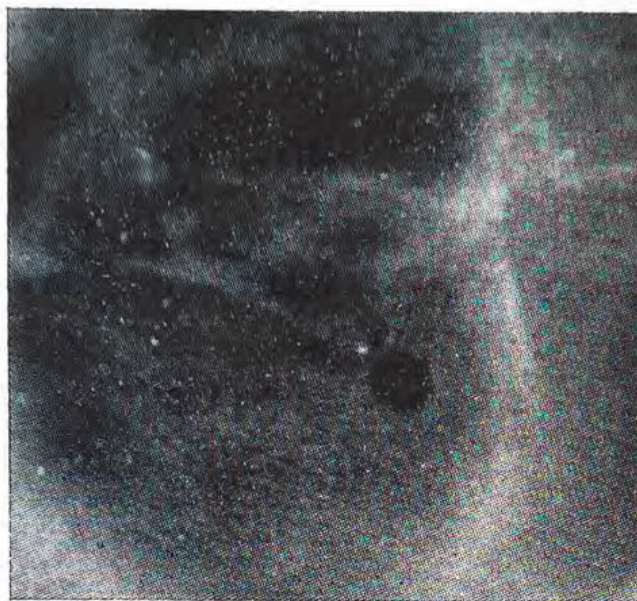


Fig. 2
Radiografia do buraco optico direito,
segundo a técnica de MARRACK.

Se entretanto as radiografias forem mostradas em projeção estereoscópica, prática infelizmente não usada entre nós, como acon-



Fig. 3
Visualização de tumor da órbita por meio
de encefalograma e tomografia. (Caso de
Paulo Filho).

selha PFEIFFER (6) sua contribuição diagnóstica é muito maior. É assim que numa série de 200 casos de exoftalmos o citado autor encontrou evidência de positividade radiológica em 138 casos dos quais 84, ou 42 % os dados eram diagnósticos ou indicativos enquanto que em 22 % dos casos os dados eram sugestivos para o diagnóstico de tumor orbitário. Os sinais encontrados pelo autor em sua técnica especializada são os seguintes:

densidade aumentada dos tecidos moles; evidência de aumento da pressão intraorbitária; formação de fossas ou depressões no osso; deiscências; invasão e erosão; hiperostose; deformidade do canal óptico e defeitos extensos das paredes ósseas (superior e lateral). Assim é que o autor pôde observar casos de exoftalmo pulsátil em 2 casos de neuro-fibromatose e em 2 casos de hemangiomas congênitos. Em todos 4 casos as pulsações encefálicas se transmitiam ao globo através do conteúdo orbitário. Vimos acima a opinião de BENEDICT segundo a qual a despeito de serem mais comuns as erosões das paredes da órbita, ele teve oportunidade de observar casos de hemangioma e de exoftalmo pulsátil nos quais, ao invés, havia espessamento da parede lateral da órbita. São aspectos contraditórios que dificultam ainda mais o diagnóstico das lesões em estudo.

Para minorar a deficiência da radiografia simples foi enriquecido esse meio propedêutico com a introdução de meios de contraste opacos aos raios X, em geral um produto iodado que aumenta a opacidade dos espaços livres peri-tumorais ou a injeção de ar, que ao contrário, permite acentuar as massas tissulares que não se deixam infiltrar pelos gases, isto é, pelo ar.

PAULO FILHO (8) entre nós, com a injeção de 7 cc de ar na órbita, conseguiu localizar um tumor, com o concurso de MANOEL DE ABREU, utilizando a tomografia (fig. n.º 3).

ORIBE (9) usa uma agulha de 5 cc de comprimento e de bisel curto que introduz no ângulo ínfero externo da órbita evitando o fundo de saco conjuntival e com os cuidados devidos para evitar embolia gasosa, vai injetando ar pouco a pouco até introduzir de 15 a 30 cc. Já adotei essa técnica em um paciente de cerca de 12 anos. O resultado foi infrutífero quanto à localização do tumor, houve dor acentuada e aumento da exoftalmia, felizmente sem prejuízo para o paciente. É aconselhável praticar logo a intervenção após essa prova. Quando se obtém bom contraste o tumor se mostra bem em sua localização e dimensão.

FRIEDMAN (10) com o intuito de localizar o tumor em relação ao globo ocular injeta o ar, cerca de 6 a 10 cc em plena cápsula de TENON utilizando uma agulha curva montada em seringa de 10 cc, ao nível do polo posterior do globo ocular. Se o ar não foi injetado na cápsula de TENON o enfisema sub-conjuntival logo o denuncia.

Essa técnica produz ligeira exoftalmia e eleva o Tonus ocular de 8 a 10 milímetros de mercúrio segundo refere OFFRET.

Tomografia. Por meio dêsse processo se fixa perfeitamente determinado plano num verdadeiro corte radiológico permitindo eliminar as sombras e imagens parasitas que tanto dificultam a interpretação dos filmes particularmente os da órbita. Sua interpretação é mais difícil que a das radiografias comuns e compete aos técnicos. Recomenda-se a posição nariz frente-placa. Devem ser feitas tomografias também em perfil rigoroso. Se à tomografia se juntar a injeção de contraste, as possibilidades de visualização, localização precisa e dimensão, mais acentuadas se tornam.

Arteriografia. Até aqui temos visto que as deficiências da radiografia simples vão sendo superadas em marcha progressiva e eficiente. Resta-nos dizer algumas palavras sôbre outro recurso propedêutico que felizmente está se desenvolvendo intensamente em nosso meio e que está sendo praticado com bastante habilidade, rapidez e eficiência particularmente nos grandes centros.

A injeção intra-arterial (intracarotidiana em nosso caso) do contraste, cerca de 10 cc. de DIOTRAST a 35 % é feita rapidamente em cerca de 2 segundos e dispositivos especiais do aparelho de Raio X permitem tomar radiografias em 3 fases obtendo-se assim artériogramas, capilarogramas e venogramas da região em estudo.

Sem cogitar da importância dêsse grande recurso propedêutico da patologia, quero destacar a ajuda imensa que o mesmo proporciona no diagnóstico dos tumores intracranianos e da órbita.

Há casos de tumores cerebrais e orbitários diagnosticados por êsse meio quando a intervenção intracraniana fracassou ou quando o enfisema intra-orbitário também não esclareceu.

Em muitos casos êle nos dirá se houve uma propagação intracraniana de um tumor orbitário ou vice-versa bem como uma exoftalmia de origem exclusivamente intracraniana, o que não é raro.

Esse recurso propedêutico de inestimável utilidade pode ser repetido diversas vezes se a primeira e a segunda provas foram infrutíferas, o que raro acontece com os técnicos experimentados.

Além disso é prova que sem risco algum pode ser praticada sem hospitalização do paciente toda vez que a injeção do contraste foi feita por via per-cutânea. Vide figuras 4 e 5 que ilustram respectivamente um aneurisma artério venoso ao nível do seio cavernoso em paciente do Serviço do Prof. ADHERBAL TOLOSA da clínica neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o aspecto normal do arteriograma de nossa paciente da observação n.º 14 e que foi praticado no Serviço do Dr. A. MATOS PIMENTA.

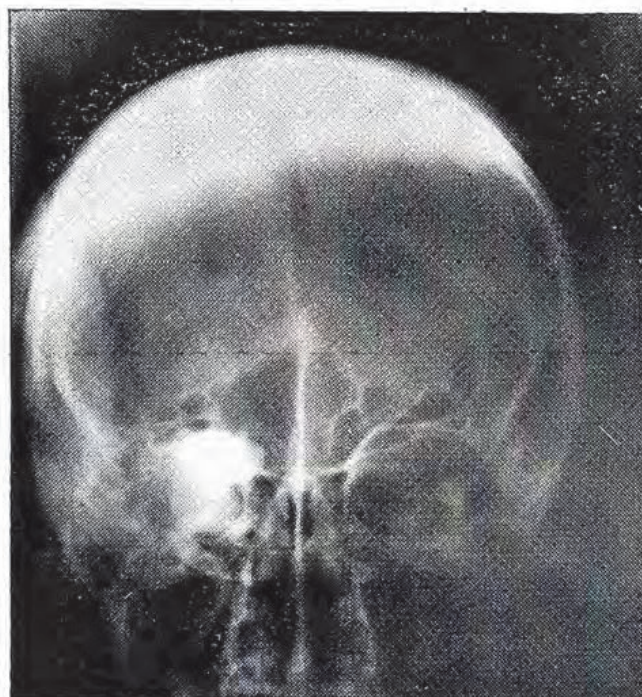


Fig. 4
Angiogramma cefálico mostrando aneurisma carótido-cavernoso. Caso do Serviço do Prof. Aderbal Tolosa, Clin. Neurol. da Fac. de Med. da Universid. de S. Paulo.
Foto de frente.

Exoftalmometria. Nos pequenos graus de exoftalmia e para medida de pequenas variações, para mais ou para menos, dêsse sintoma, expresso pela saliência do ápice da córnea sobre o ângulo externo da órbita, é claro que os instrumentos podem dar um resultado mais seguro que o da simples observação e seu emprêgo, quando possível é sempre melhor, pois os resultados são mais pre-

cisos que o da simples observação que há de ter sempre um cunho individual, particularmente nos pequenos graus de variação.

Empregar-se-ão os exoftalmômetros de diversos tipos, entre os quais o de HERTEL é o mais simples, constituído por régua de matéria plástica milimetrada, tipo Luedde, colocada no ângulo externo da órbita.

Órbito-tonometria — Indicações mais seguras sobre a compressibilidade e consistência podem ser obtidas com instrumentos que constituem verdadeiros tonômetros orbitários, como o piezômetro de GUTMANN ou o Órbito-tonômetro de COPPER.

Qualquer dêes pode denunciar um aumento de consistência do conteúdo orbitário muito antes do aparecimento da exoftalmia.

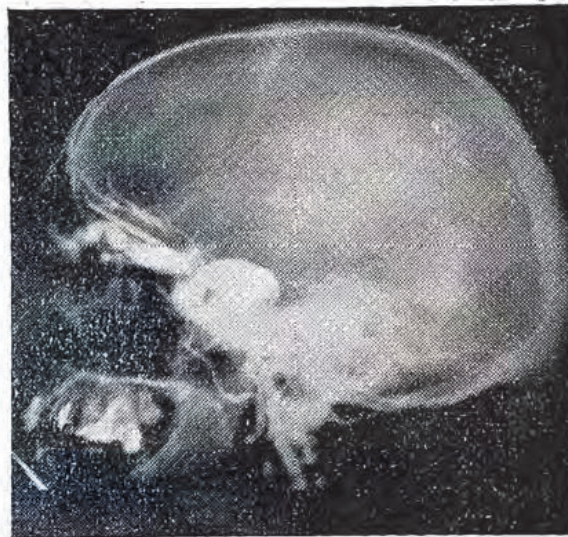


Fig. 5
Mesmo angiograma visto de perfil

A compressibilidade diminuirá no caso de um tumor sólido e aumentará no caso de um tumor vascular ou de infiltração de tipo edematoso. É pois incalculável a ajuda propedêutica oferecida por tais instrumentos.

PUNÇÃO-BIÓPSIA. Usada para estudo do parênquima de certos órgãos como o fígado e o baço e de emprêgo freqüente no estudo da medula óssea ocorreu a REESE (11) a idéia de empregá-la na identificação dos tumores da órbita.

Excetuando-se os quistos hidáticos nos quais seu emprêgo é absolutamente contra-indicado, êsse processo poderá dar excelentes resultados nos tumores de conteúdo líquido cuja composição será

esclarecida bem como a eventual presença de células tumorais. É prática que poderá ser praticada com os devidos cuidados técnicos e que não está isenta de perigos pois poderá disseminar células tumorais de um tumor maligno eventualmente encapsulado. Não seria de aconselhar-se também nos casos de tumores vasculares como os aneurismas intra-orbitários e os angiomas difusos. É claro que seu emprêgo nestes casos poderia ser êrro crasso considerando-se as características inerentes a essas lesões. Cumpre entretanto lembrar que tais características podem ser tão discretas que podem passar despercebidas e a punção — biópsia poderia trazer sérios contratempos ao cirurgião. É recurso que talvez não se difunda e contra êle se insurge com veemência, BENEDICT, dizendo não lhe reconhecer utilidade, podendo mesmo acarretar sérios riscos para o paciente.

BIÓPSIA. A despeito dos recursos referidos até agora para esclarecimento do diagnóstico dos tumores orbitários nenhum dêles se equipara à biópsia pois sòmente o exame histopatológico do fragmento retirado através de uma orbitotomia exploradora poderá revelar a natureza da lesão. O ideal seria obter um diagnóstico rápido dentro de alguns minutos, por técnico capacitado, usando o método de congelação, pois assim o cirurgião poderia adotar no momento a conduta terapêutica exigida, que pode ou deve culminar com a exenteração da órbita. O que é de aconselhar-se é que o cirurgião esteja preparado sempre, adotando incisão suficientemente ampla e bem situada, para praticar a exereses do tumor ou de qualquer outra lesão encontrada e completar a operação ao invés de limitar-se à simples biópsia, sempre que possível. Tem sido essa nossa conduta. A ter-se uma reação post orbitotomia exploradora cuja intensidade não se pode prever, é melhor para o paciente num só ato obter as duas finalidades, particularmente nos tumores localizados profundamente e ensapsulados. Poderá ter seus riscos. Poderá semear células cancerosas em outros pontos da órbita ou produzir metástases à distância; poderá atingir tumores vasculares ou neoplasmas muito vascularizados. Há recursos para todos êsses problemas e recursos poderosos. Até mesmo a ressecção parcial ou ampla das paredes orbitárias em casos de reações muito violentas do post-operatório que ponham em risco iminente o nervo óptico e a córnea cuja vigilância deve ser atenta no curso e tratamento das lesões em estudo.

Uma advertência feita por OFFRET e que deve ser ressaltada na prática da orbitotomia exploradora: quando se não encontra nenhum nódulo tumoral retirar sempre para exame um ou diversos fragmentos tissulares, pois certos tumores conjuntivos podem invadir o tecido adiposo orbitário e certos espaços celulares intersticiais de maneira difusa e sem condensação nodular neoplásica. Deve agir sempre assim, quando não encontrar o tumor, antes de fechar a incisão. Muitas vezes o cirurgião contrafeito por ter imposto ao paciente uma intervenção aparentemente inútil e não sabendo como explicar seu erro ao paciente ou a seus familiares, vai ter depois sua máguia compensada pelo relatório do patologista trazendo o diagnóstico de tumores que às vezes se mascaram sob aquêle aspecto: linfossarcoma ou retículo-sarcoma. Mais que isso terá proporcionado ao paciente ou cura ou sobrevida com radioterapia adequada e oportuna.

Ainda é útil lembrar que o fragmento de tecido retirado para biópsia deve ser imediatamente colocado no líquido fixador; que o fragmento seja retirado da própria massa tumoral quando esta não fôr encapsulada, pois quando o fôr, a lesão deve ser retirada totalmente, com a cápsula. E ainda: não se deve fazer a biópsia com o bisturi elétrico pois isso dificultará muito ou impossibilitará o diagnóstico do patologista.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Lembrando-se que é quase impossível diagnosticar a espécie do tumor a não ser em número muito reduzido de casos, vamos passar em revista, de modo muito sumário, alguns dados clínicos, além daquêles elementos propedêuticos descritos anteriormente.

EXOFTALMIA. É um sinal clínico que reflete a presença de um tumor ou qualquer outra formação que ocupa espaço dentro da órbita.

Pode ser tão insignificante que o clínico mais atilado não a pode observar. Nesses casos só o exoftalmômetro poderá medi-la. Em geral os casos se apresentam à consulta em fase adiantada de evolução de sorte que a simples inspeção se observa o sintoma. As vezes o próprio doente ou seus familiares pode informar sobre a evolução do sintoma, de seu início, de seu aumento lento ou rápido. À falta de informes o que não é raro, pode-se recorrer a fotografias anteriores do paciente para orientação nesse particular. Se a tumorção ou lesão semelhante se localizar no terço anterior da órbita,

região ocupada em grande parte pelo globo ocular, é claro que a exoftalmia se manifeste precocemente e não é necessário que a lesão assuma grandes dimensões para que o sintoma se manifeste em grau às vezes acentuado. Supõe-se para tanto que as paredes sejam rígidas, como normalmente. Se houver erosão a expansão se fará também a custa da parede erodida e a exoftalmia será menor.

Quando a lesão se origina no terço posterior da órbita ou na região retro-ocular, em geral tumor do nervo óptico ou de suas bainhas, a exoftalmia só se apresentará tardiamente, porque a lesão teve bastante espaço para se expandir e também tempo para fazê-lo, se de caráter benigno, acomodando-se a custa das estruturas da região, particularmente do tecido adiposo, sem compromisso da motilidade ocular e quase sempre a custa da visão cuja perda se processa lentamente pela atrofia do nervo, conseqüente a compressão, distensão ou isquemia. É assim que a perda da função pode preceder de muito ao aparecimento da exoftalmia. Exemplo típico é o da nossa observação n.º 14, figs. 41 e 42. Ao contrário, pois das lesões situadas no terço anterior da órbita, a exoftalmia é tardia e só aparece quando a lesão já se estendeu bastante. Outro elemento importante é dado pelo desvio do globo ocular. As lesões localizadas na porção anterior da órbita produzem desvio lateral do globo e o desvio se faz no sentido diametralmente oposto à sede da lesão. Assim os tumores ou formações semelhantes, localizadas no canto súpero interno produzem exoftalmia lateral ínfero-externa. As lesões do quadrante súpero externo, desviam o globo para baixo e para dentro. Isto é, a exoftalmia é lateral.

As lesões situadas na metade posterior da órbita, em geral, provocam exoftalmia direta, isto é, empurram o globo para diante, no sentido ântero-posterior e a exoftalmia é dita direta ou axial como nos tumores do nervo óptico. Mesmo as lesões do terço posterior da órbita, que não os tumores do nervo óptico, ao se expandirem podem fazê-lo mais à custa de um dos lados do globo e a exoftalmia se fará também no sentido lateral diametralmente oposto (obs. n.º 14). De acôrdo com o esquema de BENEDICT, vide fig. 6, as lesões se podem localizar em 3 zonas: zona 1 vai do ápice da córnea ao equador do globo; a zona 2 vai do equador até 10 milímetros atrás do globo e a zona 3 vai da penetração da artéria central no nervo óptico até o ápice da órbita. Ao passo que a divisão 1 vai da parede orbitária ao periósteo e é sede dos tumores

ósseos e dos meningiomas; a divisão 2 fica entre o periósteo e o cone muscular e é sede dos tumores mesenquimais; divisão 3 corresponde ao cone retro bulbar e é sede dos tumores de nervo óptico.

Quanto ao desvio lateral, as coisas geralmente se passam do modo descrito e isso tem importância no plano cirúrgico pois orienta muitas vezes a localização do tumor. Entretanto pode haver falhas a esta regra em certos casos raros de mucocelos máxilo-etimoidais que invadem a órbita atrás do globo ocular e deslocam o olho paradoxalmente para baixo e para dentro, pois a massa tumoral se palpava no quadrante súpero externo. O mesmo se pode dar em casos de tumores não encapsulados e vasculares que invadem os tecidos vizinhos.

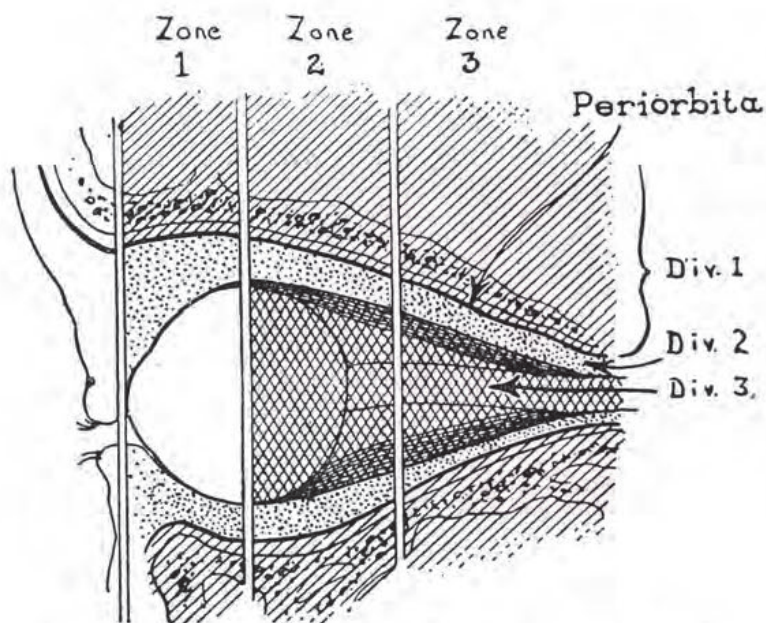


Fig. 6
Esquema de Benedict, mostrando as 3 zonas e as divisões topográficas da órbita, seg. Offret-Tumeurs de l'orbite.

Unilateralidade. É este outro caráter dos tumores da órbita, de sorte que uma exoftalmia unilateral é presumivelmente de origem tumoral a menos que haja outra causa evidente para a mesma.

Assim exoftalmia, unilateralidade e desvio do globo constituem uma tríade sintomática altamente presuntiva de tumor. Se ele não for palpável e não houver risco para a córnea e tão pouco para o nervo óptico e se os meios propedêuticos não derem localização do tumor, não deve haver pressa em operar. Deve-se lembrar que a exoftalmia unilateral, de crescimento lento também se observa em distúrbios metabólicos principalmente no distíroidismo e cujo diag-

nóstico também é difícil. A bilateralidade é rara nos tumores da órbita e freqüente no distireoidismo e na doença de MIKULICZ principalmente se naqueles houver edema de pálpebras e quêmose. Por sua vez também a doença de MIKULICZ e o distireoidismo podem se limitar a um lado só e não se apresentarem nem com edema de pálpebras nem quêmose.

A confusão com hipertireoidismo ainda aumenta se o metabolismo basal não fôr elevado e se outros sinais da doença forem ausentes ou discretos. É assim que muitos pacientes apenas hipertireoideos frustrados são operados de tumor da órbita, sem que o mesmo seja encontrado. O exoftalmo pode surgir tardiamente após um surto de hipertireoidismo que muitas vezes é tão discreto que passa despercebido. No hipertireoidismo agudo o exoftalmo é praticamente bilateral e nos casos avançados é inconfundível. No hipertireoidismo crônico ele aparece freqüentemente no período post-hipertireoideo, depois da tireoidectomia. Em regra as pálpebras não são turgidas e a quêmose é nula ou insignificante. O exoftalmo pode ser unilateral e comum em paralisias musculares.

O mecanismo da exoftalmia é o mesmo tanto no hipertireoidismo agudo como no crônico e se constitui principalmente por edema dos tecidos da órbita. Há também comprometimento dos músculos que se apresentam inflamados e com alterações bizarras de motilidade que variam de semana em semana.

Na doença de MIKULICZ a semelhança de sintomas é grande com os do hipertireoidismo, entretanto há na doença de MIKULICZ o comprometimento de outras glândulas como as lacrimais e salivares e os nódulos característicos palpebrais e temporais. O exame histológico destes nódulos com aspecto característico derimirá qualquer dúvida e a radioterapia, que é efficientíssima no Mikulicz e de eficácia pequena no hipertireoidismo crônico. Ademais o fácies do hipertireoideo com a retração da pálpebra superior, são de tal modo característicos que mesmo com exoftalmia unilateral dificilmente escaparão à inspeção clínica bem avisada.

Exoftalmo de origem vascular. O exoftalmo pulsátil devido à conexão artério-venosa ao nível do seio cavernoso apresenta uma sintomatologia clínica bem característica; pulsação do exoftalmo sincrônica com os batimentos cardíacos, ruído característico audível pelo estetoscópio colocado sobre o olho ou mesmo sobre a metade da cabeça correspondente ao lado da lesão, ruído que atormenta constan-

temente o paciente no estado de vigília e “thrill” facilmente sentido pela mão aplicada sobre o exoftalmo pulsátil.

Dos 2 tipos, isto é o post-traumático e o que se origina de lesões ou anomalias vasculares, o primeiro apresenta-se imediatamente após o acidente ao passo que o segundo tipo se apresenta com desenvolvimento lento. Quando o aneurisma se forma na órbita e comprometendo vasos de pequeno calibre ou formando pequeno volume os sintomas característicos podem ser muito discretos só se manifestando à pesquisa acurada ou então passando completamente despercebidos. Os aneurismas traumáticos intra-orbitários se manifestam logo após o desaparecimento do hematoma intra-orbitário das equimoses pálpebro-conjuntivais e da quêmose. BENEDICT chama atenção para a descoloração da pele da pálpebra que diz ser característica e precursora do exoftalmo sempre que houver hemorragia. As figs. 4 e 5 representam arteriograma de um paciente portador de aneurisma artério venoso do seio cavernoso do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas de São Paulo de que é ilustre titular o Prof. ADHERBAL TOLOSA. Podem ser notadas as dilatações das veias oftálmicas e da face que tão bem traduzem o quadro clínico parcial dessas lesões. Algumas vezes as varizes orbitárias podem assumir aspecto de aneurismas saculares ou de angiomas cavernosos esponjosos onde se podem formar trombos dando origem a inflamações com seu quadro característico podendo apresentar sérias dificuldades diagnósticas sendo de imaginar-se as complicações surgidas se o cirurgião diagnosticasse apenas um abscesso.

Outro aspecto interessante é dado por certos aneurismas que dão exoftalmos periódicos ou intermitentes dependendo da posição da cabeça, de sua inclinação para diante ou para trás, de sua rotação forçada para a lado da lesão ou hétero-lateral, à compressão das jugulares, ou à espiração forçada com ou sem oclusão das narinas, cuja sintomatologia foi muito bem descrita por WALSH e DANDY (12) vide figs. sob n.º 7. O exoftalmo se manifesta imediatamente nesses casos e desaparece ou há enoftalmo na posição vertical da cabeça.

É de observação comum a exacerbação do exoftalmo nas crises de choro das crianças portadoras de angioma da órbita.

Estamos também habituados a ver a facilidade com que se reduzem e se refazem os exoftalmos nas celulites que acompanham as sinusites fronto-etimoido-esfenoidais inflamatórias recidivantes e a

facilidade com que cedem à drenagem nasal. Pois bem, nos processos de caráter tórpido em que o tratamento antibiótico impediu ou mascarou as reações dramáticas bem características dessas celulites e principalmente nas formas crônicas manifestadas como mucocelos ou simples piocelos frontal ou etmoidal e raramente maxilar, isoladamente ou reunidas, podem escoar seu conteúdo periodicamente, determinando redução ou desaparecimento periódico do



Fig. 7

Caso de WALSH e DANDY. Mostra exoftalmo intermitente em aneurisma, artério-venoso, situado atrás da fenda esfenoidal. Notar a diferença das fendas palpebrais e o enoftalmo do OE. na posição ereta em A. Notar a produção do exoftalmo em inclinação para trás (B).; exoftalmo e desvio do globo para baixo à compressão da jugular homolateral (C); exoftalmo à expiração forçada e oclusão das narinas (D). In WALSH, F. B. Cl. N. Opht.

exoftalmo. Estas lesões podem não se revelar ao exame radiológico, ou se revelar de maneira incompleta, em aspecto e extensão, de sorte que é sempre necessário apelar para o concurso do otorinolaringologista na elucidação diagnóstica dos tumores orbitários, particularmente nos situados na parede interna ou súpero-interna da órbita. Estas piocelos e mucocelos podem apresentar-se clinicamente

como tumores sólidos da órbita, mesmo para os especialistas mais avisados. Vide figs. 19 e 21.

Cabe aqui mais uma observação de BENEDICT (5): "exoftalmo que varia consideravelmente de dimensão, geralmente é reflexo da presença de massas fluidas de qualquer natureza, atrás do olho.

De acôrdo com BERENS (123) "o exoftalmo intermitente ou periódico depende de uma variedade de causas entre as quais se encontram mais freqüentemente as varizes das veias orbitárias, os tumores vasculares, as hemorragias, os angiomas cavernosos e as inflamações recidivantes. O exoftalmo nesses casos tende a aumentar, estacionar ou desaparecer de acôrdo com o fator etiológico.

Moléstias sistêmicas do esqueleto: além dos osteomas referidos cujo diagnóstico é fácil clinicamente ou pela radiografia, cumpre referir algumas doenças do esqueleto que se manifestam no crâneo algumas vêzes com preferência para essa localização e que produzem exoftalmo uni ou bi-lateral como o colesteatoma, (vide obs. n.º 3) a doença de HAND SCHULLER-CRISTIAN, da qual vimos um caso e cuja observação não juntamos por ter perdido contacto com o paciente, criança de côr parda, de cêrca de 4 anos, com exoftalmo unilateral, o granuloma eosinófilo, a osteite fibro-quística, a neurofibromatose (doença de RECKLINGHAUSEN), o mieloma isolado ou múltiplo (Doença de KAHLER) o Cloroma etc. Muitas dessas doenças podem ter sua localização inicial e única na órbita com exoftalmo uni ou binocular. Assim, em muitos casos é o oculista que toma a primeiro contato com o doente e se estiver alertado sua conduta influirá em muitos casos na salvação do paciente. É pois o exoftalmo sintoma saliente e impressionante que leva o paciente ao oculista. Não podemos entrar em detalhes sôbre o aspecto radiológico, pois êste mesmo nos aspectos mais típicos como o do mieloma e o de HAND, SCHULLER CHRISTIAN, pode apresentar semelhança com outras doenças do esqueleto. Além da radiografia, o hemograma, o exame bio-químico do sangue, os simples exames de urina com a pesquisa da albumina de BENCE-JONS (nem sempre positiva) para o mieloma, podem prestar excelente ajuda na elucidação do diagnóstico dos tumores orbitários ou de lesões semelhantes. Tumor benigno? O exoftalmo será devido a tumor? Será o tumor primitivo ou invade a órbita por extensão ou por metástase? Será um tumor inflamatório agudo ou crônico?

A resposta a estas perguntas nem sempre é fácil, depende de uma anamnese bem cuidadosa atendendo às maiores minúcias pois muitas delas a despeito de insignificantes podem dar a chave do diagnóstico.

Há detalhes importantes sobre os quais é mister insistir e tendo sempre em mente que o paciente ou seus responsáveis alarmados com o sintoma, procuram dar uma causa incerta ou inventada para explicá-lo, aumentando ainda mais as sérias dificuldades de que se reveste o problema diagnóstico.

Em primeiro lugar dada a raridade dos tumores orbitários, é mister procurar outra causa. Os exoftalmos de causa inflamatória, evidentemente os mais freqüentes, devem ser procurados em lesões ou doenças da vizinhança, pele, couro cabeludo, seios para-nasais, boca, dentes, amídalas, etc. etc. Nestes casos o exoftalmo pode depender de celulite, de abscesso orbitário (obs. n.º 8 e figs. 22-A e 22-B) de fleimão orbitário, de trombo flebite do seio cavernoso, de mucocèle ou piocele, como vimos, etc. etc. A presença de febre e de outros sinais e dados afastam a hipótese de tumor.

Há que lembrar-se da alergia, pois nós mesmo temos observado diversos casos de exoftalmos periódicos, simulando celulite, e que dependiam exclusivamente de fenômenos alérgicos situados no ângulo súpero interno da órbita, fazendo lembrar uma sinusite frontal como causadora da celulite. O mesmo se diria do edema angio neurótico que pode produzir exoftalmo duradouro.

Nos casos de invasão por extensão deve-se examinar o globo ocular ainda os seios para-nasais o retro-faringe e o crânio. Ainda aqui é mister solicitar o concurso de um competente oto-rinolarin-gologista pois a presença de um tumor do "cavum" nem sempre é fácil de diagnosticar pelo próprio especialista.

Também a propagação para a órbita de um tumor intracraniano particularmente os meningiomas é freqüente e nem sempre fácil de dizer-se, se no caso particular a origem é craneana ou orbitária, sendo sabido também que a maioria dos meningiomas tem origem intra-craniana. A propagação de um tumor da pele parece fácil de esclarecer-se. Entretanto, não é raro encontrarem-se carcinomas intra-orbitários, com aspecto de lipomas, situados profundamente na órbita, móveis ou não, após radioterapia dos epitelomas cutâneos, segundo assinala BENEDICT. (5)

O mesmo se diria dos tumores intra-orbitários ou da fossa temporal, causadores de exoftalmo, que se observam após radioterapia dos gliomas intra-oculares, os quais apresentam dificuldades para determinação do tipo, aos próprios patologistas experimentados.

Será um tumor benigno ou maligno? Esta dúvida só se poderia apresentar em casos muito raros e logo no início da doença.

Os casos benignos em geral se apresentam à consulta com um tempo de evolução suficientemente longo e com o sintoma principal, o exoftalmo, tão saliente que a benignidade não pode ser posta em dúvida. A malignidade, por sua vez, caracterizada pelo desenvolvimento rápido do tumor, por sua infiltração, pela imobilidade muscular quase sempre pronunciada, pela invasão precoce dos órgãos vizinhos, pela recidiva e pela metástase etc., não deixa lugar a dúvidas. De malignidade maior ou menor, às vezes no próprio tipo de tumor como nos tumores reticulares malignos da órbita, tão bem estudados por OFFRET (4) quase sempre curáveis no adulto e quase sempre mortais na criança.

No sector dos tumores malignos das crianças, quando a biópsia não fôr fácil, é bom lembrar a hipótese do cloroma, de incidência maior na infância e que poderá ser diagnosticado preferentemente pelo mielograma, pois no sangue circulante as células características da leucemia podem estar ausentes e a contagem dos glóbulos brancos maduros pode ser normal, como nos casos das leucemias aleucêmicas.

Nossa observação n.º 17, figs. 63 a 65 esclarece com mais detalhes êsse ponto e salienta o aspecto pseudo-inflamatório do Cloroma naquele caso. Outras vezes o exoftalmo produzido por tumor maligno nos chega a exame em fase adiantada ou relativamente adiantada, com dados anamnésticos tão escassos que há bastante lugar para dúvida para o diagnóstico diferencial entre um exoftalmo por tumor maligno ou por panoftalmite. O quadro clínico se apresenta dramático, pode não haver tempo para esclarecer o diagnóstico diferencial e o cirurgião optar pela evisceração em olho quase sempre perfurado. Ao pretender aliviar o paciente vai a intervenção apressar-lhe o êxito letal. É sabido que a intervenção seria a enucleação em tais casos, particularíssimos e raros, o que nem sempre é possível.

Palpação. Até aqui não fizemos referência a êsse meio propedêutico. É de pouca valia, em geral, nos exoftalmos iniciais. O alcance dos dedos é bastante limitado e dá esclarecimentos nos casos

de tumores situados no têrço anterior da órbita. Êste espaço é ocupado na quase totalidade pelo globo ocular que limita muito o alcance da palpação que também pode ser ainda mais limitado pela presença da dor nos exoftalmos inflamatórios. Erros banais a evitar consistem em tomar um rebordo orbitário eventualmente espessado por tumor, bem como a polia do grande oblíquo e o pequeno oblíquo pela lesão...

Entretanto no têrço anterior podem ser palpados todos os tumores que aí se localizam, como os banais quistos sebáceos, certos osteomas circunscritos, as mucocelos e piocelos anteriores, os tumores da glândula lacrimal, etc. etc.

Em nossas observações a grande maioria dos tumores era palpável até mesmo o meningioma obs. n.º 14 e figs. ns. 41 e 42 de origem posterior e profunda mas que estava em exoftalmo tão avançado que era facilímo tocá-lo no lado interno da órbita. É sabido ainda que certos característicos tumorais, particularmente seus limites posteriores não podem ser notados pela palpação. Outras vêzes ao palpar-se o tumor pode haver uma saliência num dos setores da órbita, através do septo orbitário, de uma formação de consistência mole, em geral hérnia do tecido gorduroso, que podem fazer pensar em localização anterior do tumor sólido, profundamente situado. Foi o que se apresentava na observação n.º 12.

Quistos da órbita. Em países de grandes rebanhos de gado principalmente bovino e ovino é preciso ter em conta o quisto hidático no diagnóstico etiológico do exoftalmo.

A despeito de ser raro o parasitismo humano, mais rara ainda é a localização orbitária da forma larvar da *Tênia equinococo*, constituindo o quisto hidático. É uma causa raríssima entre nós de exoftalmo unilateral. Entre nós ao que estou informado, foram publicadas 3 interessantes observações sendo 2 do Dr. PLOTINO DUARTE (14) e uma do Dr. DANILO GONÇALVES (15), o primeiro de Pelotas e o segundo de Bagé, no Rio Grande do Sul, Estado em que há grandes rebanhos de gado lanígero, figs. 8 e 9.

O ôvo da *Tênia equinococo*, sendo ingerido acidentalmente pelo homem, hospedeiro intermediário acidental, tem seu invólucro quitinoso dissolvido pelos sucos digestivos e o embrião atravessa as paredes do intestino caindo na circulação e indo alojar-se no fígado, no pulmão, nos músculos etc. e em proporção mínima, na órbita, onde se transforma em pequena visícula que se enquistá,

sendo a princípio estéril e depois aumenta de volume, tornando-se fértil e dando origem em sua membrana interna a cápsulas prolíferas nas quais se formam pequenas cabeças da Tênia que poderiam dar origem a novos parasitas se o quisto em aprêço fôr ingerido pelo hospedeiro definitivo que é sabidamente o cão (OFFRET).

O caso de DANILO GONÇALVES se refere a um jovem de 18 anos e a hidátida era calcificada, ocorrência rara. As observações de PLOTINO DUARTE se referem a um menino de 9 anos com exof-



Fig. 8
Quisto hidático da órbita.
(Caso de Danilo Gonçalves).



Fig. 9
Mostra a membrana hidátida calcificada, eventualidade muito rara, no caso da fig. 8.

talmo do olho esquerdo, que foi examinado com 4 meses de doença e sofreu enucleação. A segunda observação do Dr. PLOTINO se refere a uma menina de 5 anos e que apresentava exoftalmo, também do olho esquerdo e a doença existia há 2 meses. O A. retirou o tumor sem perda do globo ocular. Fêz prévio esvaziamento de 25 cc. de líquido cristalino e injetou na cavidade formol a 2 % o qual depois foi aspirado e em seguida retirou a hidátida.

O doente do Dr. DANILO GONÇALVES apresentava o quisto na órbita esquerda.

Quanto ao diagnóstico é preciso primeiro pensar nessa hipótese em nosso país embora seja escassa a ocorrência orbitária. Os meios utilizados para o diagnóstico podem ser:

a) pesquisa de eosinofilia, de valor precário num país como o nosso em que a eosinofilia é encontrada em percentagem expressiva devido à incidência da verminose.

b) a reação de WEINBERG-PARVU, baseada no desvio do complemento de tipo BORDET-GENGOU, é freqüentemente negativa nos quistos hidáticos da órbita, e quando positiva não tem grande valor, segundo BRUMPT, pois sua positividade pode representar uma reação de grupo, pois foi observada com extratos de *T. saginata* e também com doentes sem nenhuma parasitose. Foi até positiva num caso de quisto dermoide órbito-temporal, segundo refere OFFRET (4).

c) A intra-dermo-reação de CASONI à toxina hidática é mais digna de confiança pois é positiva em mais de 50 % dos casos e se faz injetando no derma 1/10 cc. de antígeno hidático. Há resultados positivos precoces, tardios e fugazes.

Também tem sido observada com antígenos de cisticerco e de tênia, de sorte que uma reação de CASONI positiva para o antígeno hidático pode ser recebida com reservas também.

d) Reação de PONTANO. Consiste em injetar 1/2 cc. de antígeno hidático por via sub-cutânea. Quando há uma reação positiva, observa-se na região uma infiltração extensa como a palma da mão, ao fim de 6 a 12 horas.

Os autores observando a precariedade dessas provas biológicas na localização orbitária do Quisto hidático atribuem o fato a proteção do quisto pelas paredes ósseas e também ao fato de o mesmo poder expandir-se com facilidade à custa de tecidos moles, sem provocar reações desfavoráveis ao parasita. Tanto isso é verossímil que ao provocar-se solução de continuidade na parede do quisto, quer por punção ou intervenção, a taxa de eosinófilos passa de 5 a 25 %, segundo refere ainda OFFRET. É por isso que as punções exploradoras da órbita devem ser contra-indicadas perentoriamente nos casos de quisto hidático, podem provocar acidentes anafiláticos tão intensos que podem provocar a morte. Nos casos em que o diagnóstico foi bem positivado a intervenção deve ser precedida de dissensibilização do paciente injetando antígeno hidático por via sub-cutânea; 1/2 cc no primeiro dia e 1 cc nos dois dias seguintes.

Utilizando a via de acesso melhor, expõe-se bem o quisto e só então é que se esvazia seu conteúdo injetando depois uma solução de formol a 2 % com o fim de destruir os escólices e as albuminas parasitárias. Nesse título sua inocuidade é absoluta para o pa-

ciente e a solução deve permanecer na cavidade do quisto. Também dêsse líquido se embebem as compressas de proteção.

Depois se deve fazer a aspiração elétrica do conteúdo para evitar a contaminação dos tecidos vizinhos. Também a membrana proliferada deve ser retirada com aspirador elétrico. *Devé* aconselha ainda aplicar a solução do formol na região donde foi retirado o quisto sem que essa prática determine o menor dano ao paciente; ao contrário, êle fica protegido contra eventual disseminação do parasita.

Depois disto, drenar e fechar a incisão.

As reações anafiláticas post-operatórias são freqüentes, precoces e duram alguns dias. As sequelas dependem muito da localização do quisto e as mais comumente observadas são a enoftalmia e as paralisias musculares.

Outros quistos parasitários como os do "*Cistecercus celulosae*" e os do "*Sparganum mansonii*" tem sido observados na órbita e podem provocar reações violentas. Constituem ocorrências raríssimas e sobre êles não devem caber referências neste trabalho.

Tão pouco nos deteremos nos quistos dermóides aos quais nos referimos anteriormente e nos quistos congênitos que constituem uma anomalia de desenvolvimento e que embora possam coexistir com um globo ocular normal, quase sempre se observam associadas a microftalmia.

Dos primeiros, por freqüentes, nem cogitamos; dos segundos não temos observação pessoal.

Pseudo tumores da órbita

Antes de entrarmos nas observações de tumores primitivos da órbita, dediquemos algumas linhas a êste interessante capítulo da patologia orbitária, isto é o dos pseudo tumores inflamatórios da órbita ou exoftalmias pseudotumorais, na feliz expressão de VELTER e OFFRET (16). Nossas observações de ns. 4, 5, 6, 7, 8 e 9 são exemplos de tumores dessa natureza, se bem que a de n.º 8 se manifestava sob a forma de uma celulite orbitária, localizada, de caráter sub-agudo. As inflamações crônicas, primárias, são em geral de causa específica, tais como a tuberculose e a sífilis. Em grande

número de casos entretanto, se apresentam inflamações de caráter crônico, não específico, constituindo uma massa de limites imprecisos ou mesmo bem delimitados simulando uma tumoração constituída por tecido granulomatoso inflamatório cuja natureza clínica é impossível de determinar e apresentando dificuldades as vezes insuperáveis para o diagnóstico histo-patológico. As vezes se apresentam com exoftalmias, tão acentuadas que põem sob perigo iminente a visão, assemelhando-se muito às exoftalmias dos basedovianos.

Em certos casos a pressão sobre o globo é tão acentuada que se impõe a descompressão urgente da órbita para salvar a visão, vezes outras a semelhança com o tumor maligno é tal que a exenteração da órbita se impõe e o cirurgião vai procurar o tumor e nada encontra... Diz DUQUE ELDER (1) com ironia, que se esses erros fossem publicados muito maior seria a estatística de tais casos. Ao menos, acrescentamos nós, se fosse colhido sistematicamente material desse tecido orbitário muita luz se projetaria sobre esse capítulo. Entre nós, ALMEIDA (17) dá observação de um desses pseudo-tumores, cujo substrato histopatológico foi fibromiosite crônica. Outras vezes só se encontra um tecido crônico inflamatória para o qual não se encontra etiologia local ou geral. Vêzes outras tais infiltrações dependem de disendocrinias frustras de origem tireoidiana ou hipofisária. Talvez seja por isso que BENEDICT insiste muito sobre essa etiologia, no diagnóstico diferencial dos tumores orbitários. Daí seu conselho de esperar e esperar sempre antes de intervir, toda vez que da espera não resulte dano para o órgão ou a função.

VELTER e OFFRET (16) dizem que a Exoftalmia direta, parcialmente redutível, variável e indolor; a limitação dos movimentos do globo e as manifestações pálpebro-conjuntivais, constituem a tríade sintomática essencial do quadro clínico na fase mais característica da doença. A tríade sintomática se mantém ou se agrava com as tentativas terapêuticas. As vezes cede com um tratamento iodado ou mercurial ou mesmo arsenical, fazendo supor uma causa iuética. Outras vezes cede sem tratamento algum. É por isso que alguns autores em casos semelhantes se limitam a simples expectativa aguardando a evolução espontânea para a cura, toda vez que não se apresente perigo para o órgão ou a função.

Outras vezes a despeito do tratamento o paciente caminha para a exenteração e longe de livrar-se de seu mal, este se apresenta em

prazo variável de dias a meses, no olho congênere, com os mesmos característicos. VELTER e OFFRET contam haver observado um paciente que teve comprometimento do olho direito após 3 meses da exenteração da órbita esquerda. Esse paciente, na época da publicação de seu trabalho, estava sendo observado durante 4 anos e as lesões se haviam estabilizado.

OFFRET (4) oferece os seguintes elementos para o diagnóstico diferencial entre os tumores verdadeiros e os falsos tumores: a idade — pseudo-tumores em torno dos 45 anos, em média:

o início é lento nos tumores e rápido nos pseudo-tumores:

os pseudo-tumores atingem os 2 olhos num terço dos casos: o olho congênere é atacado em média entre 4 a 9 meses depois:

os tumores primitivos são indolores e não se acompanham de edema excetuando-se os do ápice: os pseudo tumores são incômodos e dolorosos:

os pseudo-tumores sendo pouco densos e mal delimitados não dão nunca sinais radiológicos;

a limitação dos movimentos e a quêmose falam mais a favor de pseudo tumor:

os pseudo-tumores tem início abrupto, uma fase de estacionamento e depois regridem ao cabo de 2 a 3 anos; os tumores verdadeiros nunca regridem nem apresentam exoftalmo periódico ou intermitente.

Se ainda persistir dúvida: orbitotomia exploradora e biópsia. Como se vê, é um setor da patologia ocular a exigir o máximo de atenção. Neste trabalho, que não tem pretensões de monografia, não poderemos nos estender mais sobre o assunto.

Seja dito ainda que muitos casos tidos a princípio como verdadeiros granulomas crônicos inespecíficos, são identificados posteriormente com a marcha da doença.

É assim que REESE conseguiu identificar como doença de HODKIN e linfossarcoma certos casos de pseudo-tumores da órbita. Outras vezes o substrato orgânico reside numa miosite crônica com aumento de volume dos músculos oculares, cujas fibras estriadas são destruídas, apresentando aumento de volume e grande infiltração edematosa. Ao lado disso há lesões vasculares sob a forma de perivascularite, hialinização das paredes vasculares e endo e meso-vascularite, segundo faz notar REESE. OFFRET chamou a atenção para o fato de que tais lesões venosas se encontram como o substrato

histológico habitual dêsses pseudo-tumores. Dependerão essas lesões de infecções produzidas por virus ou serão manifestações de uma colagenose localizada exclusivamente nos tecidos da órbita? Só o tempo e o empenho contínuo e intenso na elucidação dêsse problema poderá esclarecê-lo. Para êle convergem no momento com as melhores armas de pesquisa os patologistas, os clínicos e os cirurgiões.

OBSERVAÇÕES

Osteoma frontoetmoidal esquerdo: L.G.C. brasileiro, pardo, mecânico, 26 anos, casado, residente em Cubatão, procura o serviço a 19 de Novembro de 1954, sob registro n.º 165.434.

Histórico — Acusa o paciente que há cêrca de 18 meses começou a notar que seu olho esquerdo estava ficando um pouco mais saliente que o direito. Nunca sentiu dor alguma e não sofreu traumatismo. Com o correr do tempo a saliência do olho esquerdo foi se acentuando lenta e progressivamente, ao mesmo passo que o olho desviava para baixo e para fóra. Últimamente começou a notar que a visão dêsse olho está um pouco inferior à do outro. Sendo perguntado não acusa ter observado diplopia.

Ao exame se observa: OD em posição normal. Musculatura extrínseca e intrínseca normal. Papila levemente hiperemiada, dentro dos limites normais.

Olho esquerdo: Está francamente desviado para baixo e para a frente. Musculatura extrínseca e intrínseca normais. Ligeira hiperemia do fornix inferior. No fundus se observa o mesmo aspecto levemente hiperêmico da papila, sendo que seu setor temporal, em comparação com OD, é ligeiramente mais pálido. Vasos com turgência normal, igual aos de OD.

VOD: 1,0; VOE: 1,0 mal. Não acusa diplopia em tôdas as posições secundárias. No rebordo orbitário superior esquerdo, observa-se a palpação, a partir da chanfradura supra orbitária e em direção ao canto súpero-interno, uma tumoração que se dirige para dentro e para baixo até o nível do ângulo ínfero-interno. O tumor é saliente, duro e liso, não doloroso, confundindo-se com a base do nariz. Não há tumoração nem assimetria alguma na região frontal.

Diagnóstico clínico: Osteoma fronto-etmoidal com exoftalmia por diminuição da cavidade orbitária.

As radiografias confirmam o diagnóstico clínico (figs. 10 e 11) os exames de laboratório revelaram o seguinte: Reação de WASSERMAN e KAHN: negativas; tempo de sangramento 1'50"; tempo de coagulação 8'00" LEE WHITE. Dosagem de fósforo no sangue: 3,78 mgs. %; dosagem de cálcio no sangue 13 mgs. %. Urina normal. Fezes: negativo. Fosfatase alcalina 3,6 (BODANSKY). Intervenção cirúrgica. Dada a freqüente propagação craneana dos osteomas fronto-etmoidais, a despeito das radiografias não denunciarem, achamos de bom aviso transferi-lo para a 2.ª Clínica Cirúrgica de Homens onde foi operado sob anestesia geral pelo Tio-ciclo-eter, sendo a operação praticada pelo Dr. ABLAS FILHO que foi auxiliado pelos Drs COELHO e WALTER. O tumor foi retirado através de orbitotomia súpero interna; era um tumor circunscrito com consistência óssea apenas na periferia; o núcleo era constituído por tecido fibroso. A operação foi praticada no dia 20/4/55 e o paciente teve alta em 29/4/55 para continuação de tratamento e observação no Ambulatório da Clínica Oftalmológica.

Exame histopatológico do tumor: Material representado por tecido ósseo bem diferenciado e medula óssea. Em vários pontos há osteoclastose fibrose da medula. Em alguns pontos há tecido retiniano.

Diagnóstico: O aspecto histológico corresponde ao de displasia ósteo-fibrosa (Recklinghausen ósseo).

Seqüência: O paciente vem se queixando de dores irradiadas da incisão para a região temporal esquerda. O exoftalmo vai diminuindo lentamente e ao nível da incisão há edema, empastamento e dor a pressão e novas radiografias revelam presença de tumor ósseo ao nível do seio frontal esquerdo, que não fôra aberto na ocasião de exereses do osteoma intra-orbitário. O paciente foi reinternado na mesma clínica onde está em tratamento. Vide figs. 12, 13 e 14. As radiografias dos ossos longos nada revelam de anormal.

2.ª OBSERVAÇÃO

Doença de HAND, SCHULLER, CHRISTIAN, provável. Refere-se a uma criança de cor parda, de 4 a 5 anos de idade, e que apresentava um exoftalmo de grau médio do OD com desvio do globo ocular para baixo e para dentro. A radiografia feita então revelou lesão óssea da parede externa da órbita e com caracteres radiológicos da doença de HAND, SCHULLER-CHRISTIAN. Esta criança não

apareceu mais no Serviço e nem pôde ser localizada para completar os exames necessários à confirmação do diagnóstico radiológico. Ignorando-se seu nome foi impossível procurar seu prontuário. Estes dados são apresentados de memória.



Fig. 10
Osteoma da órbita: radiografia de frente.



Fig. 11
Osteoma da órbita: radiografia de perfil.

3.^a OBSERVAÇÃO (*)

Colesteatoma primitivo da órbita. Ficha n.º 12.456 do Serviço do Prof. Ivo CORRÊA MEYER, de Pôrto Alegre. E. F., 25 anos, branca, doméstica, brasileira, solteira, residente em Barão do Triunfo, Estado do Rio Grande do Sul. Data da consulta 27-3-46.

História da doença: Em janeiro de 1946, logo após haver almoçado, deitou-se para repousar e ao levantar sentiu forte dor no olho direito. Esta dor nunca mais desapareceu completamente. Agora sente dores também no canto externo deste mesmo olho como se fôsem ferroadas. Fêz tratamento caseiro sem resultado. Como seu estado não melhorasse aconselharam-na a vir até esta Capital a fim de se tratar.

Exame oftalmológico: Foi constatada a presença de exoftalmo unilateral do olho direito, muito discreto. (Exoftalmómetro de HERTEL.

(*) Esta observação é ainda inédita e pertence ao Dr. Luiz Assumpção Osório que a apresentou nas jornadas de Porto Alegre e gentilmente nos autorizou a publicá-la.

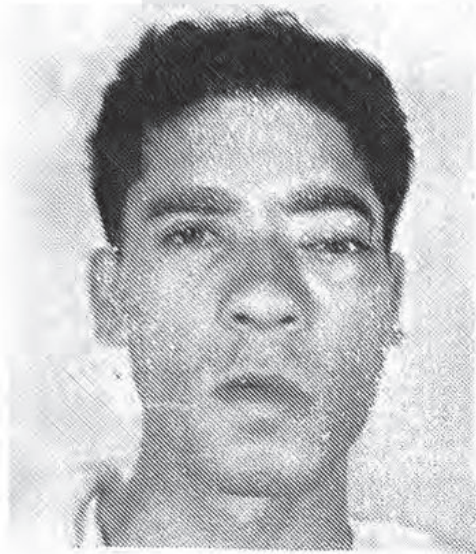


Fig. 12
L. G. C. Osteoma da órbita



Fig. 13
Mesmo caso.
Foto de perfil

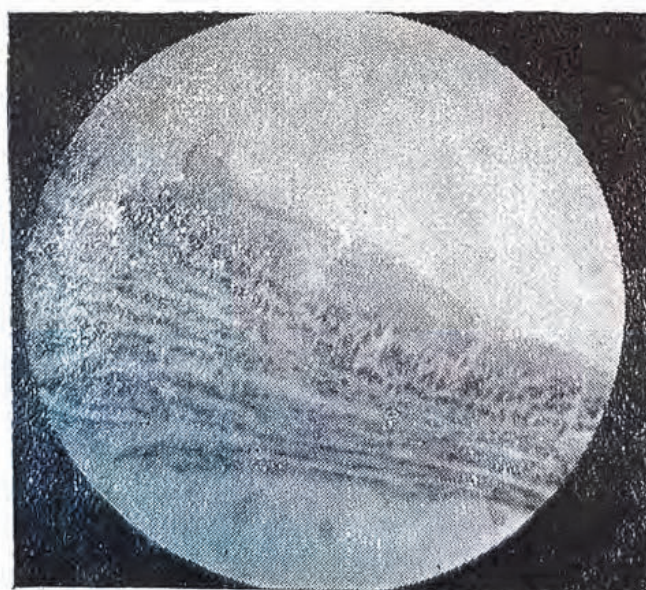


Fig 14
Micro-foto Osteoma da órbita.
Diagnóstico histo-patológico: Reckinghamen
ósseo.

18 mms) com agudeza visual de 1/2 nesse olho. No olho esquerdo a visão era normal. Em virtude da reação de WASSERMANN no sangue ter sido positiva, foi instituído tratamento anti-sifilítico com injeções de mercúrio.

Logo após ter regressado a sua residência, notou pela primeira vez que o olho direito estava mais saltado. O mesmo foi observado por outras pessoas de sua família. No entretanto iniciou o tratamento mercurial, em injeções, que lhe haviam prescrito.

No fim da primeira injeção apareceram-lhe quase instantaneamente aumento das dores com propagação para a região frontal, seguida de vômitos. No dia seguinte as dores ainda continuaram mais fortes que antes da primeira injeção; neste dia porém não teve vômitos. Esta sintomatologia repetia-se após tôdas as injeções de mercúrio e percebia que o olho saltava cada vez mais para fora.

Voltou em Maio a consulta podendo-se notar grande aumento da exoftalmia (Exoftalmômetro de HERTEL 26 mms) e franca estase papilar no olho direito, pelo oftalmoscópio.

A paciente foi então encaminhada ao Instituto de Neuro Cirurgia de Pôrto Alegre para exame Neurológico e Radiológico.

Exame clínico-neurológico — A primeira vista percebe-se exoftalmia bem pronunciada do olho direito.

Crânio: inspeção de aspecto normal, notando-se ao nível da região fronto-temporal direita uma saliência do tamanho de uma noz. Ao nível da região acima discriminada palpa-se uma saliência mole, mais ou menos retrátil, sem sopros nem batimentos, do tamanho de uma noz. O osso nessa região parece estar corroído.

Logo atrás dessa região há uma depressão. A percussão é dolorosa ao nível da região fronto-temporal direito. Olfato prejudicado na narina direita. Trigêmeo motor e sensitivo, facial e pares caudais sem particularidades. Musculatura bem conservada. Movimentos passivos, tonus, movimentos ativos, força segmentar e global sem particularidades. Prova dos braços estendidos: leve tendência a queda e pronação do braço direito. Reflexos biceptais: direito igual ao esquerdo. Diadococinésia sem particularidades. WARTENBERG e MEYER: positivos para prova d-n, d-d. sem particularidades.

Aparelho circulatório sem modificações maiores ao exame clínico. Pressão arterial max. 11; mín. 7. Aparelho respiratório, sem particularidades. Abdomen: reflexos cutâneos normais. Palpação e percussão normais. Reflexos patelares em posição sentada e dei-

tada: ligeiramente mais vivos a direita que a esquerda. Reflexos aquileos: direito igual ao esquerdo. BABINSKI esboçado a direita. BARRÉ: leve tendência a queda para a direita. Prova calcanhar joelho: sem particularidades. Sensibilidade íntegra. Raquis: inspeção, palpação e percussão sem particularidades. (Dr. CLAUDIO FICHTNER).

Exame radiológico: a) Perfil: Na região temporal existe uma lacuna óssea de contornos irregulares, sinuosos. A área responde mais ou menos a uma moeda de 2 cruzeiros. Um pouco adiante, na região frontal correspondente, existe uma linha curva de calcificação bem visível, porém "flou". Esta linha parece se continuar para trás, circunscrevendo assim uma região circular de cerca de 8 cms. de diâmetro e que contém a lacuna óssea na sua porção posterior. A abóbada nada apresenta de especial, de resto. Dorso da sela muito baixo. Impossível apreciar bem nesta incidência a sua estrutura, mas não parece haver erosão ou descalcificação.

b) p.a: As duas radiografias feitas apresentam ambas uma incidência um pouco oblíqua, dificultando a interpretação. Na região temporal direita vê-se o mesmo traço circular de calcificação que na frente passa exatamente pela incisura supra-orbitária. O rebordo orbitário direito apresenta-se perfeitamente liso, sem a projeção dos "juga" do teto orbitário, que a esquerda aparecem de modo típico. (Destarte na p-a as órbitas parecem assimétricas, quando na a-p não o são). A pequena ala está completamente destruída nos seus 2/3 externos. Na radiografia aparece apenas, como um coto, o terço interno que corresponde a região das clinóides anteriores. A fenda orbitária apresenta-se bem delimitada a esquerda e não é visível a direita senão possivelmente na sua porção inferior. O rochedo direito apresenta-se bem mais pneumatizado a direita, o seu rebordo superior a direita é liso, enquanto a esquerda verifica-se a existência dum pequeno esporão unciforme na região da fossa sub-arquata.

c) a-p: Em princípio apresenta o mesmo quadro da p-a. O defeito da pequena ala aparece muito evidente. Interrupção da linha inomínata na sua parte média. Parece haver um defeito ósseo no terço superior e externo da grande ala. Contraste evidente entre o rebordo superior do rochedo, liso a direita e com a irregularidade acima descrita a esquerda.

d) Incidência para teto da órbita: sem detalhes novos e seguros.

Interpretação: A lacuna óssea lembra, por sua forma, as lacunas correspondentes a fraturas com hematoma na primeira infância (seg. SCHUELLER). A sombra linear, circular, não se apresenta tão bem delimitada e fina como as capsulas dos colesteatomas por exemplo, mas não obstante parece pertencer a membrana limitante, calcificada de algum processo enquistado. Êste mesmo processo é que deve ter feito a erosão (destruição da pequena ala, na sua parte correspondente a quase totalidade do teto da órbita). O processo ainda produziu, com probabilidade, uma certa erosão do rebordo superior do rochedo. É provável que se trate de um processo enquistado muito antigo. Colesteatoma? (As. Dr. FREDERICO RITTER).

Exames de laboratórios: Reações de WASSERMANN no sangue, CALMETTE-MASSOL, JACOBSTHAL, RECHT-WEINBERG, MEINICKE, KAHN, MULLER, feitas no Laboratório Geyer em 16/7/1946, tôdas negativas.

Exame comum de urina: traços leves de albumina (16/7/46).

Diagnóstico: Foi baseado nos seguintes dados: Exoftalmia unilateral com estase papilar, saliência do tamanho de uma noz na região fronto-temporal direita, com erosão óssea, lacunas ósseas observadas nas radiografias, fizeram suspeitar a hipótese de um Colesteatoma da órbita com invasão endo-craneana. Diante dêste diagnóstico foi praticada intervenção neuro-cirúrgica em 17/7/46 pelo Professor ELISEU PAGLIOLI auxiliado pelos Drs. HEREDIA e MICKELBERG.

Ato operatório — Delimitação da região operatória por meio de lapis dermatográfico: linha em forma de U invertido, na fossa temporal direita. Anestesia pela novocaina a 1 % mais adrenalina. Colocação dos campos operatórios. Incisão com bisturi ao longo da linha traçada com lapis, até atingir o plano ósseo. Hemostasia com pinças, diatermo-coagulação dos vasos pinçados. Descolamento do perióstio, com rugina, ao longo da incisão. Abertura de 3 orifícios ósseos, com o trépano de DE MARTEL: 2 no ramo horizontal do U invertido e um terceiro ao nível do ramo anterior do mesmo.

Neste momento escoou-se por êste orifício um líquido amarelo, turvo, de aspecto purulento. Imediatamente fechamento com cera dos 2 orifícios abertos acima e pulverização com Sulfanida, das su-

perfícies cruentas. Retirada do líquido amarelo e exame microscópico do mesmo, com coloração pelo Gram, resultando: grande número de colônias de cocos Gram positivos. Devido a êste resultado foi decidido suspender a intervenção. Fechamento das partes moles com Cat-Gut para os planos profundos e seda para os superficiais, ficando apenas abertas as partes moles correspondentes ao orifício de escoamento do líquido. Através dêste foi colocado dreno com gaze pulverizado com Sulfamida. Curativo oclusivo.

Posteriormente ficou provado não ser exato aquêle resultado de grande número de colônias de Cocos Gram positivos no líquido retirado.

Resolvida nova operação foi ela realizada em 24/7/46, doente sentada, anestesia local, rebate-se o retalho anteriormente iniciado e retira-se grande Colesteatoma. Fechamento.

Exame anatomo-patológico — Ap 402 (Cátedra de Anatomia e Fisiologia patológicas — Diretor Prof PAULO TYBIRIÇÁ) — Provável Colesteatoma. (Dr. GEORGI PAKING DE LIMA). Esta lâmina foi posteriormente enviada ao Prof. MAFFEI, de São Paulo, o qual confirmou na verdade o diagnóstico de Colesteatoma. Microscópicamente constatamos ser o tumor constituído por lâminas córneas achatadas, unidas umas as outras, tomando as vêzes um arranjo concêntrico. Algumas dessas lâminas córneas ainda conservam o núcleo, sendo porém disso desprovida a maioria delas. Para fora encontramos células epiteliais pavimentosas, as vêzes estratificadas outras vêzes mono-estratificadas e ainda em alguns lugares muito delgadas simulando verdadeiro endotélio. Em algumas partes pudemos ver restos de capsula conjuntiva."

Estava assim confirmado também pelo exame microscópico o diagnóstico de COLESTEATOMA DA ÓRBITA, com propagação para o endocrâneo. Diz ainda o Dr. LUIZ A. OSÓRIO em sua interessante observação, o seguinte:

a) os colesteatomas denominados tumores perláceos são muito raros. Na literatura oftalmológica revista, então, por CONSTANS, foram publicados somente 15 casos, com o dêle perfaziam o total de 16 casos. O do Dr. LUIZ A. OSÓRIO, seria então, o 17.º caso da literatura oftalmológica.

b) A sintomatologia consiste essencialmente em exoftalmia progressiva e destruição extensa das paredes ósseas da órbita.

c) Sua patogenia é muito discutida. Certos autores como WIRCHOW, MICKULICZ e outros, consideram-nos como verdadeiros tumores embrionários emanados de brotos ectodérmicos penetrantes na profundidade; para outros seriam formações quísticas perladas, resultantes da inclusão de germens epidérmicos embrionários; para outros enfim, seriam o resultado de uma inflamação crônica. A intervenção descobre sua aderência ao esqueleto e por vêzes sua penetração no bordo escavado e erosado." (L. A. OSÓRIO).

4^a OBSERVAÇÃO

MUCOCELE GIGANTE FRONTO-ETIMOIDAL (*)

Trata-se de C. P. F., brasileiro, branco, casado, lavrador, de 50 anos de idade, residente em Xiririca, neste Estado, que se internou na 1.^a Clínica Cirúrgica de Homens da Santa Casa de Santos, em 15 de setembro de 1946, registrado sob n.º 15.431. Queixa principal: tumor enorme na região frontal e orbitária direita. Moléstia atual — Há 7 anos notou um pequeno tumor no ângulo súpero-interno da órbita direita ao mesmo tempo que sofria dores de cabeça e secreção nasal que persistiram até 3 meses atrás. Nesta época o tumor começou a crescer mais rapidamente e desapareceu a secreção nasal. Atualmente além da grande massa tumoral queixa-se de dor espontânea ao nível do tumor e sensação de peso na cabeça. Nunca fez tratamento algum. Além das moléstias peculiares à infância sofreu verminose e reumatismo crônico. Nega traumatismo cefálico mas sofreu fratura da clavícula.

Pai falecido aos 86 anos de causa ignorada e mãe viva e saudável. Além da lesão nada mais se nota nos demais órgãos e aparelhos a não ser ligeiro abafamento das bulhas cardíacas. Crânio normal. Face: apresenta uma enorme tumoração na parte superior da face com os seguintes limites:

Superior: linha de implantação capilar: externo: invade, ligeiramente a fossa temporal estendendo-se depois para a região malar:

inferior: linha horizontal tangente ao sub-septo nasal; interno: invade a metade esquerda do frontal e desce pelo ângulo interno da

(*) Devo aos ilustres colegas, Santos Dias e Marcilio Ferraz a possibilidade de publicar este caso.

órbita esquerda chegando até a metade superior da pirâmide nasal. Forma: irregular e bosselada.

À palpação: consistência quística, notando-se a existência de pontos de maior resistência, de consistência cartilaginosa, formando traves de direção de cima para baixo.

A transiluminação: 2/3 superiores translúcidos e 1/3 inferior opaco.

Pele: fina com desenhos vasculares na parte superior do tumor. A pálpebra superior muito distendida e a inferior na parte visível, muito edemaciada. Sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, normais. Dimensões: Perímetro: 40 cmts. Volume calculado 795 cc. Eixo vertical 13 centímetros; eixo horizontal: 16 cms.; eixo ântero-posterior: 9 cms.,8. A pálpebra superior media: 6 cms.,8 no sentido vertical e 9 cms.,9, no horizontal. No nariz: desvio do septo para o alto e para a esquerda. Enorme aumento da cabeça do corneto médio direito, que ocupa 2/3 da fossa correspondente apresentando consistência quística.

Exame oftalmológico. OD: exoftalmo acentuado com desvio do globo ocular para baixo e para fora; pálpebra superior ptosada edemaciada e distendida. O paciente acusa dor a pressão no ponto correspondente ao ângulo súpero-interno da órbita. A pálpebra superior é abaulada e corresponde a 1/4 da altura do tumor. O supercílio muito alongado se estende pelos 4/5 do diâmetro transversal da tumoração. A pálpebra inferior está ectropiada edemaciada e hiperemiada. Ligeira hiperemia da conjuntiva com secreção catarral não abundante. Motilidade da musculatura extrínseca bastante reduzida principalmente a dos retos inferior, superior e externo bem como a dos oblíquos; reflexos pupilares preguiçosos. Córnea e meios refringentes normais.

Fundo de olho: papiledema, edema discreto da retina e turgescência vascular. Além da turgescência, há tortuosidade acentuada dos vasos notando-se dilatações varicosas de alguns. À pressão da região do saco-lacrimonial direito flui secreção purulenta abundante, como os meios refringentes e o fundus. Acuidade visual de OE: além da tumoração que toma o canto súpero-interno da órbita, nada mais se nota. A motilidade extrínseca se apresenta normal, bem como os meios refringentes e o fundus. Acuidade visual de OE: 1,0. (as. N. R. MACHADO).

Esse exame foi praticado por nós em 23/9/46.

Demais exames: Sangue: Globos. vermelhos: 4.000.000 mm³; leucócitos: 5.600 mm³; Hemog.: 80 %; tempo de coagulação: 4'; tempo de sangria: 1'. Reação de WASSERMANN: negativa; Urina: densidade 1010; traços mínimos de albumina e vários leucócitos. Não nos foi possível encontrar as radiografias desse paciente e tão pouco o relatório respectivo.

Operação: foi praticada sob anestesia local pelo Dr. MARCILIO DIAS FERRAZ, a 17/10/46, tendo como auxiliares os Drs. SANTOS DIAS e J. D. ALEXANDRE. O conteúdo do tumor era constituído de ar e de uma substância pastosa, de cor variando do creme a café com leite e depositada na parte mais declive do tumor sem aderir a mucosa. Em 15/12/46 tivemos ocasião de reexaminar o paciente cujo aspecto externo está bem patente nas figs. 15 e 18. A motilidade extrínseca de OD estava readquirida. Os reflexos pupilares muito preguiçosos, os meios transparentes normais, porém a visão se limitava a contagem de dedos a 30 cms.; os vasos menos turgidos e tortuosos havendo atrofia da papila post-papiledema. A dácrio-cistite direita continuava, pois o paciente se recusou a operar-se. Em OE nada digno de nota (*)

Tivemos oportunidade de examinar e operar uma paciente portadora de mucocèle fronto-etimoidal esquerda, com exoftalmia acentuada e desvio ínfero externo do globo ocular. Era portadora de WASSERMANN fortemente positivo, porém sua lesão era tão típica que o diagnóstico foi fácil e a intervenção pôde ter um resultado estético bem mais favorável porque o tumor não tinha as dimensões do caso presente que foi o maior por mim já observado e também o maior encontrado na literatura consultada.

5^a OBSERVAÇÃO

PIOCELE ETIMOIDAL

D. P., brasileira, doméstica, casada, 22 anos, residente em Santos procura o Serviço de Oftalmologia da Santa Casa em 31/1/55 onde se registra sob n.^o 170.076.

Queixa: dores de cabeça há muito tempo, com predominância frontal e uma saliência que apareceu há cerca de 7 meses no canto interno da órbita esquerda.

(*) O paciente não quis submeter-se a nova operação plástica.

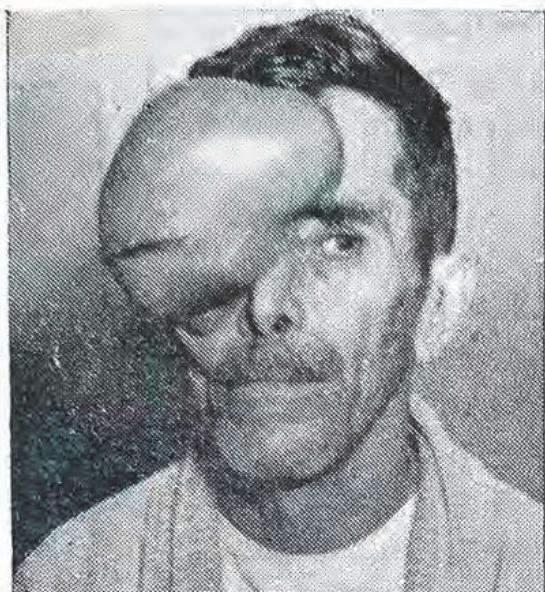


Fig. 15
Mucoccele gigante fronto-etimoidal.
Foto frente. Caso Drs. M. D. Ferraz
e O. L. S. Dias.

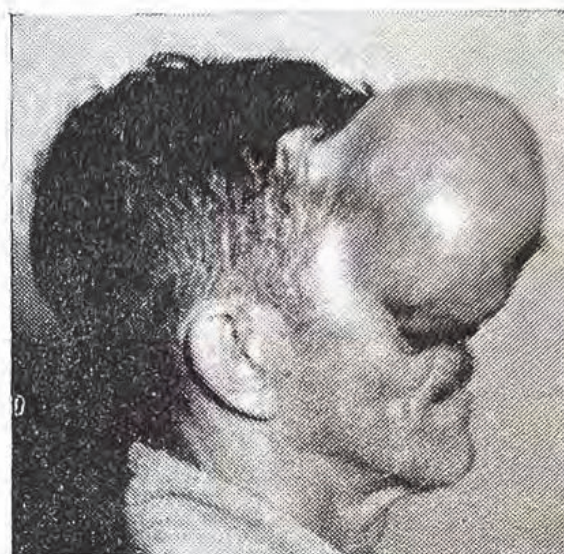


Fig. 16
Mucoccele fronto etimoidal. Foto
perfil.

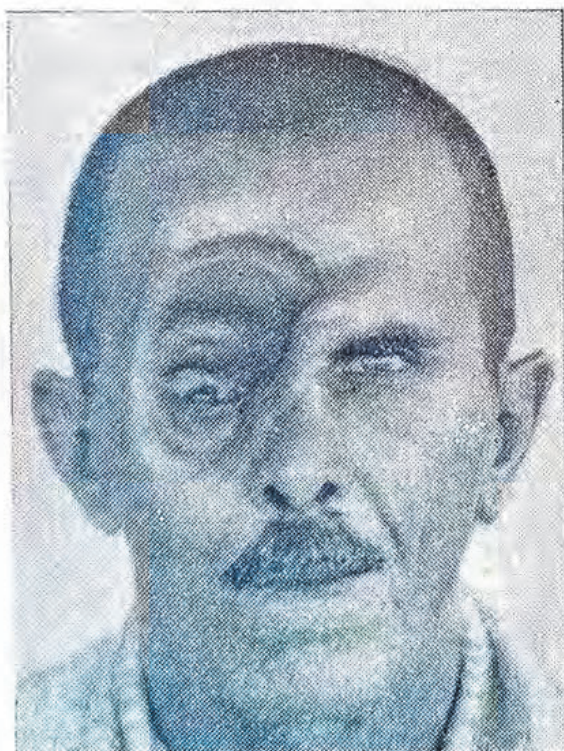


Fig. 17
O paciente após a operação.
Foto frente.



Fig. 18
O paciente após a operação.
Foto perfil.

Exame: A inspeção nota-se ligeiro exoftalmo com pequeno desvio para fora do globo ocular esquerdo. À palpação nota-se no ângulo súpero interno e na parede interna da órbita uma formação tumoral, de superfície lisa e arredondada cujo limite externo é dado pelo globo ocular, o anterior se limita com o ligamento palpebral interno, internamente se confunde com a parede interna da órbita em toda a sua altura e o posterior não se pode determinar à palpação. É indolor e a paciente diz que o tumor as vezes diminui de volume e que nessa ocasião parece que o olho esquerdo volta para o seu lugar (sic.). A motilidade do globo é normal bem como os reflexos pupilares. Os meios refringentes são normais. Nada se nota no fundo do olho. Agudeza visual de 0,6 em OD e de 0,15 em OE.

Não há edema palpebral nem conjuntival e a paciente não refere surtos inflamatórios de caráter agudo na órbita esquerda. Uma radiografia revela diminuição de transparência do seio maxilar esquerdo, das células etimoidais esquerdas e do soalho do seio frontal correspondente. No etimóide havia nível líquido ocupando algumas células anteriores com bolha de ar superposta. Uma linha muito tênue parecia limitar externamente a tumoração. Deixamos de juntar a radiografia porque o contraste insignificante no film, seria imperceptível na cópia.

A radiografia revela ainda espessamento da mucosa do seio maxilar esquerdo. O diagnóstico estava confirmado: a paciente portadora de polisinusite apresentava uma piocele etimoidal ocupando espaço na órbita esquerda e provocando exoftalmo periódico, (*) da coleção purulenta etimoidal.

Operação: Em 31/3/55 foi a paciente operada por mim, sendo auxiliar o Dr. J. G. DE CASTRO MACHADO. Após orbitotomia súpero-interna indo a incisão da borda superior do ligamento palpebral interno até a união da metade interna com a externa do rebordo orbitário superior esquerdo. Incisão do periósteo e rebaixamento dêste para baixo e para fora com a polia do grande oblíquo. Isto feito foi exposta a bolsa purulenta ainda bem delimitada pelo periósteo orbitário. A parede orbitária do etmóide estava quase toda destruída bem como as células etimoidais anteriores e posteriores do lado esquerdo que foram curetadas em toda a extensão.

Na mesma ocasião foi curetado o seio frontal esquerdo onde havia diversos polipos. Foi estabelecida uma comunicação ampla

(*) A redução do exoftalmo observada periodicamente corria por conta de escoamento periódico da coleção purulenta etimoidal.

com a cavidade nasal e após sutura do periósteo com cat-gut cromado. É colocado um dreno e feita a sutura da pele com seda 00. A paciente foi submetida a tratamento anti-biótico e a seqüência muito boa.

A 4 de abril a paciente foi transmitida para o Serviço de Oto-rino-laringologia onde foi operada a 11/4/55 pelo Dr. BRAGA NETTO que operou o seio maxilar esquerdo e completou a drenagem do etimoide correspondente, pela técnica de ERMIRO LIMA. A 14/4/55 a paciente tem alta, curada, do Serviço de Oto-rino-laringologia. Vide fig. 19.



Fig. 19
Piocele etimoidal.

6.ª OBSERVAÇÃO

MUCOCELE ETIMOIDAL

R. F. N., viúva, branca, portuguesa, 76 anos, residente em Santos procura o Ambulatório de Oftalmologia da Santa Casa em 17 de novembro de 1954, onde é registrada sob n.º 166.188 no registro geral daquele Hosptial.

Sua queixa é a seguinte: há cêrca de 3 meses notou uma bola dura (sic.) no canto interno da órbita direita, bola que foi aumentando lentamente de tamanho. Por vêzes vê duplo (sic.) tem fotofobia e há 4 meses tem notado baixa de visão em AO.

Tem tido cefaléia, nos 6 últimos meses, com localização temporal e mais do lado direito.

Ao exame externo nota-se ligeiro exoftalmo de OD que se apresenta ligeiramente desviado para baixo e para fora. A conjuntiva é ligeiramente hiperemiada. À palpação nota-se uma formação arredondada, de superfície algo rugosa e sensível à pressão mesmo leve.

Consistência dura, apresentando na face externa uma aparente solução de continuidade de bordas ponteagudas. Pelo lado interno se continua com a parede correspondente da órbita em toda sua extensão em sua parte anterior alcançada pela palpação.

A motilidade é boa, bem como os reflexos pupilares. Agudeza visual de 20/80. Tonus bi-digital normal. Opacidades nucleares ao espelho plano. Fundus A²H°. As radiografias revelam diminuição de transparência dos seios frontais e das células etimoidais havendo uma sombra ao nível do canto interno da órbita que se continua aparentemente com o soalho do seio frontal direito e com as células etimoidais do mesmo lado. Há uma linha de limites pouco nítidos e de calcificação escassa limitando externamente a sombra. As radiografias não são incluídas pelo mesmo motivo referido na observação anterior.

As fotografias da paciente foram tomadas agora, 31/8/55. Vide figs. 20 e 21 que revelam exoftalmo e desvio mínimos.



Fig. 20
Mucoccele etimoidal. Foto frente.

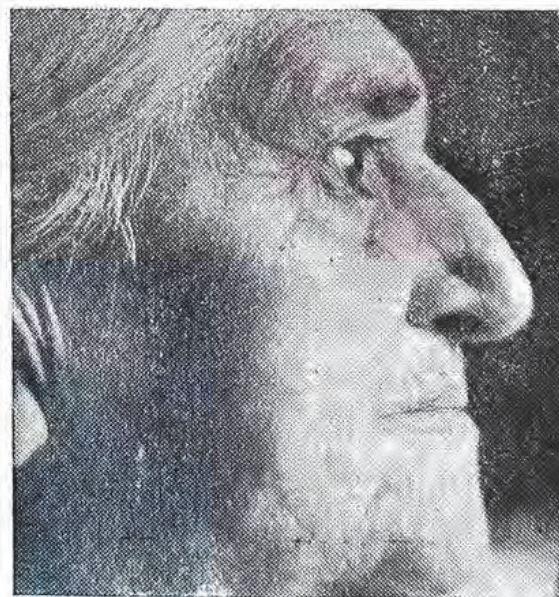


Fig. 21
Mucoccele etimoidal. Foto perfil.

A paciente é hipertensa tendo sido readmitida agora 30/7/55, internando-se na enfermaria de Clínica Médica para o pré-operatório. A pressão arterial era de 28 max. por 15 mín. e agora está reduzida a Mx. 21 e mínima 14 ao "Tycos" e tanto o anestesista como o clínico desaconselham a intervenção devido a hipertensão arterial.

7.ª OBSERVAÇÃO

EXOFTALMO POR PROVÁVEL ETIMOIDITE CRÔNICA

M. P, 8 anos, pardo, residente no Município de Juquiá, procura o ambulatório de Oftalmologia a 16/8/52, com papeleta sob n.º 117.239, por estar com o olho esquerdo saltado (sic).

Refere seu progenitor que o paciente há 4 dias começou a queixar-se de uma dor no olho esquerdo, dor que se acentuou na primeira noite da doença. No dia seguinte foi notado que o olho esquerdo estava saltado e a dor continuava. Foi então levado a um médico de Juquiá, o qual aconselhou trazê-lo a Santos. Passou mais um dia sentindo dor e o OE se exteriorizando cada vez mais. Ontem o enfermo disse que não estava mais vendo com OE e ontem mesmo aliviou a dor, a despeito de OE se apresentar com o mesmo aspecto de ontem. Nunca OE esteve vermelho nem as vizinhanças de OE.

Refere-se ainda o progenitor que 6 dias antes o paciente apresentava-se febril e tossia. Hoje diminuiu a febre; estava sem apetite mas hoje pediu alimento. Temperatura 36,8. Coriza.

VOD: 0,7; VOE: 0,7.

Exame ocular: OE: apresenta proptose discreta do globo, permanente, não redutível nem pulsátil e que não aumenta com abaixamento da cabeça. Motilidade conservada com amplitude normal. Indolor. Não há sinais de processo inflamatório em OE e nos seus anexos.

Pequeno gânglio pré-auricular palpável e indolor. Córnea de transparência e brilho normais. Pupila de aspecto normal bem como dimensões e reagindo bem a luz. Tonus (digital) normal.

O paciente é internado no Serviço onde é assistido pelo Dr. A. T. COLMENERO.

O exame clínico revela distrofia e anemia possivelmente por verminose e é medicado nesse sentido porquanto o exame de fezes

revela a presença de ovos de *Ascaris lumbricoides* e numerosos de *Tricocefalus trichiuris* e muitas larvas de estrogilóides. O exame de urina revela vestígios de albumina e grande abundância de urato de sódio e sedimento amorfo. O tempo de coagulação é de 7'20" e o de sangramento 1'30". Glóbulos vermelhos 3.480.000 p/mm³. Leucócitos 7.200 p/mm³. Taxa de hemoglobina 65 %. Neutrófilos: bastonetes 2, segmentados 56, eosinófilos 6, basófilos 0, linfócitos 32, monócitos 4. As radiografias do crânio nada revelaram inclusive na órbita esquerda. A abreugrafia resultou negativa. O paciente esteve internado durante 4 semanas em observação e sob tratamento com base de vermífugo, anti-anêmicos e vitaminas. A proptose foi diminuindo lenta e progressivamente; a 1/9/52 estava quase desaparecida e a 5/9/52 desapareceu completamente. A 14/9/52 tem alta curado. Êstes dados foram colhidos na observação feita pelo Dr. A. TERRA COLMENERO.

8.^a OBSERVAÇÃO

ABCESSO CIRCUNSCRITO DA ÓRBITA DIREITA

R. V. J., branca, casada, brasileira, residente em Ilha Bela procura o ambulatório de Oftalmologia da Santa Casa de Santos com papeleta com n.º 181.132 no registro geral. Isto a 26/6/55.



Fig. 22-A
Abscesso circunscrito da órbita direita.

O motivo da consulta era por ter o olho direito saltado e doloroso (sic.) figs. 22-A e 22-B.

Refere uma história confusa de infecção dentária com febre alta tratada com penicilina há mais ou menos 30 dias.

Há cerca de 15 dias OD começou a se tornar saliente sem grande dor. OD: intensa proptose com olho deslocado para a frente e ligeiramente para baixo e para fora. Fenômenos inflamatórios intensos nas pálpebras com predominância na pálpebra superior. Fundus: papiledema acentuado com grandes hemorragias e acentuado engurgitamento dos vasos particularmente das veias. Visão de OD: conta dedos a 2 metros. Assim é internada no Serviço de Olhos.

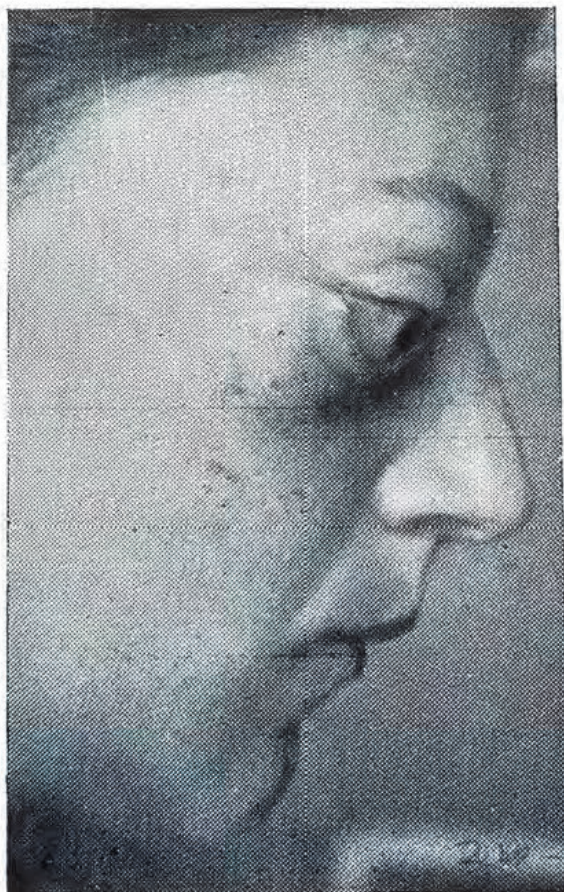


Fig. 22-B
Abscesso circunscrito da órbita direita. Perfil.

A 27/6/55 a pálpebra superior se apresenta ptosada e distendida com vascularização intensa, hiperemia difusa e edema discreto e bastante sensível a palpação ao nível do ângulo súpero interno da órbita. O globo se apresenta fortemente deslocado em direção anterior e ligeiramente para baixo e para fora. Quêemose intensa. Córnea ainda íntegra. Pupila em ligeira midriase. Fundus: grande edema da papila, grande ectasia venosa sendo os grandes vasos acompanhados por exsudação organizada. Visão de dedos a 2 metros como ontem.

A radiografia não revela seios opacos e sim uma sombra de densidade acentuada e homogênea tomando tãda a área de projeção da órbita direita (Vide fig. 22). O exame oto-rino-laringológico nada revela de anormal.

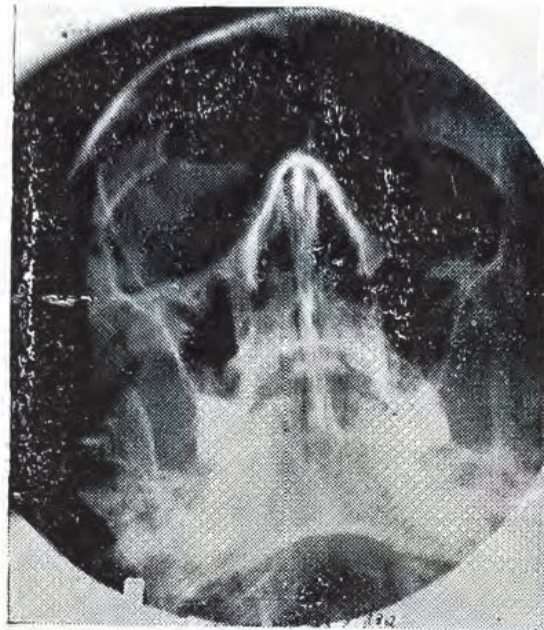


Fig. 22
Radiografia de frente em caso de
abscesso circunscrito da órbita direita.

O exame hematológico revela o seguinte: Hemátias 3.692.000 p/mm³; leucócitos 9.000 p/mm³; hemoglobina 74,5 ou 11,93 grs.; neutrófilos segmentados 77 %; eosinófilos 11 %; linfócitos 10 % e monócitos 2 %. O exame de urina revela albumina; traços leves; vestígios de urobilina; muitas células e vários leucócitos no sedimento. A paciente está no sexto mês de gestação normal.

A 28/6/55 é operada pelo A. e auxiliado pelo Dr. G. BERRETTINI. Anestesia geral pelo Tio-Ciclo-eter. É feita orbitotomia anterior, com incisão ampla, indo da metade da reborda orbitária superior até a borda superior do ligamento palpebral interno. Incisão do periósteo em tãda a extensão da incisão cutânea e a porção orbitária do periósteo é rebatida para baixo e para fora, com a polia do grande oblíquo. O soalho do seio frontal bem como a parede orbitária do etimóide se apresentam íntegras. Diante disso é incisado o periósteo orbitário no sentido ântero posterior e após dissecação cuidadosa feita com pinça montada em gaze e principalmente com a ponta do indicador direito é isolado um tumor de consistência líquida, volumoso, situado entre o periósteo e o globo em sua parte

anterior e entre o periósteo e o cone muscular em sua parte posterior, que se estendia em funil até ao ápice da órbita. No curso das manobras de dissecação a bolsa se rompe escoando-se pús abundante e fétido, de cor esverdeada. Toda a bolsa é esvasiada, são ressecados os tecidos necrosados e é feita a lavagem da cavidade com penicilina, cerca de 800.000 Unidades. A pesquisa cuidadosa das paredes ósseas em busca de alguma lesão, encontra ligeira necrose da parede interna da órbita ao nível das células etmoidais posteriores que são curetadas e drenadas para a cavidade nasal. Sutura-se o periósteo orbitário em suas incisões longitudinal e ao nível do rebordo com reconstituição cuidadosa do ângulo súpero interno por causa da polia do grande oblíquo que é reposta em sua posição. Sutura da pele com sêda 2 zeros e deixado um dreno profundo ao nível da extremidade externa da incisão. A blefaro-rafia prévia, sem avivamento havia sido feita com um ponto em U. Fazemô-la sistematicamente e consideramos êrro de técnica não praticá-la. É verdade que durante o ato operatório pode ser necessário mobilizar o globo e para atender essa eventualidade que pode se impor, a blefaro-rafia poderia ser feita logo após a intervenção — nunca se deve omiti-la. A órbita sempre reage de modo mais ou menos intenso quando explorada. É imperioso portanto proteger a córnea...

A seqüência foi ótima. O dreno é retirado 48 horas após. A blefaro-rafia temporária desfeita no 4.º dia. Os pontos da incisão no 8.º dia e a cicatrização se faz "per primam". No 10.º dia se extrái o canino superior direito. A motilidade do globo é normal exceto a da pálpebra superior que se apresenta algo edemaciada e ptosada. Ligeira sensibilidade à pressão ao nível do canto interno. A doente tem alta a 10/7/55, 2 semanas após o internamento e 12 dias após a intervenção. Seqüência em ambulatório.

A doente faz 5 aplicações de ondas curtas para combater o edema e a ligeira dor. A 27/7/55 ligeira ptose da pálpebra superior e ligeiro desvio do globo para baixo e para fora, com ligeiríssimo exoftalmo. O edema da papila é praticamente nulo. Os vasos são normais mas ainda há alguns exsudatos no vítreo posterior. Visão de OD sem correção igual a 0,5 e do OE: 0,9. A doente pede alta com insistência para atender compromissos domésticos e deve voltar dentro de 30 dias para contrôle.

Esta observação é colocada aqui muito propositadamente não só para exemplo típico de um pseudo tumor mas principalmente

para chamar a atenção do aspecto da lesão e de sua evolução. Antigamente um caso desses se apresentava com o aspecto dramático de um fleimão orbitário e o diagnóstico não oferecia dificuldade. Hoje com o uso e abuso dos anti-bióticos a sintomatologia se modifica de tal modo e de tal modo se altera a feição clínica que o diagnóstico pode oferecer sérias dificuldades.

Outro detalhe para o qual já chamamos a atenção em trabalho sobre fleimões da órbita: o grande oblíquo suporta muito bem a agressão cirúrgica à sua polia e a motilidade do globo é perfeita logo aos primeiros curativos sempre que a reação dos tecidos intraorbitários fôr nula ou mínima.

9ª OBSERVAÇÃO

DÁCRIO-ADENITE CRÔNICA NÃO ESPECÍFICA

Esta observação se limita a apresentação das ilustrações porquanto na mudança do Hospital, feita em Julho de 1945 perdeu-se todo o arquivo de nosso Serviço o qual já excedia de 30.000 fichas.

Os dados foram obtidos do relatório do patologista que havia sido guardado junto com as fotografias da paciente.

N. R. S., de 15 anos aproximadamente e que foi operada por mim em março de 1941 de um tumor situado no ângulo súpero externo da órbita que produzia saliência da pálpebra superior em toda a extensão de sua metade externa, produzindo exoftalmia pouco acentuada do globo ocular esquerdo que apresentava ligeiro desvio para baixo e menor ainda para dentro, e que parecia depender da glândula lacrimal, em sua parte palpebral. A paciente foi operada por nós em março de 1941, sob anestesia geral e após orbitotomia ampla, é retirado um tumor localizado na glândula lacrimal.

O tumor foi retirado em diversos pedaços, segundo relata o patologista, de cor clara medindo entre 5 e 11 milímetros. Os pedaços menores têm maior consistência e aspecto fibroso.

Exame microscópico: os cortes mostram um pedaço de glândula com acinus regulares, tendo no estroma vários focos de proliferação linfocitária. Alguns desses focos coincidem com pequenas áreas de necrobiose das células acinosas. Nos pedaços menores vêm-se lóbulos glandulares cercados por tecido fibro-adiposo.



Fig. 23
Dacrioadenite crônica. Frente.



Fig. 24
Mesmo caso. Perfil.



Fig. 25
A paciente após a operação. Frente.



Fig. 26
A paciente após a operação. Perfil.

Conclusão: Dacrioadenite crônica não específica.

Este exame, é datado de 9/3/55 e tem a assinatura do Dr. JUVENAL R. MEYER, ilustre patologista do Instituto Biológico de São Paulo. (Fig 27).

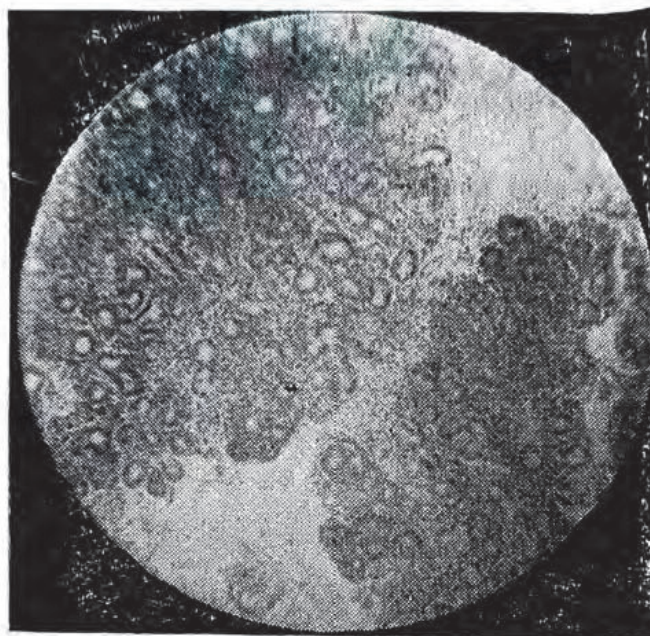


Fig. 27
Micro-foto: Dacriadenite crônica.

É este o caso único de tumor da glândula lacrimal, constante de nossa casuística. É pena que não possa fornecer mais dados devido às circunstâncias acima referidas. A seqüência operatória se fez sem acidentes e as fotos de ns. 23 a 26 bem o confirmam. A paciente nunca mais foi vista por nós.

10.^a OBSERVAÇÃO

HEMATOMA RETRO-PERIOSTAL

É talvez uma das mais interessantes dêste trabalho e se refere a recém-nascido internado em nosso serviço. Constituiu assunto para interessantíssimo trabalho de nossos colaboradores Drs. GINO LUIZ BERRETTINI e ARMINDO TERRA COLMENERO. (20)

Por gentileza dos A.A., transcrevemos uma parte apenas de seu trabalho:

“Observação clínica” — Criança nascida a termo de parto aparentemente normal, assistido por “curiosa”. Oitavo filho de casal sadio porém depauperado. Todos os irmãos falecidos nos primeiros

2 anos de vida por doenças não identificadas. Condição social dos pais é de extrema miséria e instrução nula.

Conta o pai que a criança nasceu perfeita sem anomalia que chamasse atenção dos circunstantes. No segundo dia de vida, portanto oito dias antes do exame, os familiares notaram que o olho direito estava "crescendo", o que foi se acentuando rapidamente para ficar estável no 7.º ou 8.º dia. De um modo geral a criança não apresentou sinais de sofrimento. Sua alimentação foi artificial e bem tolerada. Sono e comportamento normais para a idade.

Exame pelo pediatra — eutrofia, rino-faringite, descamassamento fisiológico do recém-nascido, otalgia.

Exame ocular — O.D. pele da região orbitária sem caracteres patológicos: Abertura palpebral fortemente aumentada estando as pálpebras impelidas em direção ao rebordo orbitário. As pálpebras em sua pequena porção visível não apresentam edema nem pigmentação sugerindo hemorragia retro-bulbar. O rebordo orbitário é de difícil acesso, sendo sua palpação, na medida do que foi possível observar, normal. Não há impressão de aumento do volume orbitário.

Por entre as pálpebras, fortemente afastadas, observa-se a protrusão do globo ocular em sua quase totalidade uma vez que os rebordos palpebrais estão situados muito para trás do seu equador. O globo apresenta mobilidade parcial acompanhando de modo geral os movimentos do olho esquerdo sem sinal de dor a estes movimentos. A palpação digital há certo grau de hipertensão havendo porém sinais de flutuação endo-ocular. A palpação profunda não se observa pulsação. A protrusão do globo não diminui pela palpação profunda sugerindo massa consistente localizada atrás do olho. De um modo geral não há impressão de aumento do globo ocular. O globo está recoberto pela conjuntiva distendida e fortemente queimada, com hiperemia acentuada e pequenas hemorragias superficiais.

O segmento anterior do olho está inteiramente destruído, sendo a córnea substituída por tecido ressecado, duro com crostas acinzentadas destacáveis em torno do limbo. Purgação amarelada fluida que se acumula no canto interno e escorre pela pele.

OE normal, em todos os seus detalhes, inclusive fundus.

Exames complementares: WASSERMANN e KAHN negativos. Hemograma normal.



Fig. 28
Hematoma retro-periosteal. Caso Drs. G.
L. Berrettini e A. T. Colmenero.

Radiografia: lado direito: alargamento da área orbitária com espessamento do rebordo por provável tumoração intra-orbitária.

Evolução — internada aos 10 dias de vida foi operada aos 16. Durante o tempo que esteve em observação houve pouca mudança dos caracteres descritos. A protrusão não aumentou. O edema da conjuntiva e seu espessamento se tornaram maiores. A córnea e a conjuntiva vizinha cada vez se tornaram mais secas.

Ato-cirúrgico. Finalidade: exploração e eventual exenteração da órbita. Anestesia pelo éter com entubação endotraqueal.

Dissecção da conjuntiva bulbar em torno do limbo e isolamento do globo de seu revestimento até a parte posterior, sem secção dos músculos. Incisão da conjuntiva até cantos interno e externo, sendo esta continuada por cantotomia de 1,5 cms. além do rebordo orbitário em toda a circunferência dêste. Sangramento abundante, dificultando a visibilidade. Tentativa de introdução do dedo atrás do olho para exame do interior da órbita não teve êxito, uma vez que, em virtude do pequeno volume da órbita em proporção ao globo, própria dos recém-nascidos, não havia espaço suficiente. Em virtude da falta de campo e considerando que o olho estava com sua função definitivamente perdida, foi feita a enucleação, seccionando os músculos e o nervo logo atrás do globo. Feita a hemostase, a palpação revelou tumoração fixa, não pulsátil, nem redutível, ocupando todo o quadrante súpero externo, desde o rebordo orbitário até o fundo da órbita. Continuando a dissecção, foi posta a descoberto tumoração fortemente abaulada, recoberta por te-

cido duro, resistente e levemente brilhante com superfície lisa, coloração arroxeada e flutuação dando tensão digital correspondendo aproximadamente, a de um olho moderadamente hipotônico. A massa tumoral foi libertada dos tecidos moles que a recobriam e se apresentou como formação ovoide que se estendia pelo rebordo orbitário superior, desde o ângulo externo, até perto do ângulo interno e descia até o vértice da órbita, com convexidade suave. Assim sendo, o tumor tomava quase toda a metade superior da órbita, não atingindo a parede orbitária interna. A dissecação do tumor ao chegar ao fundo da órbita não pôde ser continuada por falta de plano de clivagem.

Ao nível do rebordo súpero-externo o tumor se continuava com o periósteo. Tentada a dissecação cuidadosa a êsse nível, não foi conseguida, tendo havido perfuração da membrana envolvente do tumor, com aparecimento de massa escura. Nesse ponto da exploração foi feito o diagnóstico de hematoma sub-periosteal. O que foi confirmado por meio da punção que revelou líquido escuro com caracteres de sangue hemolizado. Foi feita incisão do tumor pouco abaixo do rebordo superior, tendo sido encontrada cavidade cheia de sangue hemolizado e grandes coágulos negros. Com o esvaziamento do conteúdo, ficou a cavidade limitada atrás e por cima pela superfície óssea e na frente pelo periósteo. Foi feita sutura linear com cat-gut. Curativo fortemente compressivo.

Histo-patologia.

1 — Zona correspondente a córnea intensamente espessada apresentando destruição total do epitélio e focos de calcificação. Câmara anterior ocupada por exsudatos fibrino-leucocitários. Hiperemia intensa dos vasos conjuntivais. Outras estruturas normais.

2 — Exame do líquido retirado do interior da tumoração: sangue hemolisado, hemácias deformadas.

Evolução post-operatória:

Medicação a base de antibióticos e hidratação. No dia da operação a tarde temperatura em rápida ascensão tendo chegado 12 horas depois a 39º,9 tendo cedido logo com administração de pirâmido. No 4.º dia, ao fazer o segundo curativo, foi observado edema inflamatório da pálpebra superior. A compressão do conteúdo da cavidade através das pálpebras provocou a saída de grande quantidade de pus espesso de cor marrom. Em alguns dias mais a

purgação desapareceu, tendo com o correr do tempo havido retração das pálpebras para o interior da cavidade.

Foi dada alta perto de um mês depois da internação, não tendo mais comparecido para exame”.

Os A.A. chamam a atenção para essa possibilidade diagnóstica que deve ser cogitada no diagnóstico diferencial das proptoses dos recém-nascidos, pois uma vez lembrada essa possibilidade uma simples punção poderia ter fins diagnósticos e curativos. Eliminando outras causas os A.A. chegam a conclusão que a lesão teria sido determinada por manobras obstétricas praticadas por pessoa inabilitada, pois a parteira era uma simples “curiosa”.

Cumpre-nos lembrar a estatística de SHARP e Mc.CLAIR (21) que encontraram líquido raquiano sanguinolento em 46 recém-nascidos dentre 500 examinados, o que dá uma percentagem aproximada de 10 % de hemorragias intracranianas dos recém-nascidos, sem que para isso tenha havido causa aparente. Essa percentagem também foi encontrada por VRIES (22) em casos de hemorragias da retina de recém-nascidos. Daí se conclui que é mister ter em mente essa hipótese do hematoma orbitário no diagnóstico diferencial dos exoftalmos com desenvolvimento rápido, nos recém-nascidos. O exoftalmo nesse caso se desenvolve com rapidez tal que pode lembrar também um sarcoma congênito, da órbita.

11.^a OBSERVAÇÃO

FIBRO-ANGIOMA DA ÓRBITA

M. S. S., portuguesa, viúva, doméstica, de 55 anos, residente nesta cidade, sob registro geral n.º 30.950, procura o Ambulatório de nosso Serviço a 19/8/47. Vem à consulta por ter o olho direito saltado (sic) desde criança. A princípio não a incomodava, mas ultimamente tem sentido dores contínuas e o olho se vem tornando cada vez mais saliente.

Exame — A paciente apresenta exoftalmia acentuada do olho direito, com ligeiro desvio do globo para baixo e para fora. O exoftalmo não é redutível nem pulsátil e segundo refere a paciente, tem aumentado sempre. Há ligeira hiperemia da conjuntiva que se apresenta edemaciada ao nível do fórnix inferior. A motilidade é normal. Córnea e aquoso normais. Catarata traumática. Visão de

vultos a 30 cms. Tonus bi-digital normal. A palpação não se toca a massa tumoral que deve estar situada no fundo da órbita. O.E. nada de anormal ao exame externo. O fundo revela hipertensão de tipo A2H0. Com correção de ligeiro astigmatismo contra a regra de +0,75 Cil. 180º — tem visão igual a 1.



Fig. 29
Fibro-angioma da órbita. Frente.

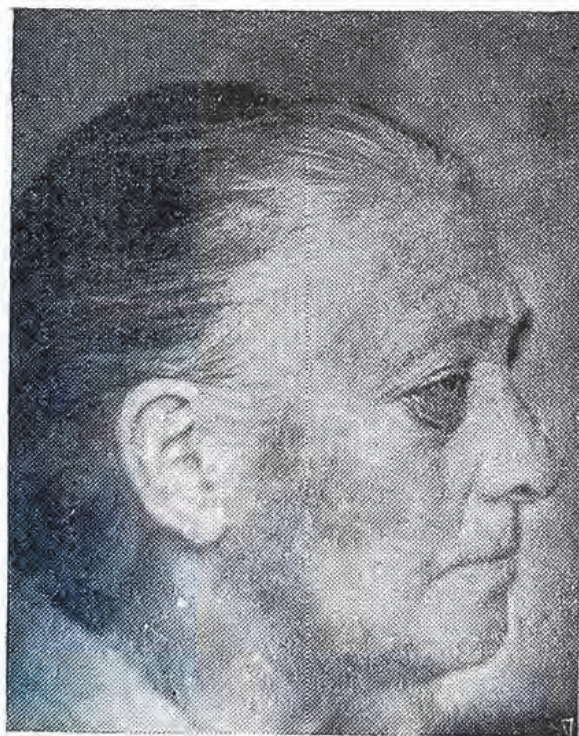


Fig. 30
Fibro-angioma da órbita. Perfil.

A paciente é internada para o pré-operatório e seus exames revelam: Reações de WASSERMANN e KAHN, no sangue, negativas; tempo de sangria 2'15'', tempo de coagulação 6'. Uréia no sangue 0,60 mgs. por litro (Moog).

Urina: densidade 1.015, traços leves de albumina, várias células epiteliais das últimas vias e vários leucócitos.

As radiografias dos seios para nasais e buracos ópticos nada revelam. Na área de projeção da órbita direita nenhuma sombra anormal. Tensão arterial Max. 18, min 10.

Operação — a 28/8/47 a paciente é operada. Sob anestesia geral pelo Tio-Ciclo-éter (Dr. CÁSSIO BUENO) e com o auxílio do Dr. C. MOREIRA GOMES praticamos uma orbitotomia ampla tomando a metade externa da base da órbita, incisamos o periósteo e o afastamos para baixo e para dentro. Em seguida incisamos a peri-órbita no sentido ântero-posterior e introduzindo o indicador conseguimos tocar o tumor que se apresentava de consistência dura e fortemente aderente ao cone muscular e ao ápice da órbita, parecendo ser constituído de diversos lobos. Não havia campo suficiente e foi necessário praticar a ressecção parcial temporária da parede orbitária externa a Kronlein o que fizemos usando a serra de GIGLI. Assim se conseguiu campo mais amplo e mesmo assim foi bastante penosa a extirpação digital de um tumor de consistência dura, coloração vinhosa, constituído por 3 nódulos o maior dos quais trilobulado. A massa tumoral era como referimos, fortemente aderente aos retos superior e externo e ao ápice da órbita. Para retirá-la foi necessária tração bastante forte com pinça e indicador direito. A massa tumoral que foi vista e sentida, foi por nós retirada mas não ficamos seguros de haver retirado toda a massa tumoral pois o campo operatório, a despeito do Kronlein, continuava estreito. O periósteo foi suturado em sua parte intra-orbitária ao nível do rebordo orbitário com cat-gut cromado. A parede óssea foi recolocada a seu tempo e a pele foi repostada com sutura intra-dérmica. A hemorragia foi mínima. Fêz-se depois a blefaro-rafia temporária e curativo oclusivo colocando-se sulfa na cavidade e externamente. Duração da operação: 1 hora e 10 minutos.

A peça foi fixada em formol a 10 % e enviada ao patologista, Dr. J. R. MEYER que a 3/9/47 nos envia o seguinte relatório:

Exame microscópico — Fragmentos de tecido de cor vermelha e de consistência mole sem outros detalhes macroscópicos dignos de registro.

Exame microscópico — Material formado por pedaços de um pequeno tumor, tendo uma parte de estruturas vasculares caver-

nosas, bem diferenciadas e uma parte fibrosa adiposa com numerosos focos de proliferação linfocitária. Não há proliferações atípicas.

Conclusão: Fibro-angioma (as. Dr. J. R. MEYER).

Seqüência: Foi bastante acidentada. A despeito de apresentar a paciente uma córnea brilhante logo após a retirada dos pontos da blefaro-rafia, o exoftalmo se apresentava rebelde, a motilidade diminuída e uma quêmose intensa. Além de cálcio e penicilina em doses fortes a celulite era manifesta e rebelde havendo necessidade de se fazerem punções repetidas ao nível do fórnix inferior com agulha de injeção e com agulha diatérmica. Foram feitas vaporizações com sôro hipertônico, 2 vêzes ao dia e algumas aplicações de radioterapia. A paciente obteve alta melhorada a 2/9/47 após 39 dias de hospitalização e 30 de post-operatório. Seu estado é então satisfatório.

A 13/2/48 procura novamente o ambulatório da Clínica Oftalmológica queixando-se de dores, edema palpebral e quêmose, dando a palpação do rebordo orbitário superior a sensação da existência de sequestro em ósteo-mielite do rebordo orbitário. É internada em nosso Serviço e medicada com anti-bióticos e Propidon. 5 dias após tudo cede a começar pela dor e a paciente tem alta para continuar tratamento em ambulatório.

Algum tempo depois teve nova crise e instada por amigos procurou outro colega em São Paulo com quem esteve em tratamento durante cerca de 3 anos. Nesse tempo houve algumas crises também dominadas. Ao cabo de 3 anos referidos seu novo médico aconselhou enucleação de OD e a paciente acedeu sendo operada a 21/4/52. Quando preparava este trabalho consegui localizá-la e seu estado era o seguinte em 22/6/55: OD anoftalmo cirúrgico, pálpebras normais bem como a conjuntiva. Não quiz usar prótese mas o coto apresenta mobilidade boa. Rebordo orbitário apresenta ligeira retração ao nível de sua parte externa, sede da osteotomia. Ao nível da parede externa a cerca de 2,5 cms. do referido rebordo correspondente há uma depressão, refletindo uma solução de continuidade do esqueleto. Nessa depressão absolutamente indolor cabe a polpa do indicador de minha mão direita. É provável tivesse havido nesse ponto algum processo de ósteo-mielite, agora completamente extinto. A palpação não revela nenhuma tumoração na cavidade.

OE: apresenta opacificação cortical do cristalino e tem ainda visão de 0,7 c/ +O, 75 Cil. 180-c/ +1DE. Para perto: adição de

2.5 DE permite visão pontos pequenos de costura. Fundus ainda A2H0.

Com a experiência atual, em tumor sabidamente de localização profunda, a operação teria sido feita com ressecção ampla da parede externa da órbita. O campo obtido seria excelente, a visibilidade ótima e a exereses teria sido completa. A seqüência muito mais curta e satisfatória para o paciente e o cirurgião... (vide figs. 29 e 30).

12.^a OBSERVAÇÃO

NEURO FIBROMA DA ÓRBITA

C. P. G., espanhol, branco, casado, empregado, residente em São Vicente, interna-se no Serviço de Olhos da Santa Casa, sob n.º 175.791 do registro geral de enfermos, à 2/5/55.

Histórico — Há perto de 2 anos começou a notar que OD estava um pouco mais saliente que OE. Com o tempo a saliência foi aumentando lenta e progressivamente. Não sente e jamais sentiu incômodo algum a não ser muito ocasionalmente ligeira dor que se irradia para o ouvido direito. Não acusa espontaneamente, porém ao ser perguntado diz que esporadicamente tem tido diplopia. Nunca consultou oculista. Acha que a visão em ambos os olhos é igual, vendo bem longe e perto (figs. 31 e 32).



Fig. 31
Neuro-fibroma da órbita. Frente.
Caso Dr. G. L. Berrettini.



Fig. 32
Mesmo caso de perfil.

Exame: Acentuada proptose em sentido anterior e ligeiramente para cima na linha mediana. A gordura orbitária faz saliência através do septo inferior, especialmente nos 2/3 externos da pálpebra inferior, contrastando mui intensamente com o aspecto da pálpebra inferior de OE, normal, por ser indivíduo muito magro. O globo ocular faz acentuada saliência para diante, para cima e ligeiramente para a linha mediana, e, à retração das pálpebras o globo praticamente se exterioriza, parecendo que a maior pressão se produziria luxação total do globo. A proptose não é depressível. A pesquisa de pulsação foi negativa. Não há limitação dos movimentos e não há diplopia em nenhum meridiano, mesmo na extrema periferia a despeito da acentuada disparidade de localização dos 2 globos. Ao olhar para cima, ao máximo, a linha reta que passa pelo limbo inferior da córnea de OE fica 5 milímetros abaixo de OD. Estando o paciente com os olhos cerrados, uma régua colocada sobre o dorso do nariz, toca a pele da pálpebra de OD ficando perto de 15 milímetros da de OE. Há hiperemia conjuntiva difusa e discreta em OD. Pupilas e reflexos, meios, fundos normais, sendo observada ligeira hiperemia papilar em OD. Vasos normais, e com aspecto igual em AO. Sensibilidade da conjuntiva e da córnea normal. VODE = 1. Radiografia da órbita: nada revela. Pneumo-órbita: inconcludente.

Diagnóstico-clínico — Tumor benigno da órbita.

Foi proposta operação para exploração do conteúdo orbitário e eventual exereses de tumoração.

Operação — Foi praticada a 7/5/55, por mim, com auxílio do Dr. G. L. BERRETTINI como 1.º assistente e Dr. A. T. COLMENERO, como 2.º assistente. Após anestesia do facial, do supra e infra-orbitários, do lacrimal, do gânglio ciliar com escurocaína a 2% foi feita orbitotomia externa ampla, tomando o rebordo orbitário desde a união do terço médio com o externo até a goteira do infra-orbitário, em círculo, distante 1 cm. do referido rebordo e paralela ao mesmo. Após hemostasia completa é incisado o periósteo na mesma extensão. É relatado o periósteo orbitário e incisado longitudinalmente até o fundo da órbita. Exterioriza-se logo o tecido adiposo da órbita e através dele caminha o indicador da mão esquerda que encontra uma tumoração redonda, de consistência fibrosa, situada no soalho da órbita ao qual aderida bem como ao reto inferior. As aderências eram tênues e a dissecação foi digital. Exposta a tumo-

ração foi ela pinçada e extraída não havendo necessidade de ligadura do pedículo por não haver hemorragia, senão ligeira e benedominada pela compressão. Exploração cuidadosa feita por mim e pelos assistentes não revelou outras tumorações. O periósteo foi suturado com cat-gut ao nível das incisões longitudinal e circular e a pele suturada a sêda com pontos de DONATI e simples. Uma blefaro-rafia, central, temporária e sem avivamento havia sido feita como primeiro tempo da intervenção. Aplicada pomada de Brista-ciclina ao nível da incisão e ao nível das pálpebras foi feito cura-



Fig. 33
Mesmo caso, de frente, após a operação.



Fig. 34
Mesmo caso de perfil, após a operação.

tivo oclusivo e compressivo. A peça (Vide fig. 35) foi enviada ao patologista e media 30/22/18 mms.; era encapsulada, lisa e elástica.

O exame microscópico feito pelo Dr. J. MICHALANY diz tratar-se de tumor de caráter expansivo, formado por células de SCHWANN e por tecido conjuntivo fibrilar.

Diagnóstico: NEURO-FIBROMA (Vide foto 36).

Outros exames praticados:

Hemograma — Hemátias 4.790.000 p/mm³, leucócitos 6.000 p/mm³, hemoglobina 95 %. Polinucleares jovens 0 %. Bastonetes



Fig. 35
Fotografia da peça.

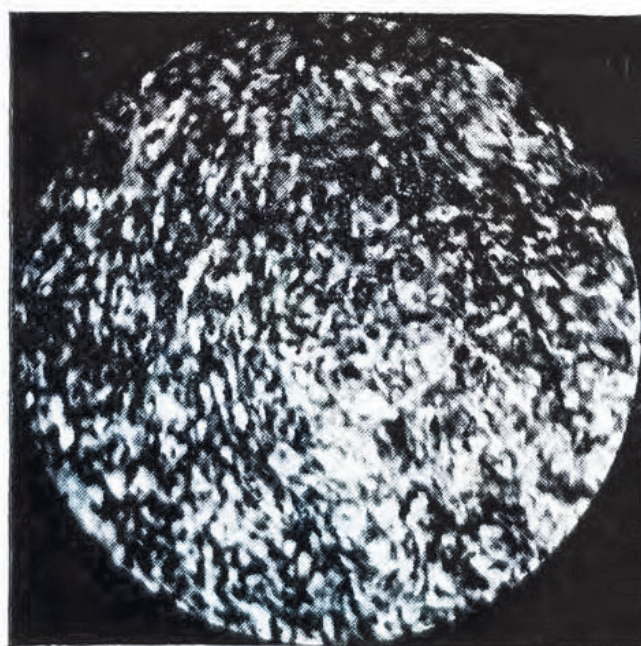


Fig. 36
Micro-foto do neuro-fibroma.

0 %. Segmentados 60 %. Eosinófilos 1 %. Linfócitos 36 %, Monócitos 3 %. Tempo de sangramento 1'45"; tempo de coagulação: 9'0" Lee White.

Urina: densidade 1020, vestígios de urobilina e alguns leucócitos.

A seqüência operatória foi ótima e o paciente teve alta a 15/5/55 em ótimas condições para seguimento em Ambulatório. (Vide fotos 33 e 34). (1)

Cumprе assinalar que o paciente não apresentava nenhuma mancha cutânea nem qualquer outra formação tumoral além da descrita.

Foi feita pesquisa cuidadosa nesse sentido. Não há nenhum outro parente do paciente portador de tumor semelhante e nem de manchas cutâneas.

13.^a OBSERVAÇÃO

NEURINOMA DO NERVO FRONTAL DIREITO

E. O. brasileira, branca, viúva, com 40 anos de idade, residente em Itajaí, Santa Catarina, procura o Ambulatório de Oftalmologia da Santa Casa de Santos, a 11/7/55, inscrita sob n.º 179.204 no registro geral de enfermos, por causa de uma acentuada saliência (sic) do globo ocular direito.

História: refere que há cerca de 14 anos apareceu um carocinho (sic) do tamanho de um grão de arroz no canto superior interno da órbita direita, o qual cresceu lentamente ao mesmo tempo que o olho direito se ia tornando mais saliente que o esquerdo. Depois parou de crescer e há pouco menos de 14 anos, não se modifica em forma e tamanho.

Exame: discreta ptose palpebral de causa mecânica. Proptose acentuada com desvio do globo ocular para baixo e para fora, havendo desnível de cerca de 2 mms. no sentido vertical, de OD em relação a OE. Movimentos do globo, tanto isolados como conjugados normais. Acusa diplopia apenas no olhar para cima.

A proptose é reduzível, contínua, e não pulsátil. A tumoração é relativamente móvel, bocelada, achatada, indolor, localizada no ângulo súpero interno da órbita, aparenta o tamanho de uma amêndoa pequena, não é aderente a pele e tão pouco ao plano ósseo, e seu limite posterior se perde em direção ao ápice da órbita. Há uma

(1) Esta observação feita pelo Dr. G. L. Berrettini me foi gentilmente cedida para confecção deste trabalho.

placa xantomatosa, pequena, na pálpebra superior ao nível da tumoração. Pupila e reflexos normais. Meios refringentes e fundus normais.

A paciente aceita indicação operatória e se interna em nosso serviço. Seus exames de laboratório revelam:

Colesterol 111 mgs. %; reações de WASSERMANN, KAHN e CERQUEIRA, negativas; glóbulos vermelhos, 4.560.000 p/ mm³; leucócitos 8.200 p/ mm³, hemoglobina 90 % — 14,41 grs. Neutrófilos segmentados 54 %, Eosinófilos 6 %, Linfócitos 39 %, Monócitos 1 %. Tempo de coagulação 8'00"; tempo de sangramento 1'10". Dosagem de Uréia: 50 mgrs. %; Glicose 85,7 % met. FOLIN WÚ.

Urina: densidade 1030; vestígios de urobilina, traços leves de albumina, leucócitos em número ligeiramente aumentado e raras hemátias.

As radiografias não revelam nenhuma sombra suspeita na órbita direita mas apenas discreta reação do periósteo ao nível do canto súpero-interno. É um sinal tão discreto que não justifica a inclusão do filme radiográfico, pois certamente não seria notado.

Operação — É praticada em 21/7/55, sob anestesia geral pelo tio-ciclo-eter, feita pelo Dr. FAUSTO BRUSSAROSCO. Operador: o A tendo como auxiliares os Drs. G. L. BERRETINI e A. T. COLMENERO.

Início às 7,30 horas e término às 8,40'. Constatou-se o seguinte: orbitotomia interna ampla, estendendo-se do ligamento palpebral interno, para cima e para fora, acompanhando o rebordo orbitário e o supercílio até o nível do nervo supra orbitário. Hemostasia cuidadosa. Incisão do periósteo na mesma extensão a qual foi recuado em sua parte orbitária para baixo e para fora dando visão ampla da parede orbitária a esse nível, a qual se apresentava inteiramente normal. É feita uma incisão longitudinal do periósteo orbitário até o ápice da órbita. Feito isto caímos sobre a tumoração bocelada, achatada, de contornos irregulares e aderente ao periósteo e a um filete nervoso em toda a sua extensão e que pela situação só podia ser o nervo frontal. Com a ponta do dedo desfizemos as aderências retirando o tumor em seus dois componentes maiores. O 3.º componente se localizava bem ao nível do ápice da órbita e tinha forma arredondada parecendo um quisto. Estava fortemente aderente ao ápice e se rompeu às manobras digitais para sua extração. A exploração digital minuciosa da cavidade feita por nós e

pelos assistentes nada mais revelou além da formação quística, acima referida e que também foi sentida pelos assistentes. Estava por terminar a operação. O periósteo foi suturado a cat-gut cromado 00 ao nível de sua incisão longitudinal e ao nível do rebordo, tendo-se tido o cuidado de repor a polia do grande oblíquo em seu lugar, reforçando-se aí a sutura. Não foi colocado dreno e a pele suturada com diversos pontos de sêda 00 a Donati. Foi feita blefaro-rafia central, temporária, sem avivamento. Aplicada pomada de tetraciclina ao nível da fenda palpebral, e da incisão e aplicado curativo oclusivo, compressivo.

Exame histo-patológico praticado pelo Dr. J. MICHALANY, revela o seguinte: Tumor constituído por tecido neural representado por 2 componentes: células conglomeradas e com disposição em palissada; células de forma estrelada e delimitando espaços (tipo A e B, de ANTONI). O tumor adere à tábua óssea.

DIAGNOSTICO: NEURINOMA. Santos, 25/7/55. As. Dr. J. MICHALANY. (Vide fig. 38).

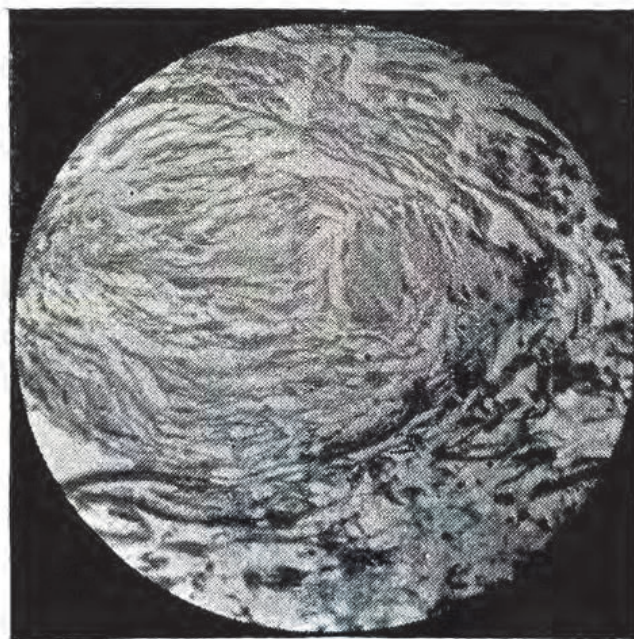


Fig. 38

Micro-foto do Neurinoma. Notar a disposição das células de tipo A e B de Antoni.

Seqüência: A paciente foi submetida a tratamento antibiótico e tonificada com Vitaminas. Houve reação intensa nas primeiras 48 horas, com edema que se prapagou para a outra órbita e equimose. O edema que parecia de caráter também alérgico, foi logo dominado. Houve secreção muco-sanguíneo-purulenta e aos primeiros curativos.

A blefaro-rafa desfeita no sexto dia. Os pontos da incisão retirados no 8.º dia. A mobilidade ótima sem diplopia pesquisada principalmente no setor de ação do grande oblíquo.

Foi feita dosagem de colesterol que se apresentava dentro das taxas normais, como foi referido, e uma radiografia do crânio em busca de eventuais localizações de lipoidose, resultou negativa. Tudo por causa do xantelasma referido na observação da paciente feita pelo Dr. A. T. COLMENERO.

A paciente tem alta do Serviço em 31/7/55 para "follow-up" em Ambulatório. A evolução se processa normalmente, a cicatrização se fêz ótimamente e o exoftalmo se vai reduzindo muito lentamente. Ao nível do canto interno há reação dolorosa ligeira notando-se ainda acentuada reação do periósteo, a êsse nível, simulando tumoração. Essas reações devem ser consideradas normais, como resposta de tecidos tão nobres à agressão cirúrgica. Estão sendo combatidas com aplicações de ondas curtas e calcioterapia.

Em 12/8/55 a doente é examinada por nós e ainda exhibe exoftalmo de 6 milímetros em relação a OE e apresenta ligeiro papiledema de OD. A motilidade continua ótima e a visão sem correção é de 0,4 em OD e 0,7 em OE e apresentando uma melhora de 0,1 para cada olho, em relação a agudeza tomada em 11/7/55. (Vide figs. 39 e 40).



Fig. 39
Neurinoma da órbita.



Fig. 40
Neurinoma da órbita. Perfil.

Cumpre assinalar que foi pesquisada cuidadosamente qualquer outra tumoração cutânea ou nervosa em nossa paciente e que essa pesquisa resultou negativa. Também foi pesquisada com igual cuidado qualquer mancha cutânea que pudesse traír a presença da doença de RECLINGHAUSEN; essa pesquisa também resultou negativa.

14.^a OBSERVAÇÃO

MENINGIOMA PRIMITIVO DE LOCALIZAÇÃO EXCLUSIVAMENTE INTRA-ORBITÁRIA

P. O. T., portuguesa, branca, casada, doméstica, com 43 anos de idade, residente em Santos, vem a consulta a 25/4/55, por causa de uma saliência (sic) do olho esquerdo.

História: Sua história é interessante e muito instrutiva pois se trata de paciente observadora e de certa cultura.

Conta-nos que sua doença começou há cerca de cinco anos com uma perturbação visual do olho esquerdo, consistindo em baixa progressiva e lenta da visão, lembrando-se perfeitamente de que a princípio, com a baixa de visão havia um fenômeno interessante (é expressão da paciente) quando olhava as pessoas só as via da metade do corpo para cima; não via nada da cintura para baixo. E ainda que a baixa visão foi se reduzindo em todo o campo visual só restando uma parte em que via os objetos, parece-lhe, que situados para cima e para dentro. Dêsse detalhe não se recorda bem, isto é, qual o setor do campo visual esquerdo que lhe restou. O de que está absolutamente segura é de que após algum tempo nada mais via com OE. E que isto se deu seguramente um ano e meio após o início de sua perturbação visual. Sòmente depois de ficar cega de OE foi que seus familiares começaram a notar que seu olho esquerdo começou a fazer saliência sobre a órbita, saliência que foi progredindo sem nunca reduzir. Informa ainda que a princípio sentia dor no olho esquerdo e também atrás do olho, no fundo da órbita, dor intensa que depois desapareceu. Diz ainda que ultimamente com a saliência cada vez mais acentuada de OE, há cerca de 3 meses, as dores voltaram e se acentuam mais quando está deitada e logo que se levanta. Depois durante o dia vão se atenuando até desaparecer. As dores tem a localização antiga, são intensas e se propagam para a região temporal e occípto-temporal esquerda, predominando entre a nuca e o ouvido esquerdo. Diz ainda ter tido tonturas há cerca de 2 anos, as quais desapareceram para voltar depois,

periòdicamente, sem entretanto serem tão fortes quanto a princípio. Não se lembra de ter tido diplopia. De sua história fica bem claro que os distúrbios visuais começaram cêrca de 18 meses antes da exoftalmia. Conta ainda que durante êsse tempo não se descuidou, procurando cura para seus males, tendo recebido conselhos de colegas para que contemporizasse, pois sua doença não oferecia perigo de vida e que a intervenção era séria, não lhe proporcionando recuperação visual. Só agora com o recrudecimento das dores e com o aumento da enxoftalmia é que se resolveu definitivamente a operar-se mesmo com sacrifício do globo ocular.

Exame: OE. Nota-se uma exoftalmia extrema a ponto de luxar o ôlho à menor pressão. O exoftalmo é predominantemente direto com ligeira componente lateral para baixo e para fora. É constante, progressivo, não redutível e nem pulsátil. Não aumenta ao esforço e nem se modifica aos movimentos da cabeça ou a expiração com oclusão da narina. Há ligeira ptose e aumento da fenda palpebral. Redução acentuada dos movimentos do globo ocular para cima, para cima e para dentro, para cima e para fora. *Palpação*. Ao nível do canto súpero interno palpa-se nitidamente um tumor de consistência mole, indolor, cujos limites anteriores vão pouco além do polo posterior do globo ao qual não aderem; externamente não vão além do reto superior; internamente se confundem com a parede orbitária a qual não aderem; sendo que os limites posteriores se perdem em direção ao fundo da órbita. A palpação se torna fácil porque o globo quase luxa ao exame. Tratava-se sem dúvida alguma de um tumor que teve origem ao nível do ápice orbitário, comprometendo a visão por compressão ou distensão do nervo óptico e depois se propagou em direção ao polo posterior do globo avançando para o seu lado interno. Reflexos pupilares presentes mas preguiçosos inclusive o consensual. Visão nula. Córnea brilhante e transparente bem como os demais meios refringentes. Fundus: *atrofia simples da papila*. Retina e vasos normais. Pesquisa cuidadosa de pregas da retina, entre a papila e a mácula, ausentes. OD: visão de 20/200 que alcança 20/25 c/-2,50 DE. Astigmatismo fisiológico. Motilidade extrínseca e intrínseca, meios refringentes e fundus normais. Figs. 41 e 42.

Indicação operatória. Impunha-se e a paciente atormentada pela desfiguração e pela dor constante, aceitou-a. Tratando-se de tumor localizado no vértice da órbita e com provável propagação intracra-

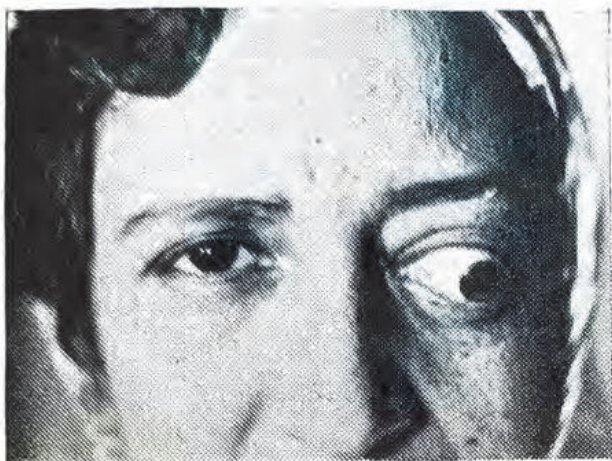


Fig. 41
Meningioma da órbita. Fotografia de frente.



Fig. 42
Meningioma da órbita. Fotografia de perfil.

neana, solicitamos o concurso do neuro-cirurgião, ficando a parte orbitária a nosso encargo. Entretanto por motivos particulares apelou para os serviços do Dr. ALOYSIO DE MATTOS PIMENTA o qual após solicitar várias radiografias simples do crânio e dos buracos ópticos as quais resultaram negativas e depois de praticar um angiograma (fig. 43) resolveu fazer uma craneotomia transfrontal que foi praticada em 24/6/55. Aquêlê ilustre neuro-cirurgião me notificou que não havia propagação intra-craneana da lesão e que êle havendo praticado uma orbitotomia pela técnica de DANDY, havia retirado uma parcela do tumor para exame histo-patológico. O resultado fora

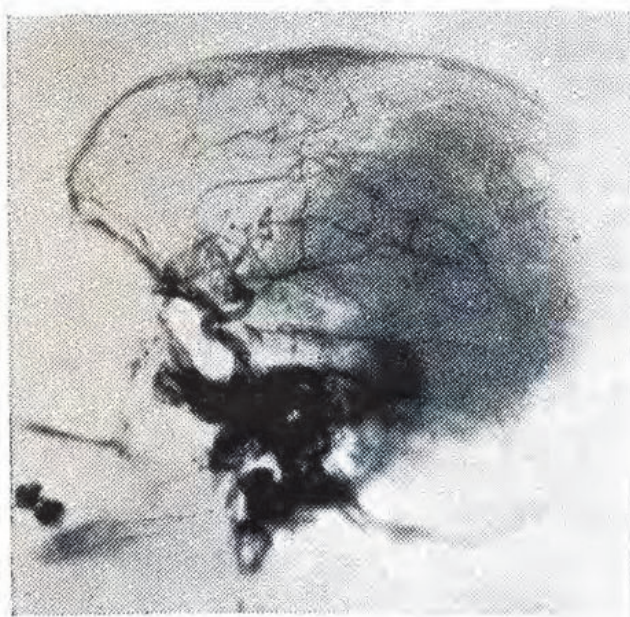


Fig. 43
Angioencefalograma da paciente de figs. 41 e 42.



1. The eyes are the windows to the soul.



2. The eyes are the windows to the soul.



3. The eyes are the windows to the soul.

The eyes are the windows to the soul. They are the most expressive part of the face, and they can tell us a lot about a person's inner self. They can show us a person's emotions, their thoughts, and their desires. They can also show us a person's strength, their courage, and their resilience. The eyes are truly a remarkable part of the human body, and they are a source of great beauty and power.

técnica habitual a despeito de hemorragia intensa e de controle difícil. O descolamento do periósteo foi feito cuidadosamente particularmente ao nível do teto da órbita onde havia uma solução de continuidade em forma de triângulo amplo de base anterior através de cuja área se via a dura mater íntegra e pulsátil. Ao descolar o periósteo fortemente aderente ao nível do terço posterior da parede interna da órbita este se rompeu, pois estava muito fríável e se expôs um tumor grande de consistência mole, encapsulado e constituído por 3 lóbulos fortemente aderentes à bainha do nervo óptico e a pequena asa do esfenóide. Nesse último ponto a aderência era intensa, havendo sido penosa a dissecação e a resecção. Nós também, a despeito da aderência referida, não notamos propagação do tumor para o crânio, quer através da fenda esfenóidal, quer através do canal óptico. Feita a hemostasia e a toilette necessárias colocamos na cavidade umas 800.000 unidades de penicilina reforçada, colocamos um dreno de borracha ao nível do canto infero externo da órbita, ressecamos a borda ciliar das 2 pálpebras pela técnica aconselhada por BALADO (23) e suturamos suas 2 bordas assim avivadas em 2 planos.

A peça operatória foi fotografada (fig. 46) e novo exame histopatológico praticado pelo Dr. J. MICHALANY confirmou o diagnóstico de meningioma. Seu relatório é o seguinte:

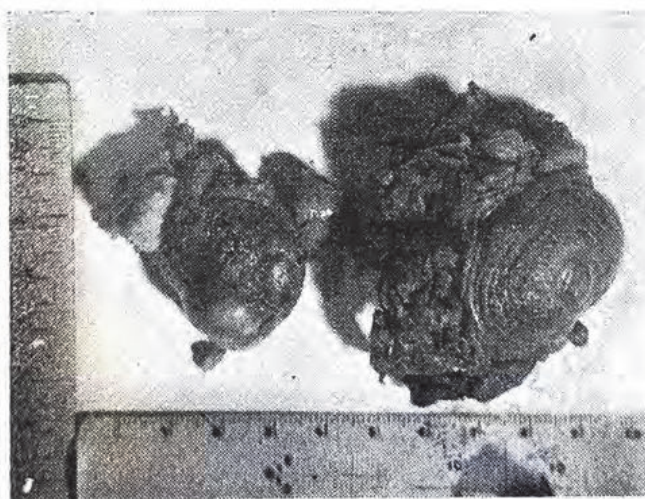


Fig. 46

Fotografia da peça operatória. A direita, o globo e seus anexos. A esquerda, o tumor. Obs. do A. (1)

(1) Toda vez que no curso deste trabalho, no texto ou ilustrações, não houver citação de origem, subentenda-se observação do A.

Exame microscópico — tumor constituído por elementos em geral, fusiformes que, em muitos pontos, formam estruturas em turbilhão. Não se notam corpos psamomatosos. O tumor infiltra a bainha de nervo óptico. Não há sinais citológicos de malignidade.

Diagnóstico: MENINGIOMA. Santos, 16/6/55 (ass.) Dr. J. MICHALANY (fotog. n.º 47).

A paciente foi submetida a tratamento antibiótico intensivo, 400.000 unidades de penicilina ref. de 4 em 4 horas, nas primeiras 24 horas e injeções intravenosas de soro glicosado hipertônico.

A seqüência foi ótima. O papiledema de OD. com o qual a paciente já viera após a craniotomia extradural, vai-se reabsorvendo

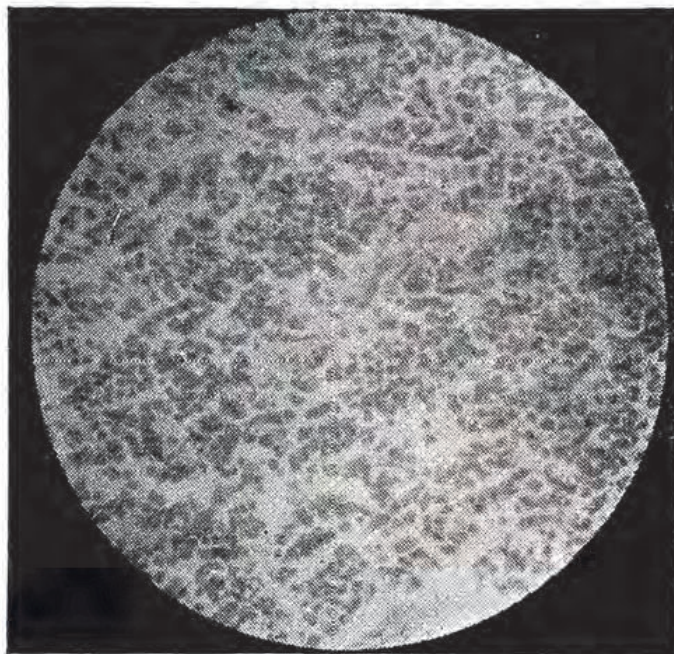


Fig. 47
Micro-foto do tumor.

lenta e progressivamente. O dreno é retirado 4 dias após. Escoa serosidade insignificante ao nível do mesmo e secreção muco sanguinolenta insignificante pela fossa nasal esquerda. Ambas desaparecem ao fim de poucos dias. A paciente tem alta do hospital no 7.º dia. Os pontos são retirados no 9.º dia. Aspecto ótimo da cicatriz, que mal se nota. A cortina palpebral se deprime como a procurar forrar a cavidade orbitária. A 20/6/55 o papiledema é mínimo. OD. c/-2,50 DE alcança mais que 6/9. São prescritos óculos com proteção lateral e a paciente tem alta.

Nesta observação fica bem claro o seguinte: a perturbação visual precedeu de um ano e meio, aproximadamente, a cegueira; a

atrofia simples da papila, devidamente grifada, faz supor origem bem posterior do tumor, em sua porção intra-orbitária, junto ao buraco óptico. Apesar da localização inicial, ao nível do ápice orbitário, o tumor, crescendo, veio deslocar também lateralmente o globo ao invés de produzir um exoftalmo exclusivamente direto. A craneotomia feita por neuro-cirurgião muito experimentado excluiu qualquer dúvida a cerca da origem ou propagação intracraniana do meningioma orbitário. Fica portanto demonstrado tratar-se de meningioma de origem e localização exclusivamente orbitária. Não pude compulsar outras fontes bibliográficas a não ser o excelente livro de OFFRET sobre os Tumores da Órbita. CRAIG e GOGELA (24) até 1949 haviam reunido apenas 17 casos de meningiomas primitivos da órbita, sendo 13 em mulheres e 4 em homens. É provável que o meu caso esteja ainda aquém do vigésimo.

15.^a OBSERVAÇÃO

SARCOMA INDIFERENCIADO PRIMITIVO DA ÓRBITA (1)

L. M., com 3 anos de idade, sexo feminino, parda, natural de Mogi das Cruzes, filha de lavradores com índice social e de instrução muito baixos.

Há cerca de 1 ano ingressou na Instituição "Lar das Moças Cegas" para onde foi levada por pessoa interessada em Assistência Social. O exame de rotina dos novos internados revelou criança fortemente depauperada. Os pais informam vagamente que logo nos primeiros meses de vida apareceu inflamação nos olhos, não tratada, da qual resultou cegueira total em ambos os olhos.

O exame ocular revelou OD fortemente atrófico com a córnea substituída por leucoma total. O olho esquerdo apresentava grande stafiloma anterior com acentuada ectasia da córnea, substituída por leucoma vascularizado com sinais de metaplasia. Sendo convenientemente tratada e alimentada o estado geral melhorou em alguns meses passando a gosar boa saúde e normalizando seu peso e estatura. O estado ocular ficou estável surgindo às vezes certo grau de irritação no OF, característica dos olhos estafilomatosos, o que fazia prever a enucleação para conforto da paciente, como costuma

(*) Esta observação nos foi gentilmente cedida pelos Drs. G. L. Berrettini e J. Michalany e faz parte de um trabalho apresentado pelos A. A. ao Dep de Oft. da A. dos Médicos de Santos em 9-3-55.

ser feito em casos semelhantes. Em 23 de outubro de 1954 houve brusca manifestação de dor em OE. No dia seguinte, o exame revelou acentuado edema palpebral inflamatório, hiperemia conjuntival e ciliar e quemose, especialmente no canto interno e fundo do saco inferior. Ligeira hipertermia. Foram aplicados antibióticos não havendo melhora alguma nas 24 horas seguintes. Foi feito diagnóstico de celulite orbitária ou abscesso retro bulbar. Em vista de indicação operatória anterior de exérese do globo devido à sua condição estafilomatosa e de cegueira total e irremediável, foi tomada a resolução de ser feita a exploração cirúrgica da órbita, aproveitando a

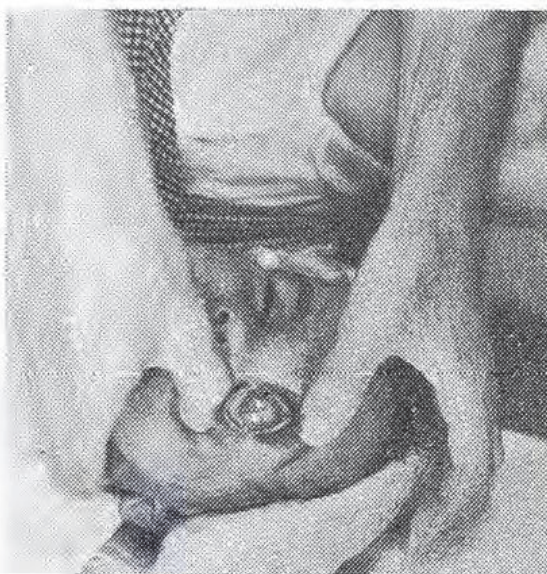


Fig. 48
Foto paciente a 23/11/54.



Fig. 49
Idem a 10/1/55.

oportunidade para praticar a enucleação. Em 26 sob anestesia geral foi feita a operação. A dissecação da conjuntiva no canto interno provocou a saída de certa quantidade de substância acinzentada. Completada a dissecação da conjuntiva e seccionados os músculos, foi enucleado o globo, resultando cavidade onde se notava de anormal a presença de tecido com aspecto lardáceo. Foi feita drenagem com gaze. De um modo geral os achados operatórios confirmaram ser o processo de origem inflamatória. Medicação anti-biótica enérgica post-operatória. A retirada do dreno 2 dias após a operação mostrou cavidade ampla com aspecto aparentemente normal. Alguns dias depois foi dada alta do Hospital e o acompanhamento do caso por mais alguns dias revelou curso normal com boa cicatrização.

Cêrca de 20 dias após a operação foi observado pela pessoa encarregada de tratar da criança um pequeno nódulo (grão de milho) no fundo da órbita. Êste nódulo cresceu com rapidez tão grande que, uma semana depois do aparecimento, ao ser examinada, a formação apresentava tamanho suficiente para modelar a pálpebra superior, tendo as dimensões de um globo ocular ligeiramente atrófico. Não havia dor e o estado geral da criança era ótimo. Internada novamente no Hospital, o exame mais detalhado revelou grande formação redonda, tomando tôda a cavidade orbitária, lisa, pouco móvel, não dolorosa, com superfície dura pouco depressível, recoberta por conjuntiva de aspecto normal. O exame geral nada revelou, porém no dia seguinte surgiu distúrbio gástrico que fêz adiar a operação por alguns dias. Durante êsses poucos dias a tumoração cresceu nitidamente. Em vista do que foi observado impunha-se a cirurgia apesar de não ter sido feito diagnóstico preciso.



Fig. 50

Observem-se a recidiva na órbita esquerda e metástases na região temporal e frontal direitas.



Fig. 51

Idem 10/1/55.

Mostra bem a metástase temporal direita.

A operação foi praticada em 29 de novembro, portanto um mês e três dias depois da primeira. Feita incisão transversal da conjuntiva e dissecação para cima e para baixo, ficou à mostra a massa compacta, sem estrutura. Sendo continuada a dissecação foi alcançada a parede óssea superior e a inferior, não havendo possibilidade de contornar a tumoração, pois esta ao passo que se dirigia para trás, se expandia, tomando todo o fundo da órbita. Pro-

curando dissecar a tumoração esta se abriu, exteriorizando substância gelatinosa, acinzentada, com aspecto macroscópico de neoplasia maligna, o que foi confirmado pelo patologista, presente ao ato. Foi retirado fragmento de material para exame com cortes de congelação e alguns minutos depois o aspecto histológico revelava neoplasma maligno com células fortemente indiferenciadas. Este resultado indicava exenteração da órbita porém esta não foi feita. Alguns dias depois da operação a cavidade apresentava grande infiltração das paredes fazendo supor propagação muito rápida já provável generalização. Isso foi confirmado logo em seguida quando a radiografia do crânio revelou suturas afastadas, como sinal de hipertensão endo-craniana. No dia 9 de dezembro (10 dias após a operação) foi observado o aparecimento de tumoração chata, elástica, grande, aderente aos planos profundos, na região temporal direita, seguida poucos dias depois pelo aparecimento de outras semelhantes, esparsas por todo o crânio, com evolução rapidamente progressiva. Desde então a criança entra em inapetência e queda acentuada do estado geral, sobrevivendo temperatura estável entre 37,5 e 38°. Não manifesta muito sofrimento. Em 14 de janeiro, pouco mais de 2 meses após os primeiros sintomas, surgem coma, convulsões, temperatura de 40° e sobreveio o óbito. O hemograma feito uma semana antes da morte revelava 3.000.000 hemátias, 7.800 leucócitos, 55 % de hemoglobina. Havia neutropenia e acentuada linfocitose.

Relato de necrópsia. Histo-patologia.

Causa mortis: hemorragia cerebral. Moléstia principal: Sarcoma indiferenciado da órbita. Diagnósticos anatômicos — Tumor da órbita esquerda. Metástases sub-periósticas e ósseas múltiplas da calota craneana. Metástases hepáticas. Metástases da 7.^a, 8.^a e 12.^a costelas esquerdas. Metástases da 4.^a e 5.^a costelas direitas. Grande hematoma cortical cerebral, mais acentuado ao nível do lobo parietal direito. Hematoma da face interna da dura-mater. Anemia generalizada. Ascaridiose. Baço supra numerário.

Microscópico — Tumor de caráter maligno constituído por células imaturas, de forma arredondada ou estrelada sem indícios de diferenciação especial. A não justaposição das células confere ao tumor um aspecto sarcomatoso. Diagnóstico: Sarcoma indiferenciado. Santos 8/3/55. (ass.) J. MICHALANY".

(Vide fotos 48 a 52). Os A.A. fazem considerações muito interessantes sobre o diagnóstico, prognóstico e orientação terapêu-

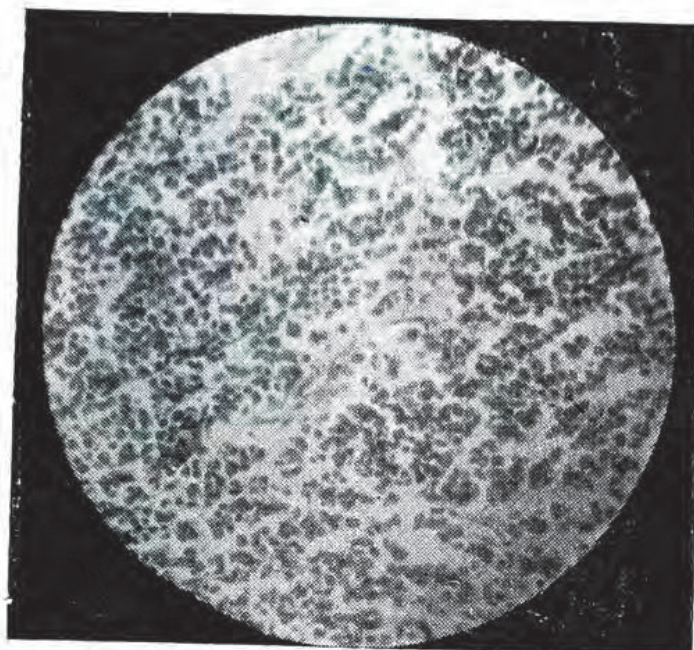


Fig. 52
Micro-foto do tumor da paciente
de figs. 48 a 51.

tica, dêsse caso que esteve internado em nosso Serviço, sob registro geral n.º 165.274. Agradecemos penhoradamente aos A.A. a permissão para incluir aqui, parte dêsse interessante trabalho já apresentado ao Departamento de Oftalmologia da Associação dos Médicos de Santos, mas ainda não publicado.

16.^a OBSERVAÇÃO

SARCOMA INDIFERENCIADO DA ÓRBITA EM CRIANÇA COM 3 MESES DE IDADE (1)

Esta criança foi internada em nosso Serviço em 25/4/54 e fichada sob n.º 155.213 e sua observação é a seguinte:

“P. M. da S., branca, 3 meses, sexo feminino, proveniente da linha Juquiá, filha de pais lavradores de condição social e grau de instrução muito precários. Nascida de parto normal a domicílio, sem assistência obstétrica adequada. História familiar sem interesse para o caso. Desde o nascimento alimenta-se bem não manifestando sinais de grande sofrimento.

(1) Também esta observação nos foi gentilmente cedida pelos Drs. G. L. Berrettini e J. Michalany aos quais agradecemos.

Doença atual — A criança foi internada pelo médico plantonista ao qual foi referido pela mãe que ao nascer nada foi observado de anormal, para aparecer nas primeiras semanas um “caroço” fazendo saliência sob a pálpebra superior do OE. perto da cauda da sobrancelha. Foi crescendo rapidamente até tomar o aspecto de grande tumoração existente na ocasião.



Fig. 53
Sarcoma indiferenciado. Outro caso dos Drs. G. L. Berrettini e J. Michalany. Aspecto da lesão em 27/4/54.



Fig. 54
Mesmo caso. Mostra, em parte, a integridade do globo ocular. 27/4/54.



Fig. 55
Foto mostrando o aspecto da lesão da pálpebra superior de perfil. 27/4/54.

Exame — Criança em bom estado nutritivo. Péssimo estado de higiene. OD normal. OE. Pele palpebral de coloração azulada por hiperemia passiva, acentuadamente distendida e impulsionada para cima e para diante por grande massa tumoral proveniente do fundo da órbita, havendo aderência entre o tumor e superfície interna da pálpebra. O tumor faz protrusão para fora da pálpebra superior aparecendo abaixo de seu rebordo também fortemente distendido, como massa avermelhada globosa com superfície lisa e regular porém apresentando alguns nódulos salientes. Pouco acima do rebordo palpebral há solução de continuidade da pele com cerca de 2 cms. de comprimento por 1 cc. de largura por onde se exterioriza substância acinzentada de aspecto gelatinoso. A pálpebra inferior se apresenta com aspecto normal. Quando repuxada para baixo permite visualização do globo ocular que se apresenta desviado para baixo e para dentro com limitação acentuada de sua mobilidade. A córnea está praticamente normal e há reflexo pupilar a luz. Não foi possível exame de fundo de olho. Toda a tumoração está recoberta por exsudação amarelada que escorre pela face. Não há presença de gânglios infartados sub-maxilares ou pré-auriculares. A radiografia nada elucida.

2 — Diagnóstico clínico provável — Em vista do aspecto observado o diagnóstico que se impunha era o de uma neo-formação provavelmente maligna devido a sua evolução rapidíssima. A localização da neo-formação era certamente orbitária e não ocular. A origem histológica do tumor poderia ser da linha nervosa ou da linha conjuntiva com mais probabilidade para esta última devido a sua localização.

3 — Biópsia e diagnóstico histo-patológico.

Para ser averiguada a espécie tumoral foi feita a retirada de pequena porção do tumor, na região por onde havia solução de continuidade da pele palpebral. O exame histopatológico revelou: "tumor constituído por células de aspecto fusiforme e com citoplasma granuloso. Mitoses e atipias nucleares. Diagnóstico: Sarcoma (provavelmente rabdomiosarcoma). As. J. MICHALANY".

4 — Orientação para tratamento.

Em vista do enorme desenvolvimento e dos dados altamente malignos revelados pelo exame histopatológico o único tratamento plausível era a retirada do tumor em sua totalidade do modo mais amplo possível. A possibilidade de benefício pela radioterapia foi

inteiramente afastada. Foi portanto resolvido que o tratamento devia ser cirúrgico pela exenteração do conteúdo orbitário.

5 — Problema plástico.

Para seguir a orientação acima citada havia necessidade de ser cogitada a solução do problema plástico que decorre da evisceração da órbita. O exame cuidadoso da pálpebra inferior demonstrou que não estava ainda tomada pelo processo tumoral, uma vez que se apresentava com suas características normais servindo o globo de barreira entre o tumor e a pálpebra. Ficou portanto resolvido poupar a pálpebra inferior sendo ela aproveitada para recobrir a cavidade orbitária depois da retirada da pálpebra superior e do conteúdo da órbita.

6 — Ato cirúrgico — Na véspera havia sido feita canulação da veia para administração fácil de sangue e soro, preparado pelo Serviço de Transusão de Sangue. Anestesia geral por intubação endotraqueal. Feita inicialmente ampla cantotomia externa interessando todos os planos para atingir o rebordo orbitário externo. Incisão semi-circular atingindo o periósteo desde o canto externo até o interno acompanhando a linha do rebordo orbitário. Sangramento abundante dominado por hemostasia. Dissecção do periósteo da órbita ao longo do rebordo impulsionando a massa tumoral para baixo. Esta dissecção foi difícil por haver aderências à superfície óssea, muito intensas. Com as manobras necessárias houve pressão sobre o tumor tendo havido exteriorização de parte da massa tumoral através da solução de continuidade existente na pálpebra o que facilitou a continuação da operação pela redução do volume tumoral.

Tendo sido separado o periósteo da superfície óssea o mais profundamente possível em toda a parte superior, foi afastada a pálpebra inferior para baixo e feita incisão semi-circular acompanhando o rebordo através da conjuntiva do fundo de saco inferior, seccionando também o ligamento palpebral interno. Dissecção do periósteo complementando assim a liberação total do conteúdo da órbita acompanhado de seu periósteo. Continuação da dissecção até o fundo da órbita completando assim a exenteração total. Em virtude de forte aderência entre o periósteo e a tábua óssea em certos pontos corroída e irregular, a dissecção foi imperfeita, tendo havido necessidade de curetagem e limpeza cirúrgica trabalhosa e demorada, considerada não inteiramente satisfatória especialmente no que se

inteiramente afastada. Foi portanto resolvido que o tratamento devia ser cirúrgico pela exenteração do conteúdo orbitário.

5 — Problema plástico.

Para seguir a orientação acima citada havia necessidade de ser cogitada a solução do problema plástico que decorre da evisceração da órbita. O exame cuidadoso da pálpebra inferior demonstrou que não estava ainda tomada pelo processo tumoral, uma vez que se apresentava com suas características normais servindo o globo de barreira entre o tumor e a pálpebra. Ficou portanto resolvido poupar a pálpebra inferior sendo ela aproveitada para recobrir a cavidade orbitária depois da retirada da pálpebra superior e do conteúdo da órbita.

6 — Ato cirúrgico — Na véspera havia sido feita canulação da veia para administração fácil de sangue e sôro, preparado pelo Serviço de Transfusão de Sangue. Anestesia geral por intubação endotraqueal. Feita inicialmente ampla cantotomia externa interessando todos os planos para atingir o rebordo orbitário externo. Incisão semi-circular atingindo o periósteo desde o canto externo até o interno acompanhando a linha do rebordo orbitário. Sangramento abundante dominado por hemostasia. Dissecção do periósteo da órbita ao longo do rebordo impulsinando a massa tumoral para baixo. Esta dissecção foi difícil por haver aderências à superfície óssea, muito intensas. Com as manobras necessárias houve pressão sobre o tumor tendo havido exteriorização de parte da massa tumoral através da solução de continuidade existente na pálpebra o que facilitou a continuação da operação pela redução do volume tumoral.

Tendo sido separado o periósteo da superfície óssea o mais profundamente possível em toda a parte superior, foi afastada a pálpebra inferior para baixo e feita incisão semi-circular acompanhando o rebordo através da conjuntiva do fundo de saco inferior, seccionando também o ligamento palpebral interno. Dissecção do periósteo complementando assim a liberação total do conteúdo da órbita acompanhado de seu periósteo. Continuação da dissecção até o fundo da órbita completando assim a exenteração total. Em virtude de forte aderência entre o periósteo e a tábua óssea em certos pontos corroída e irregular, a dissecção foi imperfeita, tendo havido necessidade de curetagem e limpeza cirúrgica trabalhosa e demorada, considerada não inteiramente satisfatória especialmente no que se

refere ao ápice. Após a limpeza a mais completa possível, foi feita a incisão longitudinal de todo o rebordo palpebral inferior sendo o restante suturado com pontos separados a pele da região superciliar. Resultou fechamento completo que no momento foi julgado pouco satisfatória em vista da tensão em que ficou o retalho repuxado para cima o que fazia supor eventual necrose. Foi drenado com fio de sêda. Curativo oclusivo.

Post-operatório imediato muito satisfatório, com temperatura de 38° à tarde que cedeu no dia seguinte. Foi feita hidratação intensiva a cargo do pediatra. O primeira curativo foi feito 3 dias depois, verificando-se não haver necrose da pele palpebral inferior e saída de serosidade de dentro da cavidade. Foi retirado o dreno. Em alguns dias a cicatrização se foi completando resultando linha cicatricial em boas condições ao nível do rebordo orbitário superior. Retirada a oclusão 8 dias depois da operação.

O exame histopatológico praticado em 19/7/54 feito do conteúdo orbitário e pálpebra superior, revela o seguinte



Fig. 56
Aspetto em 15/5/54, isto é, 18 dias após a exenteração e plástica palpebral.



Fig. 58
A mesma paciente a 17/9/54. 4 meses e 20 dias a exenteração.

Exame macroscópico — O material compreende um globo ocular E. incluindo pálpebra superior, acompanhado de uma massa tumoral, e envolvido por tecidos da órbita correspondente, incluso o periósteo. Toda a região acima do globo acha-se ocupada por um tumor de côr esbranquiçada e consistência mole, que faz saliência por baixo da pálpebra superior. A pálpebra está intensamente dis-



Fig. 57
A mesma paciente em 26/8/54, isto é.
4 meses após a exenteração. Notar
a recidiva local.

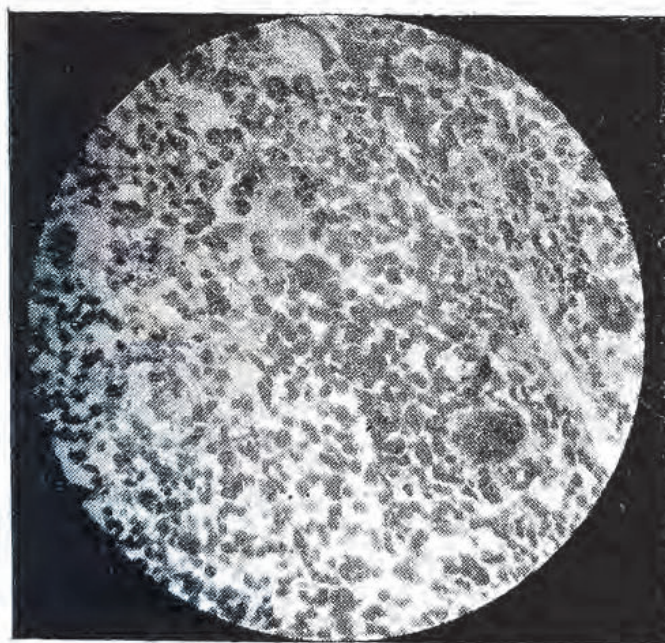


Fig. 59
Micro-foto do tumor. (2.º caso dos
Drs. G. L. Berrettini e J. Michalany).

tendida e apresenta solução de continuidade com cerca de 2 cms. de diâmetro horizontal, pouco acima do rebordo. Por essa solução de continuidade saiu uma massa tumoral de consistência gelatinosa. De acôrdo com o cirurgião o tumor dava a impressão de ser proveniente da região súpero-externa da órbita, deslocando o globo fortemente para baixo e para dentro.

Exame microscópico — Cortes da massa tumoral e de várias porções adjacentes ao globo ocular mostram um tumor constituído predominantemente por células fusiformes e em raquete. Os núcleos são hipercrômicos, vários estão em mitose típica e atípica e algumas células gigantes e multinucleadas. Pelas colorações hematoxilina fér-rica e fosfo-tungstica de MALLORY foi possível verificar no citoplasma de algumas células delicadas estrias musculares. Todavia a maior parte do tumor se acha indiferenciada. Diagnóstico: Rabdomioma pouco diferenciado (tipo embrionário) da órbita. (as.) J. MICHA-LANY.

Em 17 de setembro de 1954 novo exame histopatológico de ma-terial retirado da pele e de tumor recidivado da pálpebra inferior praticado pelo mesmo patologista, revela aspecto semelhante ao dos exames anteriores isto é: Sarcoma indiferenciado.

Doze dias após, mais material retirado de metástase cutânea, examinado pelo mesmo patologista confirma o dos exames ante-riores; Sarcoma indiferenciado. Em 30 de Setembro de 1954 o he-mograma revela: hemátias, 3.980.000 p/mm³; leucócitos 32.400 p/mm³; hemoglobina 82 %; Neutrófilos 46 %; Eosinófilos 3 %; lin-fócitos 49 %; monócitos 2 %. É este o 3.º e último hemograma feito em nosso Serviço. O tempo de coagulação tomado em 26/4/54 revelara 3'00" e o de Sangramento: 1'00". O trabalho dos A.A. contém outras considerações interessantes sobre o diagnóstico, evo-lução etc. Limitamo-nos porém a transcrição dos tópicos relativos à observação e a juntar as ilustrações de ns. 53 a 59 que tão bem a documentam. A pobre criança falece em caquexia franca a 3/11/54. Seus progenitores a abandonaram no Hospital e essa circunstância permitiu aos A.A. acompanharem a enferma durante quase 7 meses, sob observação e assistência contínuas.

17.ª OBSERVAÇÃO

CLOROMA DA ÓRBITA

G. A. B., 5 anos, côr preta, sexo masculino, residente na Via Anchieta, acampamento 95, inscrito sob n.º 151.490, procura o am-bulatório de Oftalmologia da Santa Casa de Santos, a 3 de Feve-reiro de 1954.

Exame: apresenta acentuada exoftalmia de OD, não pulsátil nem depressível, com acentuado edema difuso, não inflamatório das pálpebras e conjuntiva bulbar, bastante acentuado ao nível do fórnix inferior e do canto interno. Os movimentos do globo tem amplitude bem reduzida a pupila é normal bem como seus reflexos. Córnea e demais meios refringentes de transparência normal. Fundo de olho normal. OE nada apresenta de anormal.

Diz o pai que a criança está nesse estado há cerca de 8 dias e que o olho direito ficou assim após uma queda ou agressão sofrida. Diante dêsse informe nossa impressão era de um hematoma da órbita. Medicamos com cálcio e compressas quentes com soro fisiológico para tratamento a domicílio, ficando o paciente em observação. A 5/2/54 a protrusão é mais acentuada. A 10/2/54 a protrusão é um pouco menor; o paciente já pode fechar o olho. Persiste o edema do fórnix inferior e do canto interno onde há pequena hemorragia. Motilidade horizontal ausente. Motilidade vertical esboçada. Córnea e demais meios refringentes e fundus normais. Há melhora pequena mas evidente. É solicitada radiografia da órbita que revela uma sombra de densidade homogênea em toda a área da órbita direita e ausência de lesão óssea.

A 17/2/54 a protrusão aumenta, a motilidade é nula, o edema palpebral se acentua, bem como o do fórnix inferior e do canto interno. Há veias turgidas e sinuosas na pálpebra superior ao nível do canto súpero interno. Córnea, reflexos pupilares e meios refringentes normais. No fundus apenas engurgitamento venoso discreto. O exoftalmo agora é excêntrico e o globo se projeta para baixo e para fora. O engurgitamento venoso da pálpebra superior é mais pronunciado. Pela primeira vez se pode palpar uma tumoração dura, de contornos ligeiramente irregulares, sem flutuação, ao nível da parede interna da órbita com a qual se limita. Para fora, com o globo ocular; para a frente com a pálpebra superior à qual não adere. Propaga-se para o fundo da órbita sem que se possa palpar seu prolongamento posterior, parecendo constituir-se de diversos nódulos. Somente nesse dia, se palpou e se isolou na órbita a formação tumoral. Até então a infiltração era inteiramente difusa. A despeito de não apresentar caráter inflamatório o paciente se apresentava febril, motivo pelo qual foi enviado ao oto-rino-laringologista para exame de nariz e de seios para-nasais, particularmente etimoidais. Esse exame foi totalmente negativo. O paciente é in-

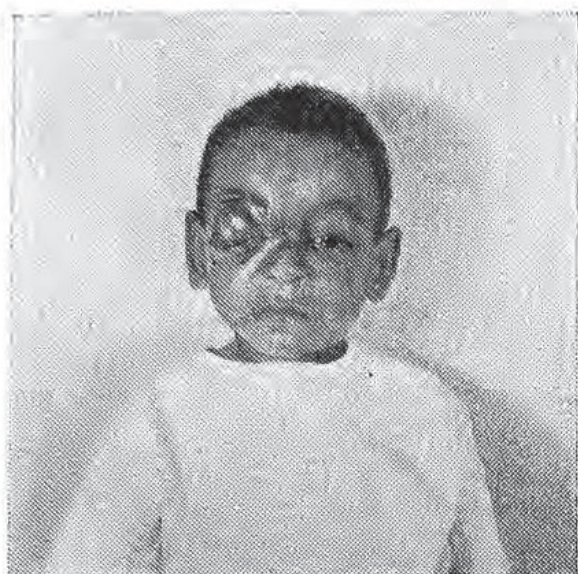
ternado a 19/2 54 para ser operado, com diagnóstico de tumor da órbita direita, provavelmente cloroma. O anestesta se nega a co-operar alegando estar o paciente febril. A despeito da febre e como houvesse edema da córnea com erosão de epitélio e infiltração em faixa do parênquima corneano, ordenei que se fizesse anestesia geral e o paciente foi operado nesse mesmo dia às 21 horas.

OPERAÇÃO — Localizado exclusivamente na órbita e ao nível de sua parede interna foi feita orbitotomia interna, localizando-se a incisão do ligamento palpebral interno até a união do terço interno com o médio, do rebordo orbitário superior. Descolado o periósteo foi ele rebatido para baixo e para fora. Estando íntegra a parede interna da órbita, foi logo palpado o tumor através do periósteo no qual se fez uma incisão longitudinal de 3 cms. ao nível do tumor. Este era constituído de uma parte maior em forma de castanha com dimensões de 3,5 por 1,5 por 1 cm. Não era encapsulado, apresentava coloração rósea clara e era ligeiramente aderente ao periósteo e à cápsula de TENON. Foi facilmente descolado a dedo e instrumentos rombos. O mesmo foi feito com os demais fragmentos em número de seis que se uniam uns aos outros em cadeia e se prolongavam até o ápice da órbita. Foram fixados em formol a 10 % e enviados ao anátomo-patologista com o diagnóstico provável de Cloroma. O periósteo foi suturado com cat-gut cromado 00 e a pele com sêda 00. Terminada a operação foi feita a blefaro-rafia mediana, temporária, cuidado que temos sempre que praticamos orbitotomias. A anestesia foi feita pelo Dr. E. QUADROS e o operador o A. auxiliado pelo Dr. J. G. C. MACHADO e do Dr. J. B. C. MOREIRA. O paciente que já estava febril, teve sua temperatura elevada para 40° durante a intervenção e recebeu imediatamente uma transfusão de 300 cc. de sangue.

Não nos foi possível fotografar o paciente antes da operação.

A fotografia n.º 60 mostra o paciente 11 dias após a operação. *Post-operatório*. A 22/2 é feito o primeiro curativo. O aspecto é bom. É menor o edema do fórnix inferior visível apenas ao nível do canto interno. Grande edema das pálpebras de OE.; a 27/2, é retirado o ponto da blefaro-rafia. A córnea é transparente; a infiltração desapareceu quase por completo restando apenas uma nebulosa puntiforme, extra-pupilar, correspondente a extremidade externa da queratite em faixa acima referida. O edema palpebral bilateral é intenso. O edema do fórnix está reduzido. Engurgita-

CLOROMA DA ORBITA

*Fig. 60*

Aspetto da lesão, 11 dias após a estirpação do tumor.

Nota: não foi possível obter fotografia no pre-operatório.

*Fig. 60-A*

O aspecto é de paciente com estado geral bom. O abaulamento do ventre não é sinal de esplenomegalia, que não foram observados até o êxito letal.

mento discreto das veias da retina. Ligeiro edema da retina. Não há hemorragias nem exsudatos. Fundo de olho de OE, normal. Cicatriz com ótimo aspecto. 2/3/54 retiram-se os pontos. Cicatriz boa, sem infecção. Edema palpebral acentuado bem como o do fórnix inferior, o qual passa a intenso ao nível da carúncula. O fundus revela vasos algo engurgitados e tortuosos, principalmente a veia temporal superior. No setor ínfero-externo da retina há uma saliência branco-amarelada, de contornos imprecisos, com extensão de uns 3 diâmetros papilares, que parece corresponder a um nódulo da coróide. Discreto edema da retina. Não há papiledema nem hemorragias da retina. OE. normal.

Engurgitamento de gânglios cervicais, particularmente os juxtamandibulares. Pele móvel sobre os mesmos os quais são duros e indolores. Os gânglios inguinais são mais volumosos. Ventre abaulado. Não há hepato nem esplenomegalia. Edema acentuado da pálpebra superior de OE. A 6/3/54 mesmo aspecto em OD.OE: edema discreto da retina e bainha esbranquiçada da veia temporal superior em um trecho apenas. Induto esverdeado da face dorsal da língua. Gânglios com o mesmo aspecto. Daí por diante o aspecto da retina em AO não se modifica. Os gânglios cervicais se

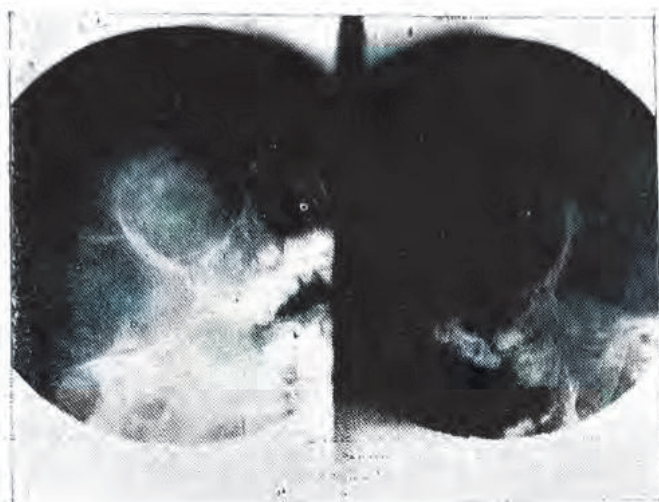


Fig. 61
Radiografia da órbita direita do paciente.
Notar sombra homogênea com densidade
aumentada.

engurgitam cada vez mais até a supuração. O exame bacteriológico dêsse pus revela: Cocos Gram positivos. Aparecem numerosos nódulos no couro cabeludo, na face, na região parotidiana, no dorso, nas axilas e nas pálpebras, os quais supuram abundantemente. Surge otite média purulenta bilateral. Há intenso edema das pálpebras, do couro cabeludo e do pescoço. Não há distúrbio da deglutição, motivo pelo qual o cirurgião consultado aconselha drenagem ampla dos focos, visto que a drenagem espontânea é insuficiente.

O paciente conserva-se lúcido e com bom apetite a despeito de se agravar cada vez mais o estado geral. O fígado e baço continuam com dimensões normais. A 5/4/54 o exame do fundo de olho revela aumento do edema da retina atingindo a papila que se apresenta pálida no setor temporal. Os vasos, particularmente as veias, engurgitadas e sinuosas. A lesão acima referida que aparenta ser um nódulo da coróide, não se modificou. *Não há hemorragias nem exsudatos e as veias não apresentam aspecto de salchicha.* O fundo de olho esquerdo não foi examinado porque as pálpebras supuravam abundantemente; o edema da conjuntiva, particularmente do fórnix, dificultava em extremo, mesmo com o uso de afastadores, uma observação detida e útil do fundus, a despeito da córnea se manter bem transparente. Foi o último exame praticado, visto que o paciente faleceu às 7 horas de 7 de abril de 1954, na décima semana da doença.

Exame clínico — Aos primeiros dias de doença, após o internamento e operação do paciente, um exame clínico praticado pelo Dr. M. BILLERBACK, revelou: estado geral grave com dispnéia, tosse paroxística prolongada, estertores brônquicos, roncos e sibilos generalizados, aumento do período expiratório. Abdomem: *baço e fígado não palpáveis*. Diagnóstico: bronquite asmática.

Exames de laboratório — Hemograma de SCHILLING: Glóbs. vermelhos 2.380.000 p/mm³; glóbs. brs. 73.200 p/mm³; taxa de hemoglobina 40 %. O quadro hematológico é de leucemia aguda, de tipo micro-hemocitoblástico. 70 % dos leucócitos são representados por células blásticas desse tipo. É evidente a presença de hiato leucêmico (22/2/54 as. E. BOTURÃO), figs. 63 e 64. Hemossedimentação: 1.^a hora 90 mm.; 2.^a hora 130 mm. Índice de sedimentação horária: 79,5 mm. WESTERGREEN, em 22/4/54.

Exame de urina: traços de albumina e de urobilina. Reação alcalina; densidade 1012. Sedimento: raras células; leucócitos em número ligeiramente aumentado e muitos micélios de cogumelos.

Côr verde; aspecto ligeiramente turvo. 22/4/54.

Exame de fezes; numerosos ovos de *Ascaris lumbricoides* e vários de "*Trichocephalus trichiurus*". Reação de WASSERMANN, de KAHN e micro-reação de CERQUEIRA: negativas. 23/4/54.

Em 25/4/54, como repugnasse ao pediatra o diagnóstico de Leucemia por não apresentar o paciente sintomatologia clínica correspondente, o mesmo solicita novo hemograma que revela: gls. verms. 3.260.000 p/mm³; leucs. 73.200 p/mm³; hemoglobina 70 %; hematocrito 42 %.

Até esse dia o paciente já havia recebido 800 cc. de sangue. O hematologista confirma o diagnóstico de leucemia hemocitoblástica com diferenciação mieloblástica.

Exame anátomo-patológico — O material enviado compreende 7 fragmentos de tumor da região orbitária. São de consistência dura e o maior mede 3,5 x 1,5 x 1 cm.

Exame microscópico — Entre fibras musculares estriadas, em grande parte degeneradas, encontra-se um crescimento difuso de células de caráter leucêmico, predominantemente monocitário. Pequena diferenciação granulocítica. Diagnóstico: Leucemia mielóide (tipo monocitário) 26/2/54 (As. JORGE MICHALANY), fig. 62.

Em 9/3/54 quando o paciente já havia recebido 1.000 cc. de sangue, novo hemograma revela: hems. 3.420.000 p/mm³; leucs.

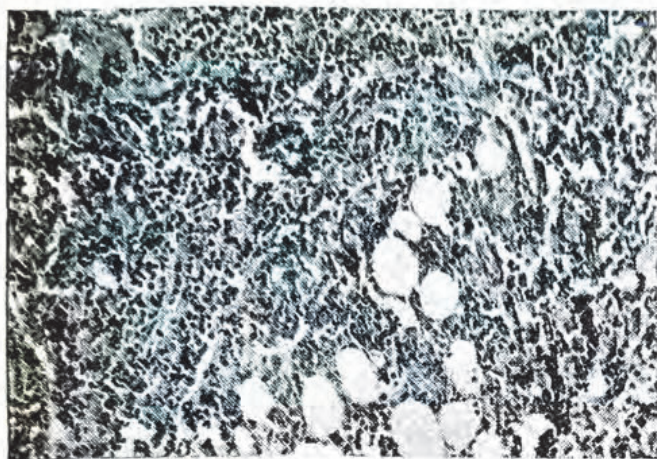


Fig. 62
Cloroma da órbita. Micro-foto. Hem-eos. (X300). Diagnóstico histo-patológico: Leucemia mielóide (tipo monocitário).

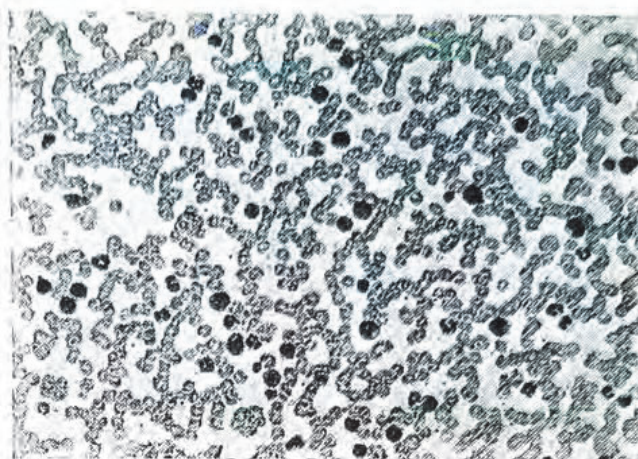


Fig. 64
Mesma lâmina do hemograma anterior (X1.200).

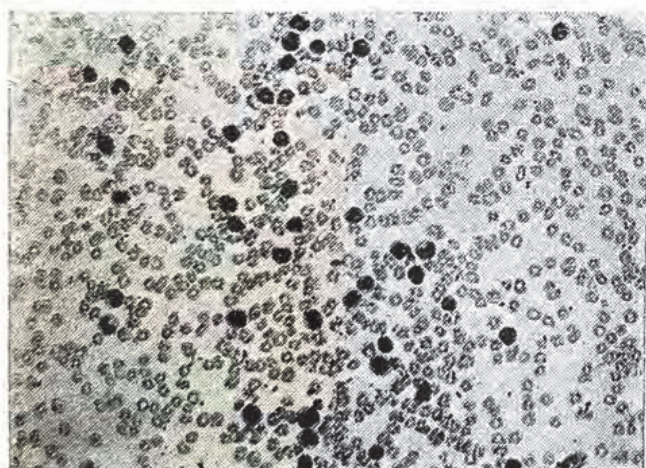


Fig. 63
Hemograma do paciente em 22/2/54. Leucemia aguda de tipo micro-hemocitoblástico. Notar o hiato leucêmico. (X360).

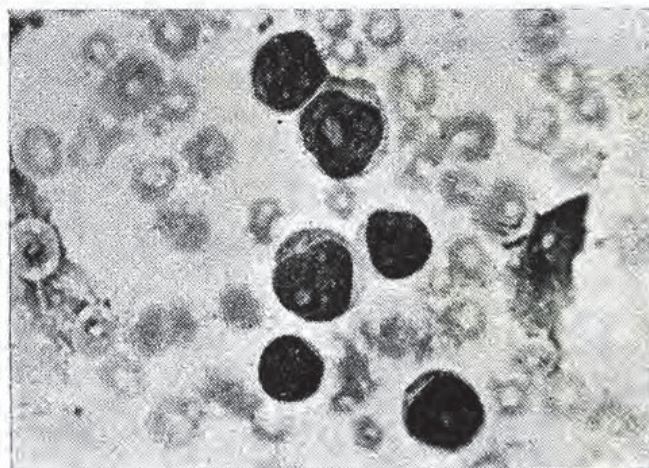


Fig. 65
Outro hemograma do paciente após 300Us de A.C.T.H. A.R. (X360).

83.200 p/mm³; hemog. 62 %; *plaquetas*: 162.000 p/mm³; hematócrito 31 %; o quadro hematológico apresenta o mesmo aspecto do exame anterior, notando-se porém, menor número de células da série mieloblástica. Praticamente 90 % das células são hemocitoblastos. (as.) E. BOTURÃO.

Em 16/3/54 é feito novo hemograma após aplicação de 12 injeções de A.C.T.H.A.R. Armour, em doses diárias de 25 U., isto é, após aplicação de 300 unidades de A.C.T.H.A.R. Eis o resultado, no qual se pode notar a ação benéfica dessa medicação: hemac. 3.100.000; leucs. 44.000 p/mm³; hemogl. 52 %; hematócrito, 35 %, fig. 65.

Nota-se a presença de muitos hemocitoblastos ao lado de micloblastos. É notável o aparecimento de células atípicas polilobadas (para-mielócitos). Nota-se também maior diferenciação para elementos polinucleares. (as.) E. BOTURÃO.

Nessa mesma data obtém-se um mielograma por punção esternal. As preparações revelam acentuada hiper celularidade. Série granulocítica: nota-se a presença de numerosíssimas células imaturas: hemocitoblastos, mieloblastos e raros mielócitos e pro-mielócitos. Os poli nucleares são muito raros demonstrando a existência de nítido hiato leucêmico. Série eritroblástica: nota-se discreta hiperplasia, com alterações na curva de maturação. Megacariócitos presentes em atividade plaquetogênica. Fig. 66.

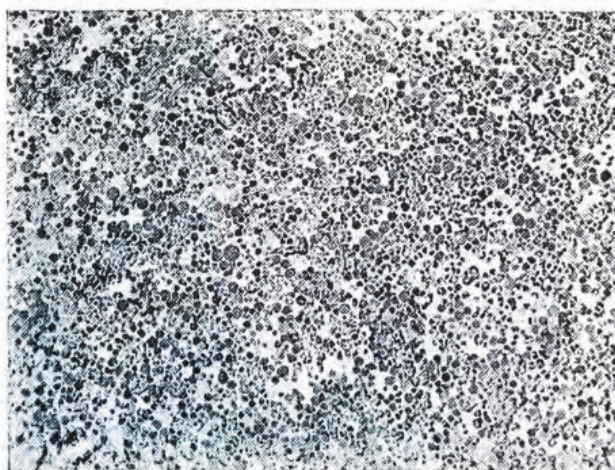


Fig. 66
Mielograma, por punção esternal
do paciente, em 16/3/54. (X100).

Diagnóstico: Leucemia mieloide aguda. (as.) E. BOTURÃO.

Novo exame de urina em 29/3/54 revela: cor amarelo claro: reação ácida, densidade 1023, albumina: traços leves, vestígios de

bile e urobilina. No sedimento, várias células e muitos leucócitos. Num desses exames a reação de BENCE JONES havia sido positiva.

Exame de pus — Obtido de um gânglio cervical supurado, revela ao Gram: muitos piócitos, intensa flora bacteriana constituída por Cocos Gram positivos; Ziehl: negativo (as.) Dr. RUIVO.

Em 29/3/54 novo hemograma após 650 Unidades de A.C.T. H.A.R., revela Globs. verms. 2.920.000 p/mm³; globs. brs. 53.400 p/mm³; hemogl. 55 %; plaquetas: 93.360 p/mm³. Note-se que o número de plaquetas a despeito de reduzido, não atingiu o nível no qual surgem as hemorragias. Sua contagem foi pedida justamente com a finalidade de mostrar porque não surgiram as hemorragias da retina e das mucosas. O quadro é de leucemia mielóide aguda. Hematócrito: 31 % (as.) EDMIR BOTURÃO. Hemocultura: microscòpicamente estéril (as.) Dr. RUIVO em 5/4/54. Radiografias: além da radiografia da órbita, já referida, foram pedidas outras do crâneo, coluna, esterno e ossos longos, as quais nada revelaram de anormal, bem como na bacia e no tórax, em 4/3/54. (as.) Dr. NOGUEIRA.

Autópsia — Lesão que se considera responsável pela causa da morte imediata: Caquexia. Enfermidade principal: leucemia mielóide. Infiltração leucêmica de: globos oculares e regiões retro bulbares, gânglios linfáticos cervicais, mediastinais, mesentéricos e cruais, estômago (fundo); vesícula biliar (fundo); pericárdio visceral; pulmões; rins; cálices, bacinets, ureteres e bexiga. Processos patológicos relacionados com a enfermidade principal: otite média purulenta bi-lateral; anemia; hiperemia e edema cerebral.

Globos oculares e tecido orbitário — tecido orbitário contendo diversas células mielóides que assumem o aspecto de uma leucemia e que infiltram difusamente os músculos e o tecido adiposo. Algumas zonas hemorrágicas presentes. Globo ocular com invasão leucêmica da coróide e da conjuntiva.

Couro cabeludo: Invasão leucêmica e presença de numerosas áreas de necrose. Encefalo: hiperemia e edema. Não há leucemia. Gânglios linfáticos: infiltração leucêmica e diversas áreas de necrose. Pele: infiltração leucêmica e área de necrose. Vesícula biliar: infiltração leucêmica. Estômago: infiltração leucêmica e hemorragia. Úvula e amígdalas: infiltração leucêmica. Fígado: pequenas zonas de infiltração leucêmica ao nível dos espaços-porta. Baço, infiltração

leucêmica ligeira. Rins: infiltração leucêmica dos rins, localizada principalmente ao nível da medular. Cálices, bacinetes e ureteres: infiltração leucêmica. Bexiga: infiltração leucêmica e hemorragias do pericárdio visceral. Pulmões: grandes áreas de infiltração leucêmica principalmente peri-bronquiais.

Conclusão. Trata-se de um caso de leucemia mieloide cujo primeiro sintoma se manifestou por tumor da órbita direita (em criança aparentemente sadia). Posteriormente a moléstia progrediu atingindo predominantemente os gânglios linfáticos e outras vísceras. Fato curioso foi o pequeno envolvimento do fígado e baço tanto que a verificação de leucemia foi apenas microscópica. (as.) J. MICHALANY em 7/4/54.

Tratamento. Ante um tumor da alta malignidade cuja natureza já era suspeitada clinicamente e que foi positivada pelos exames do patologista e do hematologista de comprovada competência, confirmando sua associação com um quadro típico de leucemia mieloide aguda, a sorte de nosso paciente estava definitivamente selada e o êxito letal fatal e próximo não deixava a menor dúvida.

Entretanto foi-lhe aplicado o tratamento, em parte sintomático, e também visando combater a anemia e infecções intercorrentes, tão comuns nessa doença inexorável. Assim é que lhe foram aplicadas transfusões de sangue num total de 1.100 cc., injeções de soro fisiológico inalações prolongadas de oxigênio.

18.ª OBSERVAÇÃO

TUMOR NÃO ESPECIFICADO DA ÓRBITA DIREITA. PROVÁVEL MUCOCELE FRONTO-ETIMOIDAL

M. L. F., brasileira, preta, viúva, doméstica, com cerca de 50 anos, procura o ambulatório de Oftalmologia da Santa Casa de Santos, a 4/4/51, sob n.º 99.075 no registro geral de enfermos.

Tem sido relativamente saudável e diz que procurou o Ambulatório de oftalmologia por causa de uma saliência do globo ocular direito que a incomoda e tem despertado a atenção e curiosidade de outras pessoas. Diz ainda que há cerca de 15 anos foi operada por nós no velho Hospital onde foi operada em ambos os olhos e que a seu ver, a saliência de OD data de então.

À inspeção se nota um exoftalmo acentuado de OD que mede 13 milímetros. Não é doloroso, nem redutível, nem pulsátil. É paciente de mentalidade muito baixa e não sabe há quanto tempo notou o aparecimento da saliência querendo porém insinuar e insiste nesse particular, que a mesma apareceu após a intervenção feita há 15 anos. À palpação se nota um tumor de consistência sólida situado logo atrás do rebordo orbitário superior que não adere a pálpebra, tendo superfície lisa e cujos limites posteriores não se palpan, ao passo que externamente parece limitar-se com o ângulo súpero-externo da órbita e internamente parece continuar com a parede interna da órbita. A despeito de não se palpar seu limite posterior, é bem evidente que o mesmo se propaga para o ápice da órbita, pois se palpa muito bem atrás do globo. Aí a pesquisa se interrompe, pois o globo luxa facilmente e há certa dificuldade em reconduzi-lo à posição normal. Diz a paciente que às vezes quando comprime as pálpebras com certo esforço acontece sair o globo de sua posição normal. Isso a apavora e impede sua colaboração à palpação profunda do tumor. O exoftalmo é predominante, direto, mas tem uma componente lateral, para fora e para baixo. A despeito do volume tumoral a motilidade do globo ocular direito é inteiramente normal e a paciente perguntada não refere diplopia em nenhum período do crescimento lento do tumor. A agudeza visual é de 0.1 em AO.



Fig. 67
Tumor benigno não identificado, da órbita direita. A paciente não quis submeter-se à operação.

A córnea e demais meios refringentes apresentam transparência normal. Os reflexos pupilares são preguiçosos e há sinéquias posteriores em OD no setor compreendido entre os meridianos de 4 a 8 horas.

O fundo revela palidez temporal da papila cujos bordos são nítidos. Há sinais vasculares de hipertensão de A2Hº. Não se notam dobras da retina ao exame bem atento. O tonus bi-digital mostra ligeiro aumento em OD. Uma iridectomia periférica em AO, mostra que a intervenção praticada há cerca de 15 anos, fôra um Lagrange

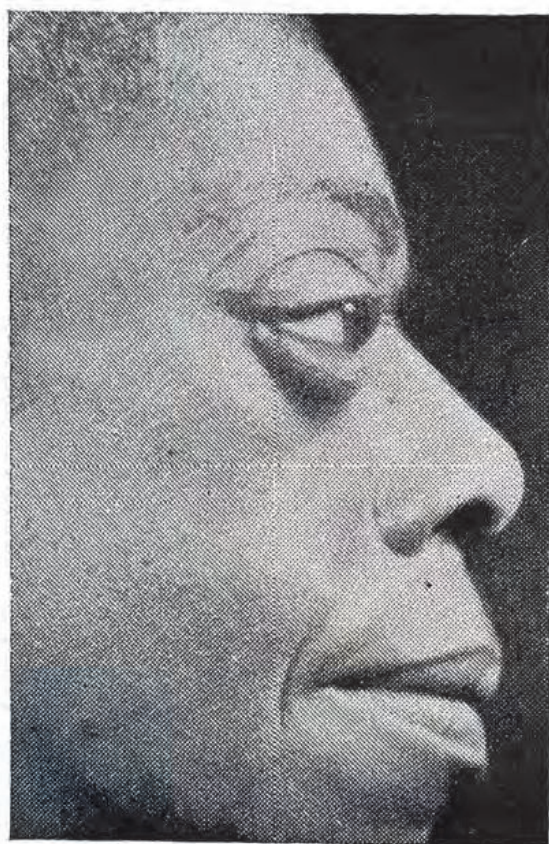


Fig. 68
Foto de perfil da mesma paciente.

cuja fístula se feixou em AO. OE: agudeza de 0,1, motilidade boa, reflexos pupilares preguiçosos, boa transparência dos meios refringentes, papila com palidez temporal e contornos nítidos, não apresentando excavação glaucomatosa que também não foi encontrada em OD. Alterações vasculares de hipertensão correspondente a Ganns A2Hº.

Os campos visuais periféricos revelam ligeiro estreitamento concêntrico. A doente não cooperou para a tomada do campo visual central.

A paciente que então já estava internada no Serviço é transferida para a Clínica Neuro-Cirúrgica para o pré-operatório. Prefere ter alta e só se interna naquele serviço em 2/5/51 onde permanece apenas 6 dias ao fim dos quais pede alta por temer a operação. As radiografias feitas então levaram o neuro-cirurgião a suspeitar propagação intra-craniana do tumor. Daí por diante perdi o contato com a paciente. Após muita procura consegui localizá-la agora. Os exames feitos confirmam os dados acima referidos, não tendo havido aumento do exoftalmo. A paciente reluta em praticar os exames de laboratório complementares supondo que vai ser operada à força... Consegui suas fotografias atuais de frente e de perfil (figs. 67 e 68), bem como as radiografias de figs. 69 e 70.

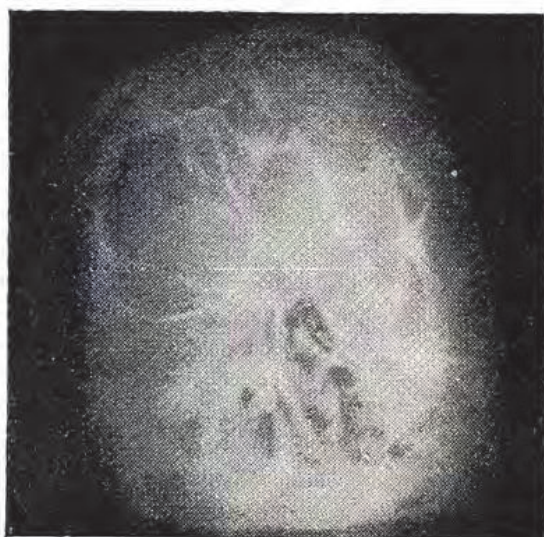


Fig. 69
Radiografia da paciente em projeção
pósterio-anterior.

O relatório do Dr. MOURA GOGLIANO é o seguinte: Crânio de paredes espessadas com zonas de calcificação irregulares. Opacidade do seio esfenoidal direito com osteólise de sua parede externa, osteólise que invade a parede interna e teto da órbita, atingindo o seio frontal direito e estendendo-se pelo frontal até 4 ou 5 cms. para cima e para fora com limites irregulares. Lesões atribuíveis a mucocoele ou outra neo-formação benigna. (as.) Dr. A. DE MOURA GOGLIANO. Esse exame foi feito há cerca de 1 mês e a doente desapareceu novamente tendo sido impossível localizá-la. Sua observação, fica interrompida aqui. Se acaso conseguir operá-la os dados obtidos serão relatados posteriormente. Do mesmo modo se revelarão

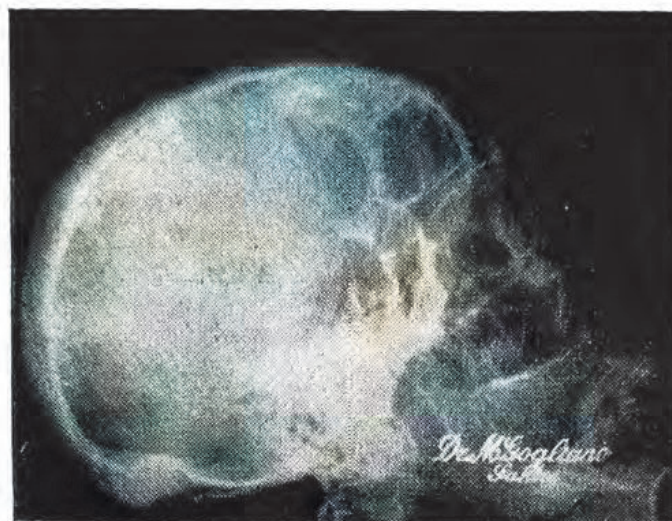


Fig. 70
Radiografia do crânio da paciente. Perfil.

dados obtidos em exames de laboratório se os mesmos vierem fornecer mais elementos para a elucidação do diagnóstico.

TRATAMENTO

A escolha do melhor método de tratamento dos tumores da órbita depende de diversos fatores entre os quais a sede, o volume e o tipo da lesão.

Pode-se empregar a cirurgia, a eletro-cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, de acordo com os fatores supra referidos.

Pela cirurgia os tumores podem ser extirpados por meio de orbitotomia anterior, pela via transfrontal e pela parede lateral da órbita.

Pela orbitotomia anterior se extraem os tumores de pequeno volume, acessíveis à palpação, situados na vizinhança do globo bem como os tumores juxta bulbares do nervo óptico. Em nossas observações a exeresse se fez por orbitotomia anterior simples a não ser no caso do fibro-angioma em que foi necessária uma Krönlein, pois o tumor se achava situado profundamente em situação imprevista e também nos 2 casos de sarcomas infiltrativos e no meningioma em que foi necessária a exenteração da órbita. É claro que a orbitotomia será feita ao nível do tumor e com extensão suficiente para que a exeresse se faça com o melhor campo e o menor trauma para os tecidos adjacentes. A figura n.º 71 tomada de BLASCOVICZ (25) ilustra bem a sede das incisões. Usamos de preferência a técnica de ROLLET (26) incisando a pele e periósteo a alguns milímetros do

rebordo orbitário, o mais longe possível dos fundos de saco a fim de evitar cicatrizes desgraciosas. Em todos os nossos casos as incisões foram amplas, tomando quase a metade da base da órbita. O periósteo orbitário pròpriamente dito ou peri-órbita de alguns autores, é aberto em sentido longitudinal, como foi referido a seu tempo, no curso das observações, a fim de não lesar as fibras do elevador da pálpebra, as quais se encontram em tôda a extensão da mesma. Dessa circunstância é mister lembrar-se até nos casos de abcessos profundos da pálpebra superior em que uma incisão trans-



Fig. 71

Esquema de Blaskovics e Kreiker, mostrando diversos tipos de incisão para orbitotomia anterior. Eing. am Aug. Verlag, Stuttgart, 1938.

versa e profunda pode bem lesar irremediavelmente algumas fibras dêsse músculo. Vimos em grande número de nossas observações que os tumores se situavam ao nível do canto súpero interno e que tivemos que incisar ao nível dêsse ângulo fértil em hemorragias e sede da polia do grande oblíquo. Sempre transpusemos êsse obstáculo e nunca tivemos complicações com o uso dessa abordagem absolutamente exigida pela localização do tumor. Afastada a periórbita e o cone muscular. Se localizado, na terceira divisão, isto é, na primeira divisão do esquema de BENEDICT (fig. 6), incisa-se a periórbita e com a exploração digital se localiza e se retira o tumor, situado na segunda divisão do mesmo esquema, isto é, entre a periórbita e o cone muscular. Se localizado, na terceira divisão, isto é,

dentro do cone muscular, será necessário ressecar temporariamente determinado músculo, para atingir o tumor.

Operação de KRÖNLEIN — Consiste em ressecar temporariamente um triângulo ósseo que tem por base grande parte do rebordo orbitário externo. É processo ainda do alcance do oculista, dá um campo um pouco mais amplo de acesso aos tumores localizados ao nível da parte externa da órbita em sua parte anterior. Tem recebido modificações por parte de certos autores entre os quais a de BERKE. A resecção temporária do osso se faz com a serra circular ou mais modernamente com a serra de STRYKER, segundo refere REESE. O aspecto final da operação é representada pelas figs. sob n.º 72. BALADO (23) adota outra modificação (fig. 73) que dá muito mais campo e já é uma orbitotomia extensa, lateral.

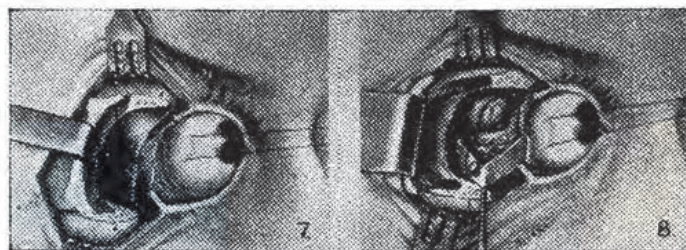


Fig. 72
Tempos finais da operação de Krönlein,
modificado por Berke. (Seg. A. B. Reese,
Tum. of the Eye. P. B. Hoeber, Inc.
N. Y. 1951.

Diz êle que cosmeticamente falando, tanto faz ressecar o triângulo ósseo com a serra de GIGLI ou seus equivalentes mais aperfeiçoados, como com a pinça goiva. É com ela que resseca não só o pilar externo da órbita como toda sua parede externa até o ápice da órbita se necessário.

Acesso da órbita por via temporal. Diversos processos se utilizam além do de BALADO. Um dêles é o de GUILLAUME (32) cujos diversos tempos se encontram nas figuras 74 a 78.

Como se vê é mais da alçada do oftalmo-cirurgião. Queremos crer entretanto deva ser praticado com sua ajuda. É a via ideal de acesso aos tumores infiltrativos, de grande volume e profundamente situados e fortemente aderentes as paredes ósseas ou tecidos vizinhos. É ótimo o campo que oferece ao cirurgião. Se o resultado de um exame histo-patológico feito pelo método de congelação falar pela malignidade do tumor, pode ser feita na mesma

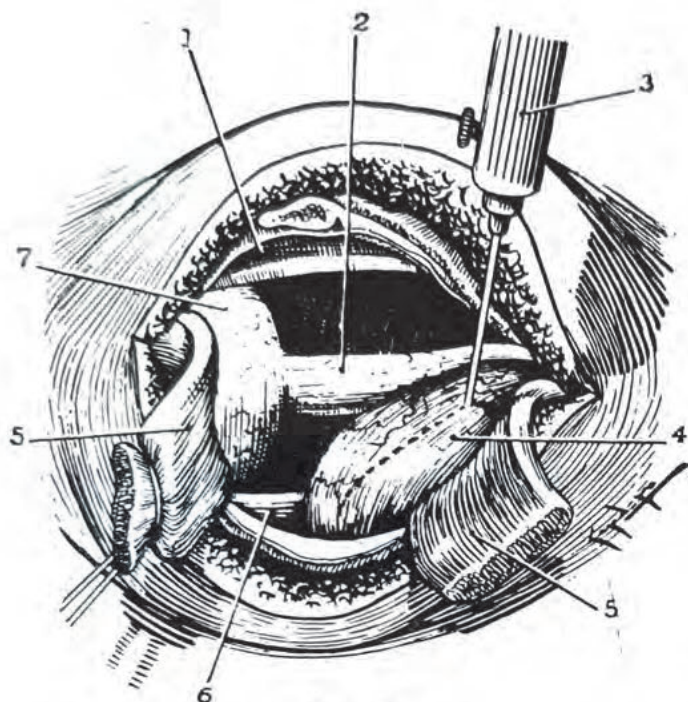


Fig. 73

Esquema de Balado para orbitotomia lateral, representando um dos tempos da operação, quando a cápsula do tumor é incisada com o bisturi elétrico. (Seg. Balado e Cristensen, in Pereira, R. F.-Adrogué Esteban, Trat. Cir. Oc. El Ateneu, B.A. 1948.

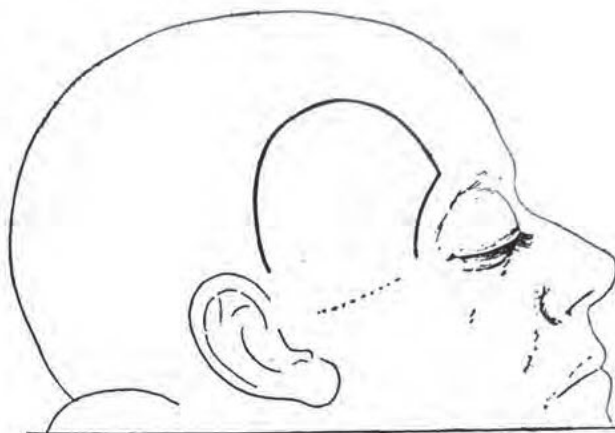


Fig. 74

Técnica de J. Guillaume para orbitotomia lateral. Incisão cutânea; Seg. Offret, G. — Les Tums. Primit. de l'Orbite, Masson & Cia., Paris, 1951.

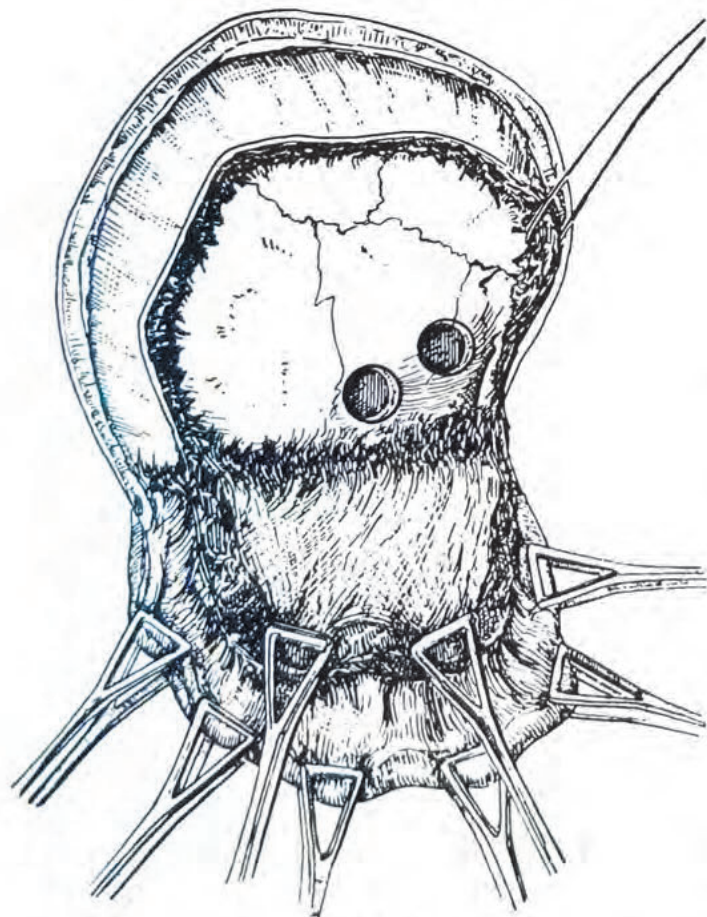


Fig. 75

O músculo temporal é afastado e são feitas 2 trepanações. Id, id, id.



Fig. 76

Mostra no esqueleto a sede das 2 trepanações, e em pontilhado, a trepanação frontal acessória. Id, id, id.

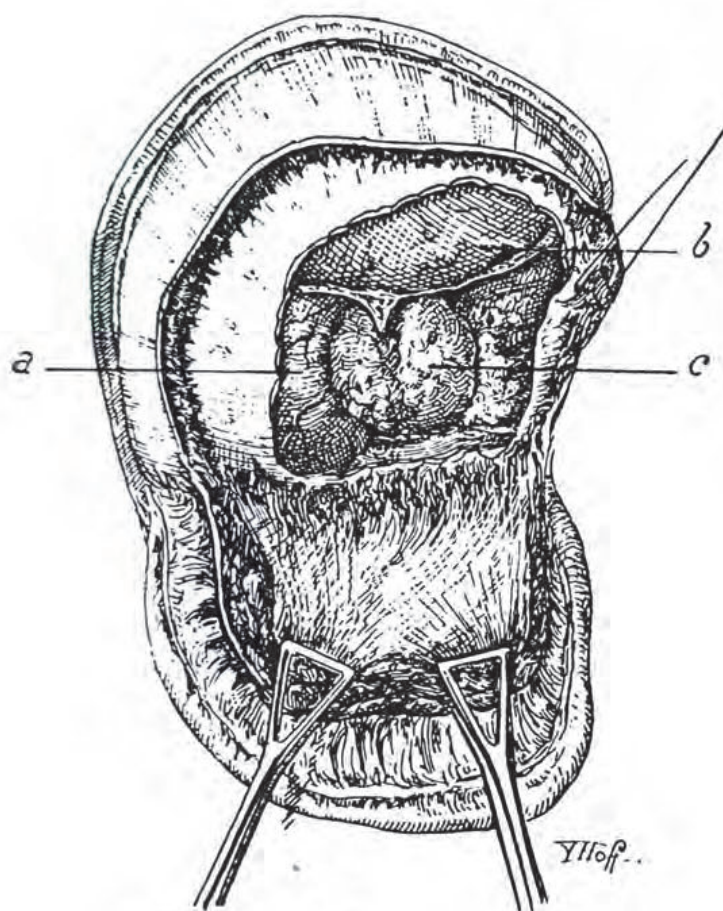


Fig. 77

Mostra o tumor (meningioma intra-orbitário, com propagação intra-craneeana. Foi feita ressecção da grande asa do esfenóide e se veem a dura mater temporal (a), a dura mater frontal (b) e o tumor (c). Id, id, id.

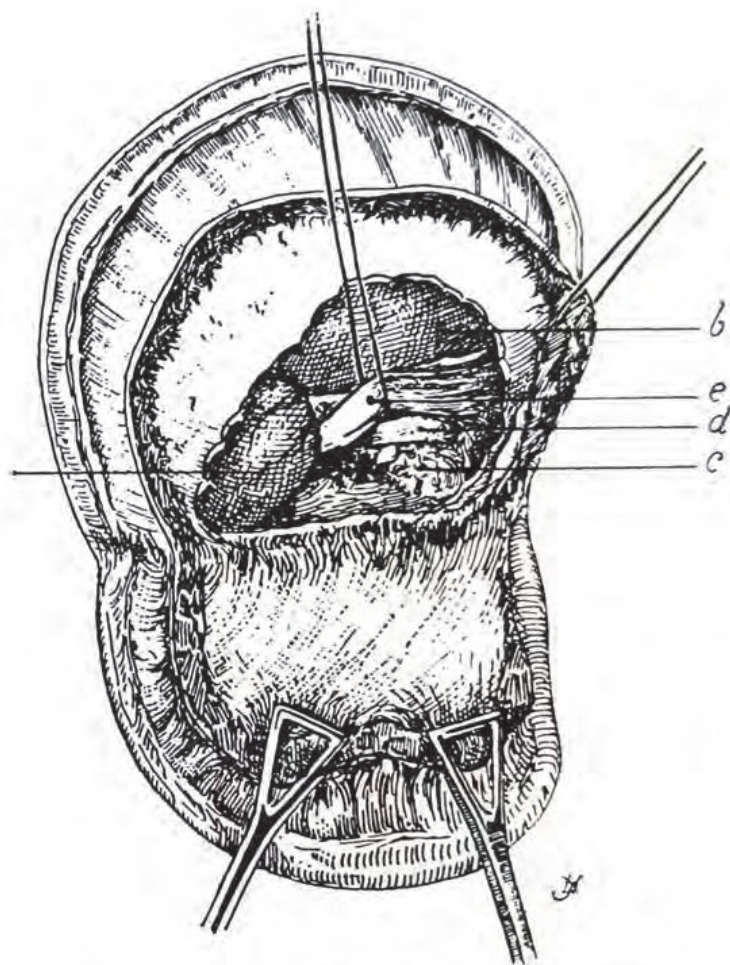


Fig. 78

Esquema mostrando a zona operatória após a exeresse de um tumor que aderiria ao grupo muscular superior comprimindo o nervo óptico. a: dura mater temporal; b: dura mater frontal; c: zona de implantação do tumor; d: nervo óptico; e: músculos. Todas estas figs. são tomadas do excelente livro de Offret, já citado.

hora, a exenteração da órbita. Não permite acesso ao canal ósseo e tão pouco aos tumores localizados para o lado da parede interna da órbita, bem como as propagações intra-craneanas importantes com localização frontal ou temporal, segundo refere OFFRET.

Via frontal. Por esta via de acesso o cirurgião atinge o tumor por via trans-frontal extra dural. É largamente usada e apregoada pelos cirurgiões americanos. DANDY foi um dos maiores apolo-gistas dessa via de acesso, baseado em sua estatística segundo a qual

ORBITOTOMIA TRANS-FRONTAL

As figs. de 79 a 81 representam diversas fases de exereses de tumor intra-orbitário através do teto da órbita, segundo esquema de Adson e Benedict, e são tomadas de Offret, op. cit.



Fig. 79

Retirada de um angioma cavernoso: a: delimitação da zona a ressecar; b: início da abertura óssea mostrando a peri-órbita.

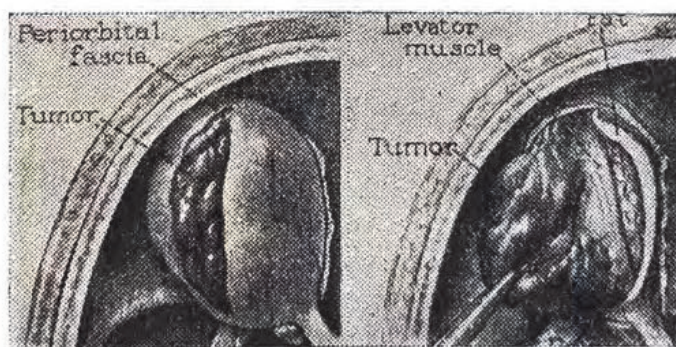


Fig. 80

Continuação, a: o tumor faz saliência após abertura da peri-órbita; b: dissecação do neoplasma aderente ao elevador da pálpebra.

80 % dos tumores orbitários tem propagação intra-craneana. Assim em uma só operação se faz exereses dos tumores localizados nas 2 cavidades. Hoje com os progressos da técnica essa via de acesso não oferece mais os riscos de outrora e o êxito letal é muito menor que nos tempos do grande CUSHING.

Nossa paciente portadora de meningioma teve alta no fim de 12 a 13 dias após sua craniotomia com estado geral ótimo e cicatrização excelente. Resta saber se os tumores de grande vulto e exclusivamente intra-orbitários, embora bem profundos, podem ser

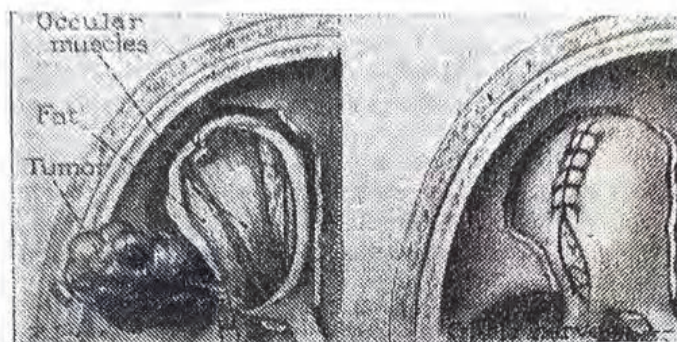


Fig. 81

Continuação, a: o tumor é retirado e é feita a ligadura dos pedículos;
b: sutura do periósteo.



Fig. 82

Tumor do nervo óptico com propagação intra-craniana. Caso de Pereira Gomes e Carlos Gama. Tratava-se de um glioma.

retirados por essa via. O certo é que havendo necessidade de uma exenteração da órbita talvez ela não possa ser feita no mesmo ato. É pergunta que cabe diante do caso da observação de meningioma. LOVE e BENEDICT (27) em 35 casos de tumores orbitários verifi-

cados cirurgicamente, 10 apresentavam propagação intra-craniana. É questão da alçada dos neuro-cirurgiões e não nos compete entrar em detalhes maiores.

As figs. 79 a 81, de ADSON e BENEDICT (28) ilustram melhor que qualquer descrição, os tempos da intervenção. Seria longo e



Fig. 84
Encéfalo-cistocèle de situação nasoorbitária. Caso de Rebello Neto e Carlos Gama. Criança do sexo masculino com 50 dias de existência.



Fig. 83
Mesmo caso da fig. anterior. Fase final da exérese da porção intra-orbitária do tumor, praticada em intervenção posterior. Notar a massa tumoral e demais tecidos intra-orbitários, e suas dimensões em relação ao volume do globo ocular.

quicá impróprio, descrevê-las nesse trabalho cuja finalidade é muito mais restrita. Convidamos o eventual leitor destas linhas porventura interessado em detalhes, a consultar as fontes indicadas.

Sintetizando estas indicações muito sumárias, concluamos com OFFRET: para um tumor com localização anterior: orbitotomia anterior; para tumor profundo ou volumoso: orbitotomia temporal;



Fig. 85
Aspetto post-operatorio. Rebel-
lo Neto e Gama, C. Reimp.
"O Hospital", St. 1938.



Fig. 86
Disostose crâneo-facial hereditária. (Moléstia de Crouzon). Caso
de Raphael de Barros e Carlos Gama. Notar entre outros sinais
da doença, o exoftalmo bi-lateral que junto as deformações cra-
neanas e mal-formações faciais, constituem característica tria
de sintomática. (Tals. Grafts, de A. Monteverde & Cia.
Montevideo, 1938.

para tumor com localização crânio-orbitária: acesso trans-frontal, extra-dural.

Tratamento eletro-cirúrgico: É aplicado quando há contra-indicação para os processos estudados anteriormente, quando não há metastases nem propagação intracraniana e quando o paciente ainda apresenta estado geral satisfatório. Seria aplicado em todos os casos em que se imponha a exenteração da órbita, evitando assim a abertura ampla e múltipla pelo bisturi, de vasos e linfáticos em plena massa tumoral. Lembro-me bem de haver empregado a eletro-coagulação em 2 casos de epiteloma das pálpebras com propagação para a órbita em 2 pacientes. Consegui sobrevida longa em ambas. As observações não são transcritas aqui porque fogem à finalidade deste trabalho. As indicações dadas por OFFRET para aplicação de eletro-cirurgia são as seguintes:

Sarcoma fibroblástico: os diversos tipos de sarcomas não rádio-sensíveis: as recidivas de retículo sarcoma já irradiados, também chamados vacinados por OFFRET e os epiteliomas da glândula lacrimal.

Tratamento pelos Raios X: A indicação para êsse tratamento deve logicamente ser precedida de biópsia. É mister conhecer-se o tipo de tumor para saber se o mesmo é sensível ou não ao método e também para que o especialista possa adotar a dosagem necessária. Não são rádio-sensíveis os seguintes tumores: (OFFRET).

os quistos dermóides

Benignos:

os gliomas periféricos
os tumores do nervo óptico
os meningiomas
os fibromas e
os osteomas
os fibro-sarcomas

Malignos:

sarcomas não reticulares
epiteloma lacrimal. *

Segundo o mesmo A. são rádio-sensíveis: a) os tumores lacrimais, principalmente os do tipo cilindroma; b) os tumores cha-

mados reticulares (linfo-sarcomas, retículo-sarcoma, plasmocito-sarcoma e ângio-retículo-sarcoma. Os técnicos pedem sempre que possível indicação sobre o volume provável do tumor, sobre sua localização na órbita, exigência cuja finalidade é óbvia.

Quanto aos detalhes de dosagem, frequência, duração etc. somente ao técnico cabe decidir.

Quimioterapia. Em nossas observações tivemos um caso de Cloroma, que seria beneficiado com a aplicação da mostarda nitrogenada ou o Rádio-Fósforo P 32. Não conseguimos nenhum deles, de obtenção difícil em nosso meio. Os isotopos radioativos além de obtenção difícil perdem com facilidade o poder terapêutico.

A mostarda nitrogenada de uso freqüente na América do Norte, é um homólogo azotado de iperita e se emprega na dose de 0,1 mg. por quilo de peso do paciente, em injeções intravenosas, durante 4 dias consecutivos. Emprega-se de preferência em soro-fisiológico, podendo-se concentrar as doses empregando-se em apenas duas injeções. Poderá ser empregada com êxito nos tumores epiteliais e conjuntivos, primitivos da órbita.

Sua indicação maior é a doença de Hodgkin. E, também nos retículos sarcomas e certos tumores conjuntivos malignos, toda vez que a radioterapia falhar. Entretanto sua ação é efêmera e paliativa segundo OFFRET.

Além desses, poderíamos citar a Uretana, indicada na dose de 1 a 5 grs. diárias, indicada no tratamento da linfogranulomatose maligna e na leucemia mielóide crônica.

A Stilbamidina é empregada na dose de 4 a 6 grs. divididas em injeções intravenosas totalizando 1,50 aplicadas em dias alternados (*). SNAFFER é apologista de seu emprêgo no mieloma, ficando o paciente durante o tratamento em regime pobre de proteínas.

OFFRET observa que durante este tratamento o paciente pode apresentar uma degenerescência do núcleo sensitivo do trigêmeo de cura lenta e difícil.

Santos, Setembro de 1955.

Nicolino R. Machado
Caixa Postal 441
Santos

(*) N. da R. Conforme o original.

RESUMO

O A. inicia seu trabalho fazendo referência sôbre os diversos meios de diagnóstico dos tumores da órbita, entre os quais a radiografia simples e com contraste, a tomografia, a angiografia cerebral e a orbitotomia exploradora. Em seguida estuda o diagnóstico diferencial com as diversas doenças que produzem exoftalmo unilateral, inclusive os pseudo-tumores da órbita, os quais ilustra com observações de abscesso circunscrito, piocele, mucocelo etimoidal e fronto-etimoidal e dacrioadenite crônica. De tumores primitivos da órbita há uma observação de colesteatoma, uma de neuro-fibroma, uma de neurinoma do nervo frontal interno, uma de fibro-angioma, uma de meningioma exclusivo da órbita, uma de cloroma e duas de sarcoma indiferenciado. O cloroma e os dois sarcomas primitivos constituem extensas observações anátomo-clínicas. Todos os diagnósticos foram confirmados pela cirurgia e exame histo-patológico, com exceção de 3 casos cujos pacientes ou seus familiares não consentiram com a operação. Depois estuda os diversos meios de tratamento: cirúrgico, rádio e curie-terápico, eletro-terápico e medicamentoso.

O trabalho é ilustrado com radiografias e inúmeras fotografias. Inclui a bibliografia consultada.

RÉSUMÉ

L'Auteur commence son travail en faisant des references sur les divers moyens de diagnostic des tumeurs de l'orbite entre lesquels la radiographie simple et contrastée, l'angiographie cérébrale et l'orbitotomie exploratrice. En suite il étudie le diagnostic différentiel avec un certain nombre de maladies qui produisent l'exophtalmie unilatérale y comprenant les pseudo-tumeurs de l'orbite, lesquels il illustre avec des observations d'abcess circonscrit, piocele, mucocelo etimoidale e fronto-etimoidale et dacrioadenite chronique. Sur les tumeurs primitifs de l'orbite il y a une observation de cholesteatome, une de neuro-fibrome, une de neurinome du nerf frontal interne, une de fibro-angiome, une de méningiome exclusif de l'orbite, une de clorome et deux de sarcome indiferencié. Le clorome et les deux sarcomes primitifs constituent 3 extensives observations anatomo-cliniques. Tous les diagnostics ont été confirmés par la chirurgie et

l'examen histo-patologique à l'exception de 3 cas dont les patients ou ses familiers n'ont pas consenti à l'opération. Après, il étudie les divers moyens de traitement: chirurgie, radio e radium thérapie, electro-thérapie et médicaments.

Le travail est illustré avec des radiographies et d'innombrables photographies. La bibliographie consultée est ci-jointe.

SUMMARY

The Author begins his paper with comments on the several diagnostic procedures for orbital tumours, among which roentgen-graph (simple and contrasted), tomography, cerebral angiography, and exploratory orbitotomy.

The Author proceeds then to study the differential diagnosis with the several diseases causing unilateral exophthalmos, the pseudo-tumours of the orbit included, which he illustrates with observations on circumscribed abscess, pyocèle, ethmoidal and fronto-ethmoidal mucocele and chronic dacryoadenitis.

Regarding primary tumours of the orbit, there is one case report of cholesteatoma, one of neuro-fibroma, one of neurinoma of the internal frontal nerve, one of fibro-angioma, one of meningioma exclusive of the orbit, one of chloroma, and two of undifferentiated sarcoma. The chloroma and the two primary sarcomata constitute 3 extensive anatomo-clinical reports. All diagnoses were supported by surgery or histo-pathological examinations, except 3 cases where operation was refused by the patients or by their relatives.

He further studies the several treatment procedures: surgery, radio- and curie-therapy, electro-therapy, and drugs.

The paper is illustrated with roentgengraphies and many photographs. — Bibliography.

BIBLIOGRAFIA (*)

- 1 — DUKE-ELDER, S. — Text-Book of Ophth., V vol., Henry Kimpton, Lond., 1952.
- 2 — DANDY, W. E. — Orbital Tumors, Oskar Piest, N. Y., 1941.
- 3 — FORREST, A. W. — Intra-Orbital Tumors. Arch. of. O., 1949., 41. 198-232.

(*) A bibliografia referente ao tema de nosso trabalho é vastíssima. Limitamo-la exclusivamente aos autores consultados.

- 4 — OFFRET, G. — Les Tumeurs primitives de l'orbite, Masson & Cie. Paris, 1951.
- 5 — BENEDICT, W. L. — Diagnosis of Orbital tumors, J.A.M.A. Dec. 2-1944 — 880-884.
- 6 — PFEIFFER, R. L. — Roentgenography of exophthalmos, A. J. Ophth., 1943.
- 7 — MARBACK, H. C. P. — Sobre a Radiologia do canal óptico, Bahia, 1939.
- 8 — PAULO F.^o, A. — O enfizema orbitário como contraste radiológico, O Hospital, Nov., 1943, vol. XXIV, n.^o 5.
- 9 — ORIBE, M. — Cit. por Offret.
- 10 — FRIEDMAN, B. — Cit. por Offret.
- 11 — REESE, A. B. — Tumors of the eye, P. B. Hoeber, Inc. N. Y., 1951.
- 12 — WALSH, F. B. — Dandy, in Clin. N. Ophth. William & Wilkins Co. Baltimore, 1947.
- 13 — BERENS, C. — The eye and its Diseases. W. B. Saunders Co. Phil., 1936.
- 14 — DUARTE, P. — Quisto hidático da órbita, Arch. Bras. Med., 17-71, 1927.
- 15 — DEVÉ, — Cit. por Offret.
- 16 — VELTER, E e OFFRET, G. — An. 2.^o C. P. Amr. Oft. Montev., 1945.
- 17 — ALMEIDA, A. — Tumores da órbita, Rev. Bras. Oft., vol. XIII, n.^o 3 (Set. 1954).
- 18 — GONÇALVES, D. — Quisto hidático da órbita, Rev. Brasil. Oft., vol. XII, n.^o 2 (Dez., 1953).
- 19 — L. A. OSÓRIO — Colesteatoma da órbita, apresent. às 4.^{as} Jorns. Brasils. Oft. — Pôrto Alegre, 1946 (inédita).
- 20 — BERRETTINI, G. L. e COLMENERO, A. T. — Proptose total do globo ocular em recém-nascido, 3.^a R. Interim de Oft., S. Paulo, Junho, 1954.
- 21 — SHARPE, W. and MACLAIRE, A. S. — Cits. por Reese.
- 22 — VRIES, W. M. de — Cit. por Reese.
- 23 — BALADO, M. A. e CHRISTENSEN, C. — Trat. Quir. de los tumores de la Orbita, in Trat. Cirurg. Ocul. de Pereira, R. F. — Adrogué, E. — El Ateneu, B. A., 1948.
- 24 — CRAIG, W. M. and GOGELA, L. J. — Cits. por Offret.
- 25 — BLASKOVICS, L., KREIKER, A. — Eing am Auge, Ferd. Enke verl. Stuttgart, 1938.
- 26 — ROLLET, E. — Cit. por Offret.
- 27 — LOVE, J. G. and BENEDICT, W. L. — Transc. Rem. of intraorb. tumors, J.A.M.A. Vol. 129, n.^o 12, Nov. 17, 1945.
- 28 — ADSON, A. W. and BENEDICT, W. L. — Cits. por Offret.
- 29 — BERRETTINI, G. L. e MICHALANY, J. — Sarcoma indiferenciado da órbita em criança de 3 meses.
- 30 — BERRETTINI, G. L. e MICHALANY, J. — Sarcoma indiferenciado da órbita em criança de 3 anos de idade.
- 31 — MACHADO, N. R. — Cloroma da Órbita. 3.^a Reunião Inter. Oft. do Con. P. Americ. Oft., S. Paulo, VI-54,

- 32 — GUILLAUME, J. — Cit. por Offret.
- 33 — SNAPPER, I. — Med. Clinics in Bone Diseases, Inters. Pub. Inc., 2nd. ed. N. Y., 1949.
- 34 — SNAPPER, I., TURNER, L. B. and MOSCOVITZ, H. L. — Multiple Myeloma, Grune and Straton, N. Y., 1953.
- 35 — MACHADO, N. R. — Fleimões da Órbita, ans. 1.º, C. B. Oft., São Paulo, 1935.
- 36 — LIMA, P. A. — Cerebral Angiography. Ox. U. Press, 1950.
- 37 — GOMES, J. P. — Tumores do nervo óptico. Arq. Bras. Oftalm. São Paulo, 1941.
- 38 — GOMES, J. P. — Tum. of the Opt. nerve, Am. J. Ophth. Vol. 24, n.º 10, Oct., 1941.
- 39 — GOMES, J. P. e GAMA, C. — Tumor do nervo óptico com propagação intracraniana. Arq. Bras. Of., Ano VII, n.ºs 1 e 2, 1940.
- 40 — REBELLO NETTO, J. e GAMA, C. — Encefalocistocele de situação naso-orbitária. O Hospital, St., 1938.
- 41 — BARROS, R. P. e GAMA, C. — Disostose craneo-facial hereditária (Mol. Crouzon). Tal. G. Monteverde & Cia., Montev., 1938.

SÍNDROME DE HORNER (*)

DRS. LUIZ EURICO FERREIRA
e
HUMBERTO ALVES SAMPAIO (**)

CONCEITO

As manifestações oculares do comprometimento do simpático são descritas, na literatura, sob denominações diversas: síndromes de Horner, síndrome óculo pupilar de Horner, síndrome de Claude-Bernard-Horner ou síndrome óculo simpática. Parece-nos, no entanto, mais interessante referir duas denominações: síndrome de Horner e síndrome de Claude-Bernard, embora, em certos casos, elas representem fases de um mesmo processo mórbido.

A síndrome de Horner, constituída em sua tríade fundamental de miose, ptose e enoftalmia, podendo surgir perturbações vasomotoras e secretoras. A síndrome de Claude-Bernard, tradutora da irritação do simpático, é caracterizada por exoftalmia, midríase e aumento da fenda palpebral.

SÚMULA HISTÓRICA

A primeira referência aos sintomas oculares decorrentes de lesão do simpático foi publicada em 1852 pelo fisiologista frances CLAUDE-BERNARD e, mais tarde, pelo oftalmologista suíço JOHANN FRIEDRICH HORNER em 1869, e, desde então, citações de casos clínicos são encontradas pelas revistas médicas em geral.

Recebido para publicação em 2-7-56.

(*) Trabalho da Clínica Oftalmológica do Hospital dos Servidores do Estado. Chefe do Serviço: Dr. Ruy Rolim.

(**) Médicos oftalmologistas da referida Clínica.

Merece ser assinalado que CLAUDE-BERNARD descreveu a síndrome consequente à excitação experimental do simpático enquanto que HORNER reportou-se ao conjunto de sinais que surgiram no aparelho visual em um doente portador de tireóide aumentada de volume.

GOUGNARD e PARIS (7) (1954) referem que POURFOUR DU PETIT descrevera a existência de modificações oculares após secção do simpático cervical em 1727.

Na literatura nacional, OLIVEIRA BASTOS (1) (1936) descreve a síndrome de Claude-Bernard-Horner decorrente de traumatismo da medula, produzido por bala apresentando três casos clínicos.

DEOLINDO COUTO e HOMEM DE CARVALHO (2) (1937) observaram um caso de síndrome de Horner incompleta.

LONGO e colaboradores (3) (1939) relatam a observação de uma senhora que apresentava síndrome de Avellis e síndrome de Claude-Bernard Horner completa, de etiologia não esclarecida, mas, provavelmente, de natureza tóxica. ALVES FERREIRA e AUTREGESILO FILHO (4) (1943) observaram síndrome de Claude-Bernard-Horner com diminuição da fenda palpebral, anisocoria, enoftalmia e heterocromia em uma criança portadora, também, de assimetria facial, escoliose, pés excavados, hipopigmentação de ambos os mamilos mamários e espinha bífida oculta.

O conjunto dessas manifestações levou AUSTREGESILO FILHO ao diagnóstico de neurodisplasia de predominância medular.

LARMANDO (5) (1953) refere-se ao aparecimento em um de seus pacientes de fleumão periamidaliano esquerdo acompanhado de síndrome de Claude-Bernard-Horner homolateral, característica (ptose muito acentuada, estreitamento da fenda palpebral e enoftalmia). Os sinais oculares surgiram no próprio curso do período infeccioso, e, embora o fleumão tivesse desaparecido após terapêutica antibiótica intensiva, permaneceu a síndrome óculo simpática sem modificação.

GOUGNARD e PARIS (7) (1954) relatam quatro casos de síndrome de Claude-Bernard-Horner com heterocromia da íris e concluem, pela sua frequência, que a lesão é congênita ou sobrevem antes da pigmentação da íris ter atingido o seu estágio final. Dois de seus casos eram devidos a traumatismo obstétrico, um outro poderia ser atribuído à toxoplasmose enquanto um último estaria ligado a um processo mórbido não esclarecido.

QUADRO CLÍNICO

O paciente portador de síndrome ocular, por acometimento do simpático, nem sempre procura o especialista em razão de um ou mais dos sinais componentes do complexo sintomático. Surpreendemos, algumas vezes, sinais discretos ou mesmo evidentes em exame oftalmológico de rotina ou cuidando de outras queixas colhidas à anamnese, que nos levam a orientar o diagnóstico das síndromes em aprêço.

Outras vezes ouvimos da progenitora do nosso pequeno paciente, uma das seguintes referências: “minha criança tem um dos olhos acanhado desde o nascimento”, “meu filho apresenta um olho com cor diferente do outro” e assim por diante. Ainda nos ocorre, como aconteceu há poucos dias, em nossa clínica, a referência feita por uma jovem senhora que nos informou ter os olhos de cores diferentes desde pequena, o que, no entanto, não a preocupa nem à família. Este caso como também o de um senhor que, recentemente, nos procurou referindo a “menina dos olhos de tamanhos diferentes” serão objeto de publicação próxima, pois que seus exames complementares estão ainda em realização.

Além dos dados que a anamnese nos pode fornecer o exame oftalmológico cuidadoso, como deve sempre ser, nos revelará os sinais que compõem as síndromes óculo-simpáticas, podendo o quadro clínico ser completo ou dissociado.

O quadro completo da síndrome de HORNER (fase ou tipo paralítico de lesão do simpático) é constituído dos seguintes sinais:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1 — MIOSE | 7 — ELEVAÇÃO DA PÁLPEBRA INFERIOR |
| 2 — PTOSE | 8 — HETEROCROMIA |
| 3 — ENOFTALMIA | 9 — CATARATA |
| 4 — ESTREITAMENTO DA FENDA PALPEBRAL | 10 — HIPOTONIA DO GLOBO |
| 5 — PERTURBAÇÕES VASOMOTORAS | 11 — DISTÚRBIOS DA SECREÇÃO LACRIMAL |
| 6 — ALTERAÇÕES NA ATIVIDADE SUDORÍPARA DA PELE DA FACE | 12 — HEMIATROFIA DA FACE |

Os três primeiros sinais formam a considerada tríade fundamental da síndrome de HORNER, mas diversas combinações destes

elementos com os demais assinalados acima podem ocorrer. No caso que apresentamos adiante são observados miose, estreitamento da fenda palpebral, elevação da pálpebra inferior e heterocromia. No caso referido por DEOLINDO COUTO e HOMEM DE CARVALHO (2), por exemplo, foram descritos os seguintes sinais: diminuição da fenda palpebral secundária à ptose não paralítica, miose, enoftalmia, perturbações vaso-motoras e secretoras e hipotonia muscular da hemiface correspondente.

ALVES FERREIRA e AUSTREGESILLO (4) verificaram no doente já mencionado desigualdade da rima palpebral, anisocoria, enoftalmia discreta e heterocromia. E, assim, poderíamos enumerar uma série considerável de exemplos destas combinações, na literatura. De regra, as alterações oculares são unilaterais.

Uma rápida análise dos elementos que participam da síndrome de HORNER merece ser feita.

Miose — Representando paralisia das fibras simpáticas ao músculo dilatador da pupila — miose paralítica, facilmente, caracterizada através das provas farmacodinâmicas. Assim é que a instilação do colírio de atropina produz uma dilatação moderada da pupila afetada. A solução milesimal de adrenalina, bem como a cocaína a 4 %, não provocam a habitual midríase. O colírio de eserina a 0.5 % não acentua a constrição pupilar. Os reflexos fotomotores e as reações pupilares associados às vergências são presentes, e de hábito normais.

Ptose — Consequente à paralisia do músculo palpebral de MÜLLER, de inervação simpática.

Geralmente, essa ptose é parcial e pode, por si só, simular enoftalmia. Devemos atentar bem, no entanto, porque ambas as condições acontecem, muitas vezes, simultaneamente.

E' interessante assinalar o paralelismo no grau de miose e ptose, fato que não ocorre em relação aos demais elementos estudados.

Enoftalmia — Decorre êste sinal de paralisia dos músculos lisos da órbita ou segundo outros (2) ao desaparecimento do tecido gorduroso orbitário.

Estreitamento da fenda palpebral ocorre em consequência à blefaroptose superior ou a elevação da pálpebra inferior.

Perturbações vaso-motoras — De duração em geral, temporária, e que se manifestam no caso de paralisia, por vaso-congestão retínica, uveal, conjuntival e mesmo facial, aumento de temperatura,

abaixamento fugaz do tono ocular e diminuição da amplitude acomodativa.

Alterações na atividade sudorípara — Diminuição quando se trate de paralisia.

Elevação da pálpebra inferior — É consequente à paralisia do músculo liso.

Heterocromia — A heterocromia (côres diferentes) que também é referida como crômo-heteropia por MALGAT desde 1899 ou como anisocromia por SCALIUCI em 1915, é explicada por lesão do simpático que interferiria na pigmentação da íris, ação esta que de duas maneiras poderia efetuar-se: diretamente sobre os cromatóforos ou pela interferência vascular.

Os cromatóforos apresentam uma estrutura contráctil e são intimamente relacionados com finas terminações nervosas.

Por outro lado está suficientemente demonstrado clínica e experimentalmente que lesões do simpático determinam alterações circulatórias no olho. Segundo alguns autores estas alterações responderiam, também, pela presença aumentada de proteínas no aquoso, precipitados e modificações de transparência do cristalino o que nos levaria a considerar a heterocromia como um elemento paralelo a êstes descritos e não consecutiva a uma ciclite como pretendeu FUCHS.

Catarata — Elemento raro nas descrições clássicas e que, conforme verificamos acima, deve ser consequente às perturbações circulatórias simpáticas.

Hipotonia do globo ocular — Hábitualmente transitória e relacionada, também, com os distúrbios da circulação ocular.

Distúrbios da secreção lacrimal, da mesma maneira, secundário às lesões do simpático e no caso da síndrome de HORNER, manifestado por escassez da formação de lágrima.

Hemiatrofia da face, referida, às vêzes, como simples hipotonia muscular (4), mas podendo chegar à atrofia (12) evidente.

As lesões oculares referidas não conduzem à deficiência visual, excepto quando ocorrências eventuais estão presentes, como turvação dos meios transparentes, distúrbio circulatório acentuado da retina, lesões corneanas consecutivas à deficiência lacrimal ou o embaraço mecânico da visão, pela blefaroptose, fato de difícil achado desde que a queda da pálpebra é, geralmente, parcial.

Síndrome de Claude-Bernard — Em linhas gerais, na síndrome de Claude-Bernard (tipo ou fase irritativa) os achados oculares são opostos aos descritos na síndrome de Horner, e as explicações do seu aparecimento se depreendem daquelas assinaladas, anteriormente. Citemos entre os elementos fundamentais: midriase, leve exoftalmia e alargamento da fenda palpebral e aqueles que, eventualmente, participam do quadro clínico vaso-construção, hipotermia, hiperidrose homolateral e, mesmo, perturbação da acomodação, (COGAN apud DUKE-ELDER).

Pode ocorrer que o mesmo processo mórbido determine, inicialmente, uma irritação do simpático (síndrome de CLAUDE-BERNARD) e, mais tarde, destruição com paralisia (síndrome de HORNER) e então, o oftalmologista surpreender a substituição de midríase espástica por miose paralítica, ocorrências estas que podem ser facilmente, acompanhadas pelos testes farmacodinâmicos.

O colírio de cocaína não altera o diâmetro pupilar na midríase espástica, pois o simpático já se encontra excitado. A atropina aumenta êsse diâmetro pela paralisia do vago. A eserina diminui em grau leve o diâmetro da pupila.

Como veremos, na etiopatogenia, outros sinais de localização podem acompanhar as síndromes de HORNER e CLAUDE-BERNARD conforme o nível em que as fibras neuro-vegetativas são lesadas, juntamente, com outros tratos nervosos.

ETIOPATOGENIA

As síndromes de HORNER e CLAUDE-BERNARD podem ser provocadas por um processo patológico acometendo o simpático em um ponto qualquer do seu trajeto desde o centro hipotalâmico até suas terminações no aparelho visual.

Evidentemente que, de acôrdo com a altura em que se localizar êsse processo, diferente será o quadro sintomático a acompanhar a referida síndrome.

A síndrome de BABINSKI-NAGEOTTE com hemiplegia e hemianestesia controlaterais, hemiataxia cerebelar, nistagmo e síndrome de HORNER aparece com o envolvimento do trato piramidal. Também na síndrome de COSTAN-CHENAIS, síndrome de WALLEMBERG e outras é verificada a síndrome de HORNER. Processos mórbidos do tronco cerebral podem determinar, por vêzes, a síndrome de HORNER.

incompleta, enquanto que as lesões da cadeia simpática ascendente à carótida e seio cavernoso a tornam completa e isolada. As lesões simpáticas das terminações se acompanham do comprometimento dos nervos III, IV, V e VI, porém não apresentam manifestações vasomotoras ou tróficas. As síndromes do seio cavernoso e ápice da órbita (síndrome de ROLLET) também incluem, em muitos casos, elementos da síndrome de HORNER ou da de CLAUDE-BERNARD.

As condições que determinam estas lesões simpáticas podem ser congêntas e adquiridas, notando-se que as primeiras são de incidência rara.

Parece-nos ter razão AUSTREGESILIO FILHO (4) em considerar as congêntas decorrentes de neurodisplasia, principalmente, a de localização medular. Seriam assim anomalias da embriogênese relacionadas, principalmente, com distúrbios do metabolismo fetal e da vascularização progressiva do sistema nervoso.

Nas formas congêntas e também, para alguns, nas precocemente adquiridas, a heterocromia seria condição primordial no quadro clínico. Processos mórbidos que se transmitem ao feto, como toxoplasmose, certas viroses, etc., poderiam ainda determinar a forma congênita. Durante o processar de partos laboriosos pode surgir a síndrome de HORNER associada à paralisia do plexo braquial (paralisia de KLUMPKÉ). A patologia da adquirida é muita vasta, compreendendo processos inflamatórios, tumorais, circulatórios, degenerativos, traumáticos, etc.

Irritações simpáticas discretas são ainda observadas como fenômenos reflexos em doenças viscerais, e assim, vários fenômenos são de todos conhecidos: sinal de ROQUE (endocardite exsudativa) e dilatação aórtica, sinal de MOSKOWSKIJ (apendicopatia, colecistopatia, etc.) fenômeno de Meyer, etc.

CASO CLÍNICO

O caso se refere a Waldir Mugrabi Pinto, registro no H.S.E., 174159, branco, masculino, com três anos de idade, brasileiro, natural do Território de Rondônia, residindo atualmente nesta capital.

A criança foi trazida por sua progenitora ao Ambulatório da Clínica Oftalmológica do H.S.E., sendo por nós atendida.

Nessa oportunidade assim se expressou a referida senhora: “Doutor, logo após o nascimento eu notei que a vista esquerda do

menino se apresentava mais acanhada que a direita". Refere ainda que a condição ocular se mantém inalterada até o presente.

Informa a progenitora ter a criança nascido de parto normal, com apresentação cefálica, sob assistência médica e após uma gestação a termo. A evolução da criança tem se processado normalmente e, apenas, crises de resfriados comuns são referidos em sua história pregressa.

História familiar — Nada há de interesse do ponto de vista neurológico ou ocular, quanto aos pais da criança. Ao exame ocular constatamos: agudeza visual, exame externo, biomicroscopia e oftalmomicroscopia normais.

Os irmãos não apresentam alterações oculares patológicas.

Exame oftalmológico da criança — Fenda palpebral esquerda estreitada (7 mms) em relação à direita (10 mm). Discreta elevação da pálpebra inferior do olho esquerdo. Pupilas negras regulares, em posição normal, diâmetro aproximado de 2 mms. no olho direito e 1 mm no olho esquerdo.

Íris esquerda menos pigmentada que a direita. Reflexos fotomotores, diretos e indiretos, presentes e normais bem como a reação à convergência.

Os exames biomicroscópico e fundo do olho são normais.

Prova de colírios — Cocaína Midríase discreta à direita, não havendo modificação no olho afetado.

Adrenalina — Não produziu modificação do diâmetro pupilar em ambos os olhos.

Atropina — Dilatam-se as pupilas, sendo que a esquerda apresenta uma dilatação moderada, persistindo a nisocoria.

Os exames clínicos, pediátrico e neurológico foram procedidos por especialistas sem que fossem encontrados sinais relacionados.

Exames complementares solicitados — Radiografias — Coluna cervico-dorsal — Crânio e Tórax.

Reações sorológicas para lues dos pais, sendo todos negativos:

Diagnóstico — Síndrome de HORNER forma congênita e isolada.

Tratamento — Pode ser etiológico e sintomático.

O etiológico é fundamental, dirigido contra a condição mórbida responsável pelas lesões apresentadas.

O sintomático quanto à severidade de um dos sintomas exige uma interferência especial o que não ocorre com o nosso doente.

SUMMARY

The A.A. study Horner's syndrome from several points of view, references being made to national papers on the subject. A congenital case is presented.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — OLIVEIRA BASTOS, Fernando: Síndrome de Claude Bernard — Horner nas lesões medulares traumáticas. Arq. Inst. Penido Burnier, IV, 3, pgs. 230-238, 1936.
- 2 — COUTO, Deolindo e HOMEM DE CARVALHO, A.: Síndrome de Claude Bernard — Horner dissociada e néoformação vertebral. Brasil Médico, LI, 7, 1937.
- 3 — LONGO, Paulino, BASTOS, F. O., PAULA-ASSIZ, J. E.: Síndrome de Avellis e síndrome de Claude Bernard de etiologia obscura (Resumo). Arq. Brasil. Oft., II, 4, 204-205, 1939.
- 4 — ALVES FERREIRA, José e AUSTREGÉSIO FILHO: Síndrome de Claude Bernard — Horner. Rev. Brasil. Oft., II, 1, pgs. 37-40, 1943.
- 5 — BARRIOS, R. R.: Diagnosis of localization of Claude Bernard — Horner Syndrome. Arch. Oftal. Buenos Aires, 18-629, 1943.
- 6 — LARMANDE: Le syndrome oculo-sympathique d'origine amygdaliene, páginas 240-241. Revue D'Oto Neuro-Ophtalmologie, XXv.-4, 1953.
- 7 — LOUGNARD, Paris: L'hétérochromie dans le syndrome de Claude Bernard — Horner. Archives d'Ophtalmologie et revue générale d'ophtalmologie, pgs. 802-805, 1954.
- 8 — CALMETTES, DÉODATI e AMALRIC: Un cas d'Association d'hétérochromie du Fuchs et de syndrome de Claude Bernard — Horner. Revue D'Oto-Neuro-Ophtalmologie, XXv., 6, 399-400, 1953.
- 9 — TASSMAN: Eye Manifestations of Internal Diseases, pgs. 532-533, 1951.
- 10 — FRANCESCHETTI, A., KLEIN, D.: Oftalmologica, pgs. 78, 127, 411, 431, 1954.
- 11 — MARQUEZ, Manoel: Oftalmologia Especial Teórica e Clínica, pgs. 30-31, 1952.
- 12 — DUKE-ELDER, S.: Tex-Book of Ophthalmology, vols. I, II e IV (1938 e 1940).
- 13 — WALSH: Clinical Neuro-Ophthalmology — Williams e Wilkins — 1947.
- 14 — KESTENBAUM: Neuro-Ophthalmologie examination, 1946.
- 15 — ADLER, F.: Phisiology of Eye Mosby, 1953.
- 16 — LYLE, D.: Neuro-Ophthalmology, 2.^a ed. Thomas, 1954.
- 17 — WOOD e outros: The American Encyclopedia and Dictionary of Ophthalmology, vol. VIII, 1916.
- 18 — FRANÇOIS, J. Encyclopedie Medico-Chirurgicale, 21-255, Flo., Paris, 1955.