

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

DIRETORES: EVALDO CAMPOS, JONAS DE ARRUDA, LUIZ NOUGÉ

ANO XVI

DEZEMBRO DE 1957

N.º 4

INSTITUTO DE CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DA UNIVERSIDADE
DE CATÂNIA (ITALIA)

Diretor: Prof. Dr. G. Favaloro

RECENTES AQUISIÇÕES ETIOPATOGÊNICAS DO TRACOMA E SUA IMPORTÂNCIA PARA MAIOR CONHECIMENTO ANÁTOMO-CLÍNICO DA ENFERMIDADE

PROF. DR. GIUSEPPE SCUDERI

Chefe de clínica e docente

(HOMENAGEM AO PROF. A. PAULO FILHO)

O tracoma é uma flogose proliferativa, do tipo difuso e nodular, de evolução geralmente crônica, caracterizada pela formação de um granuloma específico, evoluindo para a cicatriz.

O processo interessa primitivamente a conjuntiva e muito frequentemente também a córnea. De fato nestes tecidos, se localizam, apenas, as alterações da forma atenuada de doença, forma a que FAVALORO denomina "tracoma de tipo não evolutivo".

Em regra, porém, no tracoma verdadeiro, ou seja "tracoma tarso conjuntival evolutivo", segundo FAVALORO, a infecção produz uma série de alterações hiperplásticas, degenerativas, cicatriciais que, pela particularidade de seus aspectos histológicos, se distinguem dos demais processos crônicos da conjuntiva e interessam, além da mucosa (palpebral, do fornix, bulbar), quase todos os demais tecidos palpebrais (glandulas, tarso, músculo, tecido subcutâneo), com fre-

Recebido para publicação em 30/9/57.

qüência a córnea, as vias lacrimais de escoamento, às vêzes, até a glândula lacrimal.

A doença, tem início por uma epiteliose da conjuntiva, determina, concomitantemente, infiltração difusa linfo-histiocitária da lâmina própria ou córion, em cujo seio, precocemente se manifesta a diferenciação nodular.

Esta fase ativa granulomatosa perdura bastante, e, antes de caminhar para uma lenta cicatrização, encerra uma série de alterações de natureza regressiva, tanto nos elementos do granuloma, quanto naqueles do tecido hospedeiro.

Os fenômenos exsudativos, durante todo o decorrer da enfermidade, são discretos, com exceção dos casos que tiveram início agudo, e durante as infecções banais concomitantes.

O fenômeno cicatricial, capaz de eliminar os produtos da flogose e da degeneração, e de reparar os malefícios causados pela doença, se realiza lentamente e de maneira desordenada e irregular em especial modo por causa das frequentes recidivas e recrudescentes.

Esta cicatrização, portanto, determina com o tempo, uma soma de sequelas que podem perturbar mais ou menos profundamente a cito-arquitetura e a estrutura dos tecidos atingidos, podendo-se acompanhar de infiltrações patológicas degenerativas, que imprimem, por vezes, caráter peculiar a êste período tardio da doença.

Esboçamos, em rápidos traços, em esquema propositalmente simplista, a maneira com que se manifesta ou se desenvolve, sob o ponto de vista histo-patológico, a infecção tracomatosa na conjuntiva, e podemos acrescentar, desde já, que o processo segue o mesmo ciclo evolutivo, embora com pequenas variantes, em todos os demais tecidos atingidos pela enfermidade.

* * *

É ponto de vista firmado pela maioria dos Autores modernos, que o tracoma, doença infecciosa própria do homem, atacando indiferentemente o aparelho ocular de ambos os sexos, em todas as idades, tem uma etiologia "a virus".

Agitam-se ainda numerosos problemas que aguardam sua solução, em torno dos quais trabalham numerosos pesquisadores de Escolas diversas, procurando a natureza, os caracteres químico-biológicos e a modalidade de desenvolvimento e transmissão do virus em pauta.

O agente do tracoma é um virus de grandes dimensões, filtrável, embora com dificuldade (THYGESON, POLEFF, Ito e Colab., BLAND,

MACCHIAVELLO, STEWART, BADIR e BIETTI). Desenvolve-se mal em meios de cultura ordinária, pode ser cultivado "in vitro" sobre tecidos excizados (DE ROETHH, POLEFF, BARSKI, HISHIHARA e Colab., BUSACCA, MITSUI). Seu cultivo é mais garantido no saco vitelino do ovo fecundado de galinha (MACCHIAVELLO, POLEFF, STEWART e BADIR).

É patogênico para o homem e, de maneira menos intensa, para o macaco (BERTARELLI, CECCHETTO, NICOLLE, JULIANELLE, WILSON, NATAF, BLAND, PAGES, MARTIN, STEWART e BADIR). Pode da mesma maneira desenvolver-se em alguns órgãos (olho, cérebro) de animais de laboratório (BUSACCA, POLEFF, CIOTOLA, ARAKAWA e KITAMURA, MICHAIL, PACURARIU etc.) e sobretudo no testículo e na sua vaginal onde pode talvez sofrer processo de purificação (STEWART, JULIANELLE-HARRISON, OGUCHI e Colab., BUSACCA, CUENOD e NATAF, OCHI e HUZUYAMA, POLEFF).

No epitélio conjuntival dos indivíduos tracomatosos, o vírus se apresenta sob forma corpuscular, e, precisamente nestas células, foi individualizado em 1907 em Giava por HALBERTSTAEDTER e PROWAZEK e descrito com o nome de "inclusões protoplasmáticas ou clamidozoon".

É conhecido o ciclo evolutivo de tais inclusões epiteliais. Segundo as observações de THYGESON, confirmadas por outros Autores modernos, tem início nos corpos elementares livres, os quais penetrados nas células, transformam-se, por sua vez, em corpos de transição, e depois por sucesivos subdivisões e acréscimos, em corpos elementares, que invadem a maior parte do citoplasma e finalmente determinam a deiscência celular e sua máxima liberdade.

O problema da catalogação do agente do tracoma é dos mais debatidos e, particularmente nestes últimos vinte anos, os Autores, que se interessam pelo assunto, não conseguiram chegar a conclusão concordante e satisfatória.

Do grande número de estudos feitos neste sentido, aflora com evidência o fato de ter este agente patogênico caracteres particulares capazes de diferenciá-los dos "euvirus" ou vírus típicos, isto é, que tenham dimensões grandes, escassa filtrabilidade, sensíveis aos antibióticos com o ciclo de variações morfológicas que se estendem do estágio de corpúsculos elementares (300-400 micra) até o dos corpos iniciais (1-2 micra de diâmetro). Portanto deve ser inscrito entre os chamados pseudo-virus de TROLL.

De acôrdo com BLAND, o agente do tracoma tem notáveis afinidades de caracteres com o da conjuntivite por inclusão, da psitacose e afecções semelhantes a esta e da linfogranulomatose inguinal.

Este agente etiológico representaria portanto, juntamente com os demais já assinalados uma classe especial de transição entre as rickettsias e os virus maiores, classe a que BLAND denomina de "virus basófilos". Para o mesmo grupo (linfogranuloma, psittacose, tracoma etc.), MASHKOWSKY propõe o nome da família das "clamydozoáceas" e tal classificação e denominação é aceita por RAKE, THYGESON, BIETTI (ver quadro I).

Podemos portanto concluir, acompanhando o ponto de vista dos estudiosos mais autorizados no assunto, que o tracoma ocupa posição particular no quadro das viroses, e muito provavelmente pertence à família das "clamydozoáceas", possui caracteres peculiares que o distinguem das rickettsias e dos grandes virus.

É portanto um virus "sui generis" no dizer de BIETTI, pouco filtrável, com forma corpuscular visível, representada por inclusões de H.P. e seus derivados, e provavelmente existindo também sob forma invisível.

* * *

O virus agride os tecidos oculares através da mucosa conjuntival na qual determina uma "epiteliose" (LEBER-TABORISKY etc.).

A localização primitiva do agente do tracoma, portanto se dá no epitélio conjuntival. Atualmente os modernos pesquisadores estão perfeitamente de acôrdo, com relação a este ponto de vista.

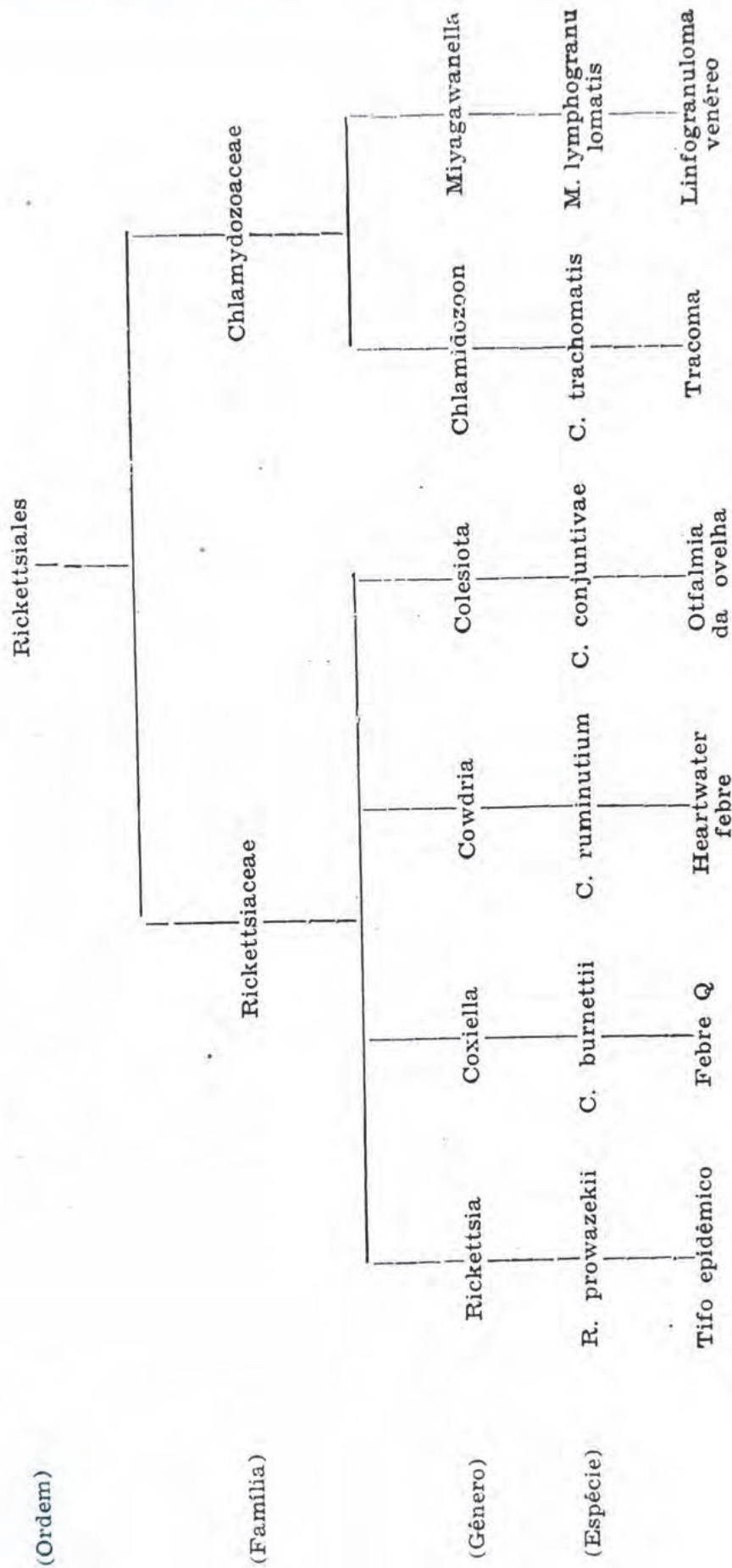
Se para alguns Autores (AXENFELD, MICHAIL e VANCEA, THYGESON, FOLEY e PARROT, ISHIARA, WILSON, MITSUI e Colab., BRALEY etc.) o epitélio seria a séde permanente do virus, para os outros (LOWENSTEIN, MACCALLAN, BUSACCA, POLEFF, CUENOD e NATAF, SCUDERI, POSTIC) se localizaria igualmente no córion, na submucosa, no tarso e no músculo.

Tal possibilidade é negada categoricamente por THYGESON e por alguns Autores Japonezes, os quais julgam que as alterações do córion são determinadas por uma exotoxina.

MITSUI, TANAKA e JAMASHITA procuraram com suas pesquisas provar este ponto de vista; todavia a exotoxina, isolada por eles, não foi capaz de determinar por sua instalação repetida e consecutiva, um verdadeiro quadro de tracoma experimental, mas apenas conjuntivite folicular leve e de breve duração.

QUADRO I

CLASSIFICAÇÃO DOS RICKETTSIALES



(de BLANK H. e RAKE G. — Viral and Rickettsial diseases).

Aquêles que sustentam o epitéliotropismo exclusivo pelo vírus tracomatoso, têm sua afirmação fundada sôbre os seguintes fatos:

- I — Podendo-se transmitir a doença com o uso apenas de material tracomatoso epitelial, não é possível o contágio, quando se usa apenas tecido de infiltração do córion e da sub-mucosa;
- II — É impossível determinar um tracoma experimental inoculando o material infetante, abaixo do epitélio, seguindo a via transpalpebral, isto é "ab externo".

Estas duas pilastras fundamentais sofreram, nestes últimos tempos algumas lesões devidas a verificações clínicas, anatomo-patológicas e experimentais. De fato as pesquisas realizadas há alguns anos sôbre voluntários, na Clínica Oftalmológica da Universidade de Catânia, possibilitaram provar que em pequeno número de casos, o tracoma pode ser transmitido, no homem, ao inocular a polpa do folículo e o material de infiltração na submucosa.

POLEFF, BUSACCA, CUENOD e NATAFF, verificaram a presença do vírus e o cultivaram em tecidos mesenquimatosos, quais sejam a polpa linfática do nódulo, o tecido iriano, a vaginal do testículo; MACCHIAVELLO usou, para as suas culturas, a polpa de folículos tracomatosos que era inoculada no saco do ôvo de galinha fecundado e incubado, e o vírus era assim inoculado no homem, após várias pasagens, com êxito positivo.

Recentemente CHAMS, MOHSMINE, ABMINE, reproduziram experimentalmente no homem o tracoma, ao inocular fragmentos triturados de tarso oriundos de dois enfermos que não haviam feito nenhum tratamento.

É notório que, na fase pré-cicatricial da doença é quase que impossível encontrar inclusões no seio das células epiteliais escuriadas.

Ainda está suficientemente documentado pelas nossas pesquisas e pela dos demais Autores, que a tarsite ou miosite intersticial é o achado freqüente em estado de infiltração, naqueles indivíduos atacados por tracoma cicatricial ou mesmo desaparecido totalmente.

Ora, se a flogose tarsal e muscular é determinada por toxinas (segundo sustentam os defensores do epitéliotropismo exclusivo do vírus), de onde provêm estas últimas, se conforme já afirmamos, as inclusões não mais são encontradas ?

Ao concluir, nós pensamos que o agente do tracoma, que num primeiro momento tem epitéliotropismo, se introduz depois na submucosa, no tarso e no músculo. Este conceito encontra apóio, nas nossas pesquisas e na convicção de muitos tracomatólogos como LOWENSTEIN, MACCALLAN, BUSACCA, POLEFF, CUENOD e NATAFF, POSTIC.

Este último estudioso admite até que o vírus, com o tempo, perca sua particular atitude epitéliotrópica e adquira, uma neuroeletividade capaz de o levar para as formações nervosas peri-vasculares.

Nossos atuais meios de indagação, longe de serem perfeitos, ainda não são capazes de nos dar segurança absoluta sobre a presença sistemática do vírus, no seio das alterações dos tecidos palpebrais diferentes do epitélio; é provável, entretanto, que exista também uma forma invisível do vírus como fazem pensar os estudos experimentais de WILSON, BLANC, MARTIN e PAGES, STEWART e BADIR, e, aceitos também por POLEFF, BLAND, BIETTI, MEESMANN, GOOSFELD e SCUDERI.

* * *

A localização do vírus no epitélio da conjuntiva determina modificações desta camada que são as primeiras a aparecer na evolução do processo e que foram observadas e descritas principalmente por TABORISKY.

O conjunto de tais lesões epiteliais foi denominada "epiteliose". Desta voltaremos a falar mais detalhadamente em capítulos sucessivos. Aqui desejamos relevar sua prioridade cronológica e o fato de serem constituídas por fenômenos proliferativos e metaplásicos e ainda por modificações de tipo regressivo e degenerativo.

As alterações mais evidentes restam adstritas à camada adenoídiana e estas alterações caracterizam um pouco toda a fisionomia histopatológica do tracoma da conjuntiva. São constituídas pelo edema e pela infiltração difusa do córion representado prevalentemente por células linfocitárias, em pequena margem por elementos do sistema retículo histiocitário, em pequeno número, por monócitos, por plasmacellen, às vezes por granulócitos neutrófilos, especialmente quando o processo tem início de maneira aguda ou quando é acompanhado por infecções intercorrentes.

Entretanto a resposta, para nós, a mais característica ao estímulo determinado pelo vírus, é constituída pela presença do nódulo tracomatoso.

De fato, como teremos oportunidade de ver mais adiante, tem todos os atributos dos granulomas específicos, semelhante que é àquêles de tantas outras infecções como o da sífilis, o da tuberculose, etc.

Da mesma maneira que a célula gigante de Langhans é típica, se não específica do tuberculo, o elemento de Sternberg é também típico se não específico do linfogranuloma maligno, da mesma maneira que as células de MOAURO-LEBER, as células vesiculosas de LOPES de ANDRADE, os mononucleados com granulação acidófilas de FAVALORO, elementos todos de natureza histiocitária, com peculiares características regressivas, constituem, mesmo sem ser específicas, uma característica especial do nódulo tracomatoso na fase de seu pleno desenvolvimento morfológico.

Conforme ADDARIO já há muitos anos o havia descrito e de maneira bem completa, o nódulo se nos apresenta constituído por duas zonas não perfeitamente delimitadas: uma, central, constituída prevalentemente por células epiteliais (entre as quais são visíveis alguns elementos característicos: células de MOAURO-LEBER, de LOPES de ANDRADE, de FAVALORO, macrófagos) e outra periférica, na qual predominam os linfócitos.

Ao redor dêste granuloma, da mesma maneira que nos demais processos inflamatórios crônicos de tipo proliferativo, o tecido conjuntivo prolifera, e procura circunscrever o processo patológico.

Um comportamento próprio do tuberculo, é a probreza, ou melhor às vêzes a absoluta falta de vasos no seio do nódulo tracomatoso, e a facilidade com que desaparecem os vasos de pequeno calibre que por ventura se encontram nestes sítios, por exuberante proliferação da íntima.

Provavelmente, por defeito de vascularização dos elementos que já são lábeis por natureza, e que sofreram a ação do virus ou de suas toxinas, há uma tendência marcante do nódulo de evolver para a necrose central, presumivelmente, portanto, de natureza isquêmica.

Assim sendo, da mesma maneira que o tubérculo e a goma, o nódulo tracomatoso pode evolver para uma fase degenerativa necrótica na área central epitelióide.

Tenha ou não lugar, a necrose aparece finalmente graças à proliferação dos elementos histiocitários e muito especialmente dos fibroblastos, advindo uma fase de reparação que às vêzes pode ser insuficiente e incompleta, outras superior às necessidades locais e portanto exuberante e excessiva.

Todos estes caracteres e estas analogias com outros granulomas nos levam a crer que seriam suficiente para dirimir dúvidas no espirito daqueles que negam haver real diferença de estrutura entre o nódulo tracomatoso e o folículo linfático encontradiço na conjuntiva, mesmo em condições normais.

Reforçando os conceitos já emitidos, podemos concluir que a doença tracomatosa se manifesta sob o ponto de vista histopatológico como uma epiteliose primitiva acompanhada por infiltração difusa do córion no qual se notam formações nodulares típicas.

Na longa fase granulomatosa, encontramos, no seio dos nódulos, fenômenos degenerativos, chegando até a necrose, não desprezíveis tanto na evolução histológica da lesão quanto sob o ponto de vista clínico.

O período final, como em tôdas as flogoses crônicas, é constituído pela proliferação conjuntival, com finalidade reparadora.

Onde houve perda de substância, em decorrência da necrose, o tecido cicatricial pode ser particularmente abundante, e suprimindo às necessidades de reparação, adquire caracteres de hipertrofia.

O quadro evolutivo do processo tracomatoso da conjuntiva a que fizemos referência, é repetido com características semelhantes no tarso, no músculo, no saco lacrimal, na córnea.

Portanto julgamos não poder falar nestas localizações de manifestações secundárias devidas a complicações, mas de verdadeiro tracoma, possuindo todos os atributos e as mesmas fases do tipo conjuntival. Não podemos esquecer, porém, que nos tecidos possuidores de estrutura e constituição diferente, também diversa será a resposta e a reação à "noxa" patogênica.

Assim sendo, ao mesmo tempo que a analogia é quase perfeita entre o tracoma da conjuntiva e o da mucosa das vias lacrimais de escoamento, um tanto diversa é a evolução e as manifestações histopatológicas do tracoma da córnea, onde são raras as formações nodulares e muito discretos em geral os resíduos cicatriciais, ao passo que somente nas formas graves, os fenômenos hiperplásicos e degenerativos adquirem importância especial.

No tecido conjuntivo compacto do tarso é muito difícil encontrar o granuloma em seu completo desenvolvimento, embora tenham sido descritos por nós e por outros Autores, anteriormente, grânulos rudimentares (1).

(1) Reportemo-nos, por analogia, a outras doenças por exemplo o reumatismo articular crônico, em que a lesão específica granulomatosa, o nódulo de Ashoff é encontrado no miocárdio com freqüência muito maior do que nos demais tecidos e órgãos embora em se tratando de doença geral que interessa difusamente o tecido mesenquimatoso.

Nestas localizações, a infiltração em regra é difusa e nunca se apresenta exuberante. O tecido conjuntivo porém reage ao estímulo flogístico com uma atividade proliferativa marcada. Assim os fenômenos mais evidentes são no tarso junto com a proliferação retículo-endotelial, a degeneração de zonas mais ou menos extensas do tecido, e a fibrose secundária que as vezes pode assumir aspectos de particular exagêro.

Nas glândulas de Meibomio, ao contrário, bem como nas glândulas lacrimal e na accessória, é visível uma "epiteliose" que se apresenta com aspecto semelhante ao da conjuntiva.

No músculo, finalmente o tracoma desenvolve todo seu ciclo evolutivo como se processasse na mucosa. O fato de nem sempre ser possível demonstrar histologicamente as lesões do período infiltrativo, não é devido à falta destas lesões (pois que as vezes são verdadeiramente importantes), mas decorre da escassa possibilidade que tem o histologista de examinar o músculo nesta fase, quando clinicamente a co-participação do orbicular, é representada somente por uma leve camada, de turgor e suculência dos tecidos palpebrais.

Resumindo: O tracoma é uma flogose crônica "a virus" que não interessa apenas a conjuntiva, mas que pode atacar quase todos os tecidos palpebrais, as vias lacrimais de escoamento, a córnea.

Em tôda parte se manifesta e evolve de maneira análoga concomitante, o que me parece seguramente demonstrável.

BIBLIOGRAFIA

- ARAKAWA S., KITAMURA, O. — Japan, J. Exp. Med. 20, 679, 1950.
 BARDELLI, L. — Il tracoma Ed. Marzocco. Firenze 1940.
 BIETTI, G. B. — Progr. Ophth. 2, 232 — Ed. Karger — Bale 1953.
 BIETTI, G. B. — Il tracoma. Ed. Alto Com. Igiene e San. Pub. Roma 1947.
 BIETTI, G. B. — Scientia Medica Ital. 3, 827, 1954.
 BIETTI, G. B. — Rev. Int. Trach. 33, 201, 1956.
 BIRSCH-HIRSCHFELD, A. — Zur Pathol. Anatomie Therapie des Trachoms nach histol Untersuchungen des Tarsus u. seiner Bindehaut. Verlag S. Karger Basel, Leipzig 1938.
 BIRCH-HIRSCHFELD, A. — Rev. Int. Trach. 14, 13, 1937.
 BOLDT, J. — Das Trachom. Ed. Hirschwald, Berlin 1903.
 BUSACCA, A. — Rev. Inter. Trach. II, 204, 1934.
 BUSACCA, A. — XV Congr. Int. Opht. Cairo, 5, 101, 1938.
 BUSACCA, A. — Biomicroscopie et Histopathologie de l'oeil. Ed. Schweizer Duruck, Zurich, 1952.
 BUSACCA, A. — Fol. Clin. biol. 2, 164, 1938.
 BUSACCA, A. — Rev. Int. Trach. 30, 209, 1953.

- BLANK, H. e RAKE, G. — *Viral and Rickettsial Diseases of the Skin, Eye, and Mucous Membranes of Man*. Ed. Churchill, London 1955.
- BRALEY, A. E. — *Arch. Ophth.* 22, 393, 1939.
- CAVARA, V. e BIETTI, G. B. — *Le manifestazioni oculari delle malattie da virus e da rickettsie*. Ed. Cappelli, Bologna, 1952.
- CANGE, M. A. — *Le trachome*. Ed. Bailliere, Paris 1934.
- CHAMS, MOHSENINE, ARMINE, — *Rev. Int. Trach.* 30, 465, 1953.
- CHAMS — *Rev. Inter. Trach.* 31, I, 1954.
- DOR, L. — *Rev. Int. Trach.* 27, 65, 1950.
- DERKAC, V. — *Klin. Mon. Augen.* 99, 596, 1937.
- ELSTE, E. — *Rev. Int. Trach.* 30, 395, 1953.
- EARECKSON, J. — *Am. Jour. Opht.* 32, 702, 1949.
- FAVALORO, G. — *Riv. Ital. Trac. Pat. Ocul. Es. I*, 11, 1949.
- FAVALORO, G. — *Riv. Ital. Trac. Pat. Ocul. Es. I*, 13, 1949.
- HELMBOLD, R. — *Das trachom*. Ed. Nissenschaftliche — Stuttgart 1948.
- HIDEHISA FUJUYAMA, M. — *Rev. Int. Trach.* 33, 258, 1956.
- HALBERSTAEDTER, L., PROWAZEK, von S. — *Arb. Kaiserl. Gesundh.* 26, 44, 1907.
- HALBERSTAEDTER, L., PROWAZEK, von S. — *Klin. Monat. Augenh.* 47, 646, 1909.
- JULIANELLE, L. A. — *Amer. Jour. Opht.* 23, 633, 1940.
- LARMANDE, A. — *Soc. Franc. d'Opht.* 89, 1949.
- LARMANDE, A. e TOULANT, M. — *Rev. Inter. Trach.* 3, 299, 1955.
- LOHLEIN, W. — *In Hand. d. spez. path. Anatomie E. Henke e O. Lubarsch*, 2 Bd. I 98 Springer, Berlin 1928.
- MACCHIAVELLO, A. — *Rev. Ecuat. Hig. Med. Trop.* I, 211, 1944.
- MAC CALLAN, A. F. — *Rev. Inter. Trach.* 29, 235, 1952.
- MAC CALLAN, A. F. — *Trachoma*, Ed. Butterworth e C., London 1936.
- MICHAIL, D. — *XV Congr. Inter. Opht. Cairo*, 5, 101, 1938.
- MITSUI, Y. — *Amer. Jour. Opht.* 32, 1189, 1949.
- MITSUI, Y., TANAKA, C., YAMASHITA, K. — *W. O. Trachoma*, 21 Ott. 22, 1951.
- MORAX, V. e PETIT, P. J. — *Le trachome*. Ed. J. Morax. Paris 1929.
- NAOJUKI MORI — *Rev. Int. Trach.* 33, 431, 1956.
- NATAF, R. — *Rev. Int. Trach.* 27, 56, 1950.
- NATAF, R. — *Le trachome*. Ed. Masson e C. Paris 1952.
- OGUCHI, Ch. e MAJIMA, K. — *Chuo-Ganka-Iho*, 4, 43, 1938.
- OKAMURA, K. e MITSUI, Y. — *Acta Soc. Opht. Jap.* 43, 95, 1939.
- PAPARCONE, E. — *Il tracoma*, Soc. Ed. Libreria, Milano 1922.
- PASCHEFF, R. C. — *Rev. Int. Trach.* 28, 171, 1952.
- PETERS, A. — *Das Trachom*. Ed. S. Karger, Berlin 1935.
- POLEFF, L. — *Arch. d'Opht.* 10, 202, 1950.
- POLEFF, L. — *Documenta Ophtalm.* 2, 297, 1948.
- POLEFF, L. — *Arch. d'Opht.* 2, 517, 1938.
- POLEFF, L. — *Rev. Int. Trach.* 31, 434, 1954.
- POSTIC, S. — *Klin. Mon. Augen*, 123, 331, 1953.
- SCHIECK, F. — *In Kurzes Hand der Opht.* IV, 62, Ed. Springer, Berlin 1931.

- SCUDERI, G. — Arch. Scien. Med. 76 n. 3, 1951.
 SCUDERI, G. e BELLOMIO, S. — Riv. It. Trac. Pat. Oc. Es. IV, 121, 1952.
 SCUDERI, G. — Riv. It. Trac. Pat. Oc. Es. IV, 195, 1952.
 SCUDERI, G. — Riv. It. Trac. Pat. Oc. Es. VI, 43, 1954.
 SASAKI, Y., ITO, Y. — Brit. Jour. Opht. 35, 553, 1951.
 STARGARDT, K. — Arch. Ophth. 69, 525, 1909.
 TABORISKY, J. — Rev. Int. Trach. 16, 65, 1939.
 TABORISKY, J. — Ophthalmologica, 123, 383, 1952.
 THYGESON, P., STONE, W. — Arch. Ophth. 27, 91, 1942.
 THYGESON, P. — Arch. Ophth. 42, 655, 1949.
 THYGESON, P. — Rev. Int. Trach. 32, 421, 1955.
 THYGESON, P. — Am. Jour. Opht. 34, 7, 1951.
 TSUTSUI, J. — Rev. Int. Trach. 30, 307, 1953.
 VICTORIA, V. — El Trachoma. Ed. Ateneo Buenos Aires, 1947.

NOSSA EXPERIÊNCIA COM O ESTABELECIMENTO DO TREINAMENTO ORTÓPTICO NO BRASIL

MOACYR E. ALVARO

M.D., F.A.C.S.

Quando se considera o grande número de oftalmologistas existentes hoje no mundo inteiro, prestando serviços profissionais a centenas de milhões de pessoas que ainda não têm à mão as facilidades necessárias para tratar adequadamente de seus doentes de estrabismo torna-se evidente que é de utilidade darmos a êsses colegas informações sôbre nossa experiência em estabelecer a possibilidade de ter organizadamente treinamento ortóptico, um método de tratamento que todos reconhecemos como essencial, de maneira a que muitos se sintam encorajados a fazer a mesma coisa.

Em primeiro lugar, é necessário que tôdas as pessoas interessadas em cada comunidade possam compreender as idéias atuais sôbre o tratamento do estrabismo. Se esta educação não for feita, será de pouca utilidade o estabelecimento da facilidade de treinamento, e o pessoal treinado não encontrará campo para suas atividades.

Quais são as pessoas às quais se deve fazer sentir que o problema existe ?

Naturalmente, os oftalmologistas devem ser considerados em primeiro lugar. Lembro-me que, ao regressar do XIV Congresso Internacional de Oftalmologia realizado em Madrid, cheio de entusiasmo pelo novo método de tratamento do estrabismo, encontrei dificuldade em conversar com os meus colegas mais velhos, os quais não queriam saber dêsses métodos "modernos". Tinha que ser feito um proselitismo. Alguns dos colegas mais velhos tinham que ser persuadidos a falarem a mesma língua dos jovens. Trabalho após trabalho teve

que ser apresentado perante as diferentes sociedades de oftalmologia, acentuando a importância das novas idéias.

Palestras a grupos de médicos em outros ramos da medicina, especialmente os pediatras também eram necessárias, por duas razões: primeiro, porque se fôssemos esperar que os pais aceitassem métodos de tratamento inteiramente estranhos para eles, era necessário ter o apoio do médico da família: em segundo lugar, nossos colegas já estavam ficando interessados nas idéias "novas", sabendo delas através do "diz que diz que" e de colegas pediatras ou clínicos gerais, que lhes perguntavam a respeito desses métodos de tratamento. Lembro que diversos colegas, alguns deles tendo mais idade que eu, me procuravam a fim de perguntar onde poderiam adquirir um amblioscópio, pois haviam sido atormentados pelos pediatras que insistiam no tratamento de seus pequenos pacientes por estes métodos modernos.

O terceiro grupo a ser procurado consistia daqueles diretamente responsáveis pela educação da criança. Este grupo incluía as professoras, os grupos de pais e professores e, especialmente, os médicos inspectores das escolas. Evidentemente, o assunto se presta para um tratamento dramático que não deve ser negligenciado. Qualquer pessoa compreenderá facilmente que uma criança estrábica tem um complexo de inferioridade, e que consequentemente deve-se fazer alguma coisa a fim de corrigir o defeito.

Entretanto, é difícil fazer os pais compreenderem que o propósito do treinamento ortóptico não é somente a correção do aspecto físico mas, em particular, o estabelecimento da visão binocular simultânea, com todas as suas vantagens.

A fim de ajudar as pessoas leigas a compreenderem isso encontramos muito efetivo uma simples demonstração da visão binocular ser essencial à percepção de relêvo. Muitos de nós pronunciavam palestras perante diferentes grupos, onde pedimos o auxílio de duas pessoas por vez da assistência. Uma dessas segurava o lapis verticalmente com a ponta para baixo. Aquêles que estava sendo examinado, segurava outro lapis verticalmente, em baixo, de ponta para cima. Este deveria tocar as pontas dos lapis, primeiramente com ambos os olhos abertos e depois com um olho fechado.

Uma experiência semelhantemente foi feita para a Associação Paulista de Medicina, durante a inauguração de seu novo prédio. Entre os "exhibitis" da secção de oftalmologia havia uma mesa sobre

a qual foi fixada um dispositivo para colocar a cabeça com um oclutor ocular. Adiante, um prego estava firmemente fixado no centro da mesa, e outro prego estava preso a uma corrente. Havia na mesa instruções mimeografadas do exame de tocar as pontas dos pregos: o exame também foi explicado por um assistente. Milhares de pessoas passaram pela exposição durante os dias de visitas públicas, e este era o "exhibit" de maior sucesso, porque havia um quadro de uma criança estrábica com o título "Você sabe o que quer dizer ser estrábico?"

Em 1937, os oftalmologistas, brasileiros já sabiam que havia alguma coisa de novo no tratamento do estrabismo, além de prescrever e cirurgia eventual. Ficou então decidido que o tema oficial para o próximo Congresso Brasileiro de Oftalmologia, a ser realizado em 1939, deveria ser o estrabismo, incluindo a etiologia e o tratamento médico e cirúrgico. Isto aconteceu porque os próprios pacientes estavam ficando ao par dos novos métodos. Vários colegas me disseram que muitos dos pais de seus pacientes estrábitos os tinham perguntado se não achavam recomendável ocluir um dos olhos do paciente, pois souberam que a filha do fulano ou sicrano tinha tido esse tratamento e já estava muito melhor.

Em 1939, foram apresentados os trabalhos oficiais sobre o estrabismo e o modo de pensar modificou-se. Oficialmente, pelo menos, tornou-se evidente que havia um outro tratamento além de óculos e tenotomias. Naturalmente, ainda havia muitos incrédulos. Lembro-me que um dos colegas que deveria apresentar o relatório sobre o novo tratamento foi avisado por um colega mais velho que o seu trabalho era demasiadamente revolucionário para ser lido. Apesar disso ele apresentou o relatório e terminou com as seguintes palavras: "Estas são as idéias agora aceitas no mundo atualmente de acordo com..." seguindo por uma lista impressionante de nomes de Autores proeminentes e internacionalmente conhecidos que estavam a favor do novo método.

Aos poucos, mais e mais médicos brasileiros demonstraram interesse nas possibilidades do estabelecimento de facilidade para o treinamento ortóptico, a fim de que os seus pacientes pudessem ser adequadamente tratados com aparelhos modernos, por técnicas corretamente treinadas.

Era evidente para a maioria que a fim de obter o êxito do treinamento ortóptico, deveríamos ter técnicas e não médicos para fazer o próprio treinamento. O tempo valioso do médico tornaria o custo do tratamento proibitivo para a maioria. Entretanto, alguns médicos

estavam pessoalmente fazendo o tratamento, mas de um modo amador, pois não tinham o treinamento adequado apesar de possuírem, às vezes, bons conhecimentos teóricos do assunto. Naturalmente, aqueles médicos estavam contrários à idéia das técnicas, porque pensavam que o treinamento que estavam administrando era suficiente. Outros eram contrários à idéia das técnicas pelo princípio geral de que somente pessoas com diploma de médico deveriam ser encarregadas de qualquer tipo de tratamento, apesar da prática geral nos consultórios da maioria dos médicos de delegar muitos tratamentos às enfermeiras e outras técnicas.

Os anos de guerra, 1939 a 1945, dificultaram o estabelecimento de treinamento ortóptico como tal no nosso país. Em visitas frequentes aos Estados Unidos durante aqueles anos, tentei repetidas vezes obter uma técnica qualificada que viesse ao Brasil treinar um grupo de nossas moças que já estavam interessadas. Entretanto, naquela época era limitado o número de técnicas nos Estados Unidos e era difícil encontrar uma pessoa que tivesse vontade de vir.

Experiências anteriores ensinaram-nos que era melhor obter uma professora que viesse ao Brasil do que enviar uma ou duas de nossas moças qualificadas para aprender nos Estados Unidos e voltar ao Brasil para ensinar. Uma de cinco de tais moças enviadas aos Estados Unidos para estudar têm voltado para casar e abandonar a carreira. Outro risco, sempre presente, é que a moça decidira ficar nos Estados Unidos.

Finalmente tivemos a sorte de ter SIR STEWART DUKE-ELDER nomeado uma técnica bem qualificada para vir ao Brasil por um período de nove meses.

Agora tínhamos a técnica e diversas moças já estavam interessadas, mas isto não era só. Quem iria financiar o projeto? Se fôsse feito somente por um grupo, isso não seria difícil, o projeto fracassaria parcialmente, porque naturalmente os outros grupos se oporiam. O projeto tinha que ser aprovado por todos os grupos interessados. Finalmente todos os grupos concordaram em auxiliar no financiamento. Atualmente a maioria das despesas foram cobertas pelas taxas de inscrição dos seis estudantes, algumas pagas pelas próprias estudantes, outras pelas clínicas que necessitavam dos serviços da futura ortoptista.

Naturalmente o grupo de estudantes tinha sido escolhido previamente. Exigimos diplomas de professora ou equivalente e uma perfeita compreensão do inglês.

O primeiro curso teve êxito, e imediatamente após seu término, tôdas as técnicas foram trabalhar em diversas clínicas. Miss Mayou, a professora inglesa, tinha trasido com ela os aparelhos em duplicata. Porisso, alguns dias após sua chegada em Agosto de 1947, foi possível iniciar não somente o ensino mas também a primeira clínica de treinamento ortóptico, estabelecido no Centro de Estudos de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina em São Paulo.

Desde aquela época tivemos seis cursos anuais, atualmente êles tem uma duração de mais ou menos 18 meses. O programa para os primeiros nove meses inclue o estudo teórico com a vantagem prática de fazer o serviço de rotina sob a supervisão de uma técnica formada. Os últimos nove meses de treinamento são passados em diversas clínicas de treinamento ortóptico. Como resultado há agora no Brasil técnicos bem treinados. Diversas pessoas já vieram de repúblicas vizinhas para fazerem cursos de aperfeiçoamento, mas, ao meu conhecimento, não há nenhum outro lugar na América do Sul na qual existem cursos adequados e organizados para treinamento ortóptico.

Os requisitos para admissão são ainda os mesmos. As candidatas deverão mostrar conhecimentos básicos adequados de medicina, óptica, oftalmologia em geral e especialmente motilidade. Isto é feito por exames orais sendo os examinadores membros do corpo docente da Escola Paulista de Medicina. As candidatas também fazem exames de proficiência e compreensão da língua inglesa, desde que até agora os livros de texto são escritos em inglez.

Não resta qualquer dúvida a respeito dos excelentes resultados da introdução do treinamento ortóptico no Brasil. As estatísticas demonstrando os resultados com ou sem tratamento ortóptico mostram isso por si próprias.

Um fato, a importância do qual não deve ser esquecido, é mais e mais pessoas sabem agora que "exercícios" poderiam auxiliá-los e, consequentemente, os exigem. Isto é acessório a fazer com que até os médicos incrédulos indiquem o treinamento ortóptico.

Infelizmente, médicos com pouca ética irão tirar vantagem do programa para receitar exercícios ortópticos quando não há qualquer indicação para aquêle tipo de tratamento. Isto não é mau somente por si, mas no fim terá um efeito desmoralizador sobre o valor do tratamento.

Algumas técnicas criaram dificuldades desejando estabelecer-se independentemente o que, naturalmente, é contra a lei federal de nosso país. Também fizeram esforço para modificar a legislação vigente

Estamos enfrentando isso pela indocinação dos estudantes, durante o curso, com a idéia de que a posição ética de uma técnica exige que ela trabalhe sempre sob a supervisão de um oftalmologista qualificado. No futuro pretendemos exigir que no dia da formatura façam um juramento de que não trabalharão de outra maneira.

Há uma grande procura de técnicas. Mais e mais oftalmologistas estão procurando seus serviços. Em futuro próximo teremos que estabelecer mais cursos de treinamento ortóptico em outras regiões do Brasil e nas repúblicas vizinhas. Cremos que está na hora do Conselho Ortóptico Americano tornar-se Pan-Americano, a fim de que o desenvolvimento futuro do treinamento ortóptico nas Américas possa ser guiado na direção certa.

ASPECTOS DA CEGUEIRA NA BAHIA (*)

DAULETE G. PASTOR

Assistente da Fundação Sta. Luzia

Na Bahia harmonizam-se a Fundação Sta. Luzia e o Instituto dos Cegos. A primeira na profilaxia da cegueira e o último na proteção aos desprovidos da visão. Aquela cuidando dos ameaçados da perda do mais salutar e importante dos sentidos, seja a visão, esta preocupada no amparo destes que estão privados do mais alto dos sentidos.

Incentivado pelo prof. Colombo Spínola, Presidente da Fundação Sta. Luzia, fundador do Hospital do mesmo nome e uma das maiores autoridades da profilaxia da cegueira no Brasil, nos dispusemos a pesquisar as causas da cegueira no nosso Estado. Para isto tivemos o apoio decidido e eficaz da direção do Instituto dos Cegos e daqueles que mourejam no Hospital Sta. Luzia. Aqui, a expressão da nossa gratidão.

Da nossa preocupação com os problemas da variação das causas mais frequentes da cegueira de região a região, expomo-nos na feitura de um trabalho sobre este assunto na Bahia, animados ainda mais por uma pesquisa do prof. Colombo Spínola, há cerca de vinte anos, bem assim em buscas das variações em função das campanhas de profilaxia que se houveram neste período para cá. Detivemo-nos na colheita dos elementos no Hospital Sta. Luzia e no Instituto dos Cegos. No primeiro, examinamos duas mil duzentos e oitenta e seis fichas de pacientes atendidos em primeira consulta no semestre inicial deste ano. No segundo, onde se encontram internados para mais de setenta cegos, devido grande número permanecer em férias

(*) Trabalho apresentado ao I.º Simposium de Prevenção da Cegueira — 25/28-VII-57.

Recebido para publicação em 27-9-57.

e outros não serem dêste Estado, tivemos o coeficiente reduzido a cinquenta e seis.

Salientemos em prosseguimento os dados do prof. Colombo Spínola obtidos há cêrca de vinte anos, e os nossos alcançados na fase atual:

Prof. Colombo Spínola:

Conjuntivite de recém-nascido	46,66 %
Sífilis	26,66 %
Glaucoma	6,66 %
Traumatismos	6,66 %
Tracoma	6,66 %
Cegueira hereditária	3,33 %
Sarampo	6,66 %

Nossos resultados em 1957:

CAUSAS	%
Infecções externas	33,92
Enfermidades congêntas e anormalidades do desenvolvimento	30,35
Traumatismos	14,28
Sífilis	12,50
Sarampo	3,57
Varíola	3,57
Alcoolismo	1,78

VISÃO	%
Nula — 28	50
Menor — 1/10 — 28	50

Idade em que contraiu a cegueira	%
Recém-nascido	33,92
Lactente	25
Pré-escolares	7,14
Escolares	14,28
Adolescentes	8,92
Adultos — 21 a 40	8,92
Adultos — 41 a 60	1,78

SEXO	%
Masc. — 36	64,28
Fem. — 20	35,71

Dos cinquenta e seis casos mencionados, coube às infecções externas a maior parcela, ou seja, 33,92 %. No rótulo das conjuntivites dos recém-nascidos e dos lactentes, destes, 33,92 % pertencem, respectivamente, 8,92 % e 17,85 %. Desmembrando-se os 17 casos de infecções exógenas, responsáveis pela cegueira entre as idades, verificamos que aos recém nascidos cabem a quota de 26,31 %, aos lactentes 52,63 %, aos pré-escolares 10,52 %, aos escolares 5,26 % e aos adolescentes 5,26 %. Dos dados supra-citados, as infecções externas nos adultos não contribuíram para aumentar o número de cegos na Bahia, o que nos parece, face ao exposto, que é imprescindível discutirmos em relação as infecções externas dos olhos, os elementos que decorrem da nossa apreciação alusiva ao índice estatístico, observado nos recém-nascidos e nos lactentes. Para que tivéssemos a oportunidade feliz de anunciar o decréscimo vertiginoso do índice de cegueira na Bahia, por conjuntivite dos recém-nascidos, coube ao prof. Colombo Spínola, entre outros, a árdua e espinhosa missão de mobilizar todos os recursos através de uma campanha acendrada, levando o governo do Estado a participar patrioticamente deste nobre e humanitário movimento, sancionando nos moldes do que já havia se estabelecido em S. Paulo, um decreto-lei, que tornava a profilaxia obrigatória, dentro do método de Credé, o qual associado ao aparecimento e a aplicação em série gradativa de antibióticos, reduziu de 60 % para 8,92 %, o total dos casos de cegueira. Mister se faz elucidar, para melhor esclarecimento do assunto em tela, que dos números computados, digamos, 8,92 %, coube á Capital unicamente um caso a registrar, pertencendo ao interior, os casos outros figurados, o que positiva o descaso oriundo talvez, da falta de esclarecimento às populações do hinterland da Bahia.

Outras fontes de elementos que enriquecem o cabedal dos estudos dêsse problema na Bahia, vamos encontrar na Maternidade da Pro-Matre da Bahia e Climério de Oliveira, onde as conjuntivites dos recém-nascidos estão desaparecendo quase completamente, cujos dados até o momento por nós agrupados, positivam claramente, que na Pró-Matre da Bahia onde se faz a profilaxia á base das sulfas, elas têm sido mais frequentes que na Climério de Oliveira a qual usa o proteinato de prata.

Já no Hospital Sta. Luzia, manancial perene de números que falam a realidade oftalmológica da Bahia, podemos constatar do atendimento de doentes matriculados para a primeira consulta, não atingiram as conjuntivites dos recém-nascidos um percentual superior a 0,26 % e, dentre o total das conjuntivites, 2,55 %.

Quanto às conjuntivites nos lactentes, a nossa estatística traz uma curva ascensional, indicando como causa de 17,85 % no total dos casos internados na benemérita Instituição dos Cegos, e 22,63 % das causas de cegueira por infecção externa. Dentro dos limites deste trabalho, presumo mais temível que a conjuntivite dos recém-nascidos. É ainda no Hospital Sta. Luzia, que os números se apresentam para legar a Estatística no primeiro semestre do ano em curso, que os casos sobre o total dos atendimentos, não ultrapassam de 1,31 %, na sua maioria de benignidade comprovada, após medicação adequada. O assunto está a reclamar de maneira gritante, o carinho do Poder Público, sobre quem pesam os deveres sagrados da assistência às populações e principalmente aos lactentes da Bahia.

As enfermidades congênitas e as anomalias do desenvolvimento com cifras de 30,35 %, ocupam o segundo lugar como causa de cegueira dos internados no Instituto dos Cegos. No percentual das mencionadas enfermidades, encontramos com destaque o glaucoma infantil com 17,64 % e as cataratas congênitas, 35,88 %. No estudo das anomalias e enfermidades congênitas, destaca-se, saliência inédita em nosso meio, um caso de criptofalmia, cujo estudo do caso, pretendemos trazer á lume na próxima edição da revista da Fundação de Sta. Luzia.

Aos fatores anteriores com registro de 14,28 % sobre o total dos internados no Instituto dos Cegos, reúnem-se os traumatismos oculares, número muito mais elevado do que aqueles encontrados na pesquisa anterior. Decorre isto, do desenvolvimento industrial que nestes últimos anos vem atingindo o nosso Estado. No Hospital Sta. Luzia, neste 1.º semestre, encontramos 2,66 % do total dos pacientes examinados, predominando a frequência entre 21 e 40 anos com 37 %. As indústrias da Bahia, de um modo geral, cuidam do problema da prevenção dos acidentes oculares.

A sífilis, de 26,66 %, passou para a nossa estatística com 14,28 %; êsses dados resultam tal o seu decréscimo saliente, da participação da penicilina no arsenal terapêutico do combate a esta enfermidade.

O sarampo como a varíola figuram com o índice de 3,57 % sobre o total dos internados, não ficando sem uma participação digna de registro o alcoolismo, com 1,65 %.

Quanto ao problema do tracoma, devido à proibição de internamento de doenças infecto-contagiosas, no Instituto dos Cegos da Bahia, não encontramos no estudo em foco, casos a mencionar. Já no Hospital Sta. Luzia, no 1.^o semestre dêste ano, colhemos o registro de 0,30 % dos doentes levados à primeira consulta.

Com alegria e tristeza fazemos um ponto final nessa dissertação; alegria de participarmos desse magnífico e esplêndido conclave, em que a inteligência sadia e luminosa de tantos nobres e dignos congressistas, emprestaram a solução de um problema que aflige grande número dos nossos patrícios, um concurso distinto e saliente; tristeza que aflora a minha pobre imaginação na contemplação do índice de 70 % no Instituto dos Cegos da Bahia, de cegueira evitável se os meios profiláticos houvessem em favor dêsses infelizes, desprezados do Poder Público, emprestando assistência carinhosa, dádiva suprema que os salvaria da triste contingência de permanecerem qual Milton na sua inditosa e lamentável cegueira, para agraciados com o prêmio do mais divino dos sentidos, como nós outros, trabalharem incansavelmente, pela grandeza, pela felicidade e pelo progresso do nosso querido Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PROF. COLOMBO SPINOLA — A profilaxia da cegueira na Bahia — Arquivo Brasileiro de Cegueira n.º 5 — 1942.
- PROF. COLOMBO SPINOLA — A luta social contra a Cegueira — Arquivos Brasileiros da Profilaxia de Cegueira n.º 4 — 1941.
- PROF. COLOMBO SPINOLA — A luta contra a Cegueira na Bahia — Arquivos Brasileiros de Profilaxia da Cegueira n.º 3 — 1941.
- PROF. COLOMBO SPINOLA — Em prol da visão dos recém-nascidos — Rev. de Pediatria e Puericultura da Bahia — 1940.
- DR. CASTRO BARRETO — Estado geral e prevenção da Cegueira — Laboratório Clínico — Julho-Agosto de 1945.
- PROF. MARIN AMAT — Das causas de la ceguera de los niños en España — Archivos de la Sociedad Oftalmologica Hispano-Americana — Septiembre 1951.
- DR. THEONILLO AMORIM — Considerações em torno dos corpos estranhos no globo ocular — Bahia Médica n.º 5 — 1954.

"TUMORES ÓSSEOS DA ÓRBITA" (*)

ATALIBA MACIEIRA BELLIZZI ()**

Dos 42.630 doentes registrados nos 19 anos de existência do Instituto Nacional de Câncer, 154 o foram com o diagnóstico clínico de lesão blastomatosa primitiva ou afim do olho ou da órbita. Esse número é no entanto, relativo, uma vez que, alguns desses enfermos, por motivos diversos, não chegaram a completar os exames subsidiários, indispensáveis para a confirmação do diagnóstico. Estão excluídos desse grupo, os 24 enfermos portadores de lesão não blastomatosa do olho ou da órbita (inclusive os casos de manifestação luética), registrados neste Serviço para esclarecimento diagnóstico e os doentes que apresentavam lesão cutânea das pálpebras e canto de olho, que atingem a cerca de seiscentos.

Desses 154 doentes, 11 eram portadores de lesão blastomatosa primitiva da órbita de natureza óssea, sendo quatro (registros 19.223, 29.961, 38.933 e 39.915) do teto, três (registros 15.610, 22.398, 38.945) da parede interna, um (registro 38.267) do assoalho, dois (registros 25.467 e 40.735) da parede externa e vértice e um (registro 38.749) em localização intraorbitária.

Devemos assinalar, que os tumores das porções circunvizinhas, mesmo desenvolvidos às custas de ossos que tomam parte na constituição das paredes da cavidade orbitária, foram excluídos dessa classificação, por serem considerados secundariamente atingindo a órbita. Assim é que, os tumores das células etmoidais, seios frontal e maxilar, fossa temporal, sela turca, etc., quando atingiam a

(*) Trabalho apresentado ao Centro de Estudos Médicos do Instituto Nacional do Câncer.

(**) Assistente de Técnica Operatória da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.
Entregue para publicação em 23/IX/57.

órbita, foram considerados propagados e não primitivos e por essa razão, excluídos do presente trabalho.

No que se refere à confirmação do diagnóstico clínico, os casos podem ser assim esquematizados:

1 — Com diagnóstico histopatológico — 6 casos.

Condromixocarcinoma — regº 29.961

Sarcoma osteogênico — regº 38.749

Granuloma eosinófilo — regº 25.467 e 40.735

Osteoma ebúrneo — regº 39.915

Fibroma ossificado — regº 38.945

2 — Com diagnóstico clínico e radiológico (sem biópsia) — 5 casos.

Muitas vezes, o diagnóstico clínico dos tumores ósseos da órbita, não nos oferece grande dificuldade, por serem logo percebidos os sintomas subjetivos e objetivos de aumento de tensão intraorbital e intraocular, modificação de posição e da relação dos órgãos dessa cavidade, perturbação da movimentação do olho, redução progressiva da acuidade visual, as quais, pela sucessão de seus aparecimentos, nos levam à suspeita de sua existência. Os sintomas mais freqüentemente acusados pelos nossos pacientes foram: protusão do globo ocular, perda progressiva da visão, desvio do globo ocular, sinais de pseudoconjuntivite (hiperemia, ardor, lacrimejamento), diplopia, sensação de compressão do bulbo óptico, dificuldade da movimentação do olho e das pálpebras, ptose e edema palpebrais, dores localizadas e ainda a observação do relêvo do tumor sob as partes moles que o recobriam. A sintomatologia ocular propriamente dita, representada pelos sinais de estase, aumento de tensão intraocular e deformidade do bulbo óptico (nem sempre presentes), nesses casos não têm muito valor. Isto porque, êsses sinais só serão percebidos em uma fase mais avançada da afecção, em que o tumor poderá ser facilmente palpado sob as partes moles. Por essas razões, a sintomatologia ocular foi desprezada, até certo ponto, em alguns casos.

Após a observação clínica, procedemos sistematicamente ao estudo radiológico dos ossos do crânio e da face, visando especialmente a órbita. As radiografias em ântero-posterior e em perfil, na maioria das vezes são suficientes para nos permitir êsse estudo. Quando não nos satisfazem os dados fornecidos por essas posições,

utilizamos então as oblíquas, de CALDWELL, de WATERS, de HIRTZ, em fronto-mento, etc... O angiograma cerebral é utilizado para o diagnóstico diferencial com as lesões vasculares.

O estudo radiológico nos esclarece em muito:

1 — As características radiológicas do tumor. Assim é que os tumores ósseos benignos apresentam-se como lesões de maior densidade aos raios X, de tonalidade homogênea, contornos nítidos e não raro bocelados, respeitando por longo tempo os órgãos contíguos, os quais são lesados em período mais avançado e por compressão. Entre os tumores malignos, as lesões osteogênicas, apresentam-se aos raios X como neoplasias produtivas de tecido ósseo, com disposição irregular, não raro com reação perióstica. O sarcoma osteogênico, por exemplo, apresenta aspecto característico de espículas ósseas, partindo da área da lesão lembrando “raios de sol”. Nas lesões osteolíticas, predominam os sinais de corrosão óssea, de contornos irregulares, com ou sem áreas de osteogênese nas vizinhanças da área de destruição. Nos tumores ósseos de células gigantes há o aspecto de osso soprado, ou seja, a imagem de bolhas conglomeradas em um segmento do osso, as quais, são separadas apenas por delicado septo ósseo. Nos mielomas, há multiplicidade de lesões com imagem de rarefação policística, de contorno aproximadamente circular e de localização preferencial no crânio. No reticulossarcoma, encontramos reação perióstica em camadas paralelas ao eixo longitudinal do osso, rememorando o aspecto de “bulbo de cebola”. Como os nossos casos são variados e mais ou menos típicos, deixamos os detalhes das características radiológicas para serem descritos com a observação do caso clínico.

2 — A posição e a situação do tumor, o que em muito nos facilitará o estudo das condições de tratamento e da técnica a ser adotada para a sua realização.

3 — A extensão da lesão, assim como o possível comprometimento de porções circunvizinhas, de maior ou menor dificuldade de ser visada no tratamento. Por esses dados, podemos considerar as possibilidades de tratamento cirúrgico, roentgenterápico, curativo ou paliativo. Por eles, podemos ainda selecionar a via de acesso que melhor se prestará para atingir ao tumor, assim como as possibilidades de sua extirpação.

Com êsses esclarecimentos e a indicação do tratamento, são avaliadas as possibilidades de sua prática, pelo exame clínico especializado e pelos exames de análise clínica de rotina (hemograma, dosagem de uréia e glicose, exame parcial de urina — visando a pesquisa de elementos anormais e a microscopia do sedimento). O hemograma nos fornece dados importantes para o diagnóstico diferencial com as lesões inflamatórias e infecciosas, assim como constitue recurso propedêutico para as neoplasias e hiperplasias dos órgãos linfopoéticos. Êsse grupo de afecções, determina com relativa precocidade, profundas alterações no quadro hematológico, características na natureza de cada uma. A radiografia do tórax é procedida como rotina, visando estudar as condições pleuropulmonares e circulatórias que êsse exame pode fornecer.

Para o tratamento dos tumores ósseos benígnos da órbita, a cirurgia constitue a única arma eficiente, exceção feita para os tumores de células gigantes, que são excepcionais nessa localização.

O tratamento de escolha para os tumores ósseos malignos da órbita deve ser o cirúrgico, exceção feita para os que apresentam tendência à multiplicidade, como por exemplo o mieloma, que deve ser tratado pela roentgenterapia. Além do mais, o tratamento cirúrgico só é viável para as lesões não muito extensas, pois com a ressecção de grandes porções ósseas da órbita tornaremos o operado em condições incompatíveis com a vida ou pelo menos em situação infra humana. A roentgenterapia complementar constitue recurso auxiliar, e que deve ser empregado nos tumores radiosensíveis.

Torna-se imprescindível o contróle clínico e radiológico do paciente tratado, para que possamos auxiliá-lo em sua recuperação, assim como surpreender em tempo útil, qualquer lesão residual ou recidivante e prontamente instituir a terapêutica adequada para o caso.

A relativa raridade dêsses tumores, assim como a grande diversidade de suas características, dificultam melhor esquematização da indicação terapêutica e da orientação a ser adotada.

A pesquisa na literatura mundial especializada não nos deixa qualquer margem de dúvida sôbre a raridade dos tumores ósseos primitivos da órbita e do olho e principalmente dos últimos. De fato, os tumores ósseos das paredes orbitárias parecem ser de menor raridade. Dos casos registrados, encontramos em 1926 o de ZENTMAYER (1), de um osteossarcoma primitivo da órbita.

Dois anos mais tarde, outro caso de osteossarcoma da órbita foi publicado por NIDA (2). Nêsse mesmo ano, ROLLET e PARTHIOT (3)

assinalam, em um caso próprio, a lentidão com que o sarcoma ósseo orbitário se desenvolve, assim como as características clínicas bem diferentes (de muito menor malignidade) da mesma lesão histológica, em outras localizações. O caso estudado por THIAPONT e BAUWENS (4) revestiu-se de características especiais, uma vez que o tumor orbitário desenvolvia-se simetricamente em ambas as órbitas.

Em 1933, BOURGET (5) documentou um caso de osteossarcoma da parede externa da órbita, acentuando sua raridade, no que concorda WHEELER (6) ao estudar um caso de sua experiência pessoal, primitivamente desenvolvido às custas da lâmina papirácea do etmóide. A estatística publicada por BENEDICT (7), reportando os casos da Clínica Mayo, confirma bem a relativa raridade desse tumor. Relatou esse autor, que em 740 lesões blastomatosas ou a fins do olho e da órbita, foram encontrados 38 osteomas, sendo essa a maior incidência que encontramos. BENEDICT (7) prefere a via de acesso à lesão, pela orbitotomia anterior, para o tratamento, que na grande maioria dos casos é o cirúrgico.

SPAETH (8) em 170 tumores do olho e da órbita, observados nos hospitais americanos Willis Hospital, The Graduate Hospital of Pennsylvania e James Hospital, encontrou apenas um caso de osteoma da parede da órbita. Em 1955, GAMAL ABDIN (9) registrou um caso de osteoclastoma da órbita, referindo tratar-se de lesão relativamente benígna e advogando o tratamento cirúrgico para esses tumores (que atualmente são mais conhecidos como granulomas eosinófilos). No ano seguinte, PAYRAU e PERDRIEL (10) relataram um caso de osteoma osteóide da parede interna da órbita, em que foi procedida orbitotomia frontoetmoidal com a sua ressecção. Referem esses autores, no trabalho, que se trata do único caso de osteoma osteóide nessa localização; e que o tratamento instituído ofereceu o resultado desejado.

INGALLS (11) em 216 tumores do olho e da órbita, encontrou dois osteomas, ou seja, 0,9 % de incidência. Ressaltou a lentidão de seu crescimento, escolhendo sempre que possível a via orbitária anterior para o tratamento cirúrgico. Essa via de acesso foi a preferida pela grande maioria dos autores consultados que abordavam o problema do tratamento cirúrgico dos tumores ósseos orbitários. É também a adotada no Instituto Nacional de Câncer, sempre que possível, e para os tumores das paredes laterais e inferior da órbita. Para os tumores da parede superior da órbita, a via de acesso frontal a DANDY nos oferece melhores resultados.

Sobre a lentidão no evoluer dos tumores ósseos da órbita e, notadamente nos intraorbitários, PFEIFFER (12) publicou um caso em que o tumor, sem tratamento algum (por ter o paciente recusado), aumentou apenas cinco milímetros de diâmetro, em 5 anos de evolução. Em 1948, BARSOUM (13) descreveu um osteoma do teto da órbita, tratando pela cirurgia e que se instalou após o aparecimento de sinais clínicos de opacidade do cristalino no lado homólogo. Nese caso, não foi realizado o exame histopatológico da peça operatória. C. KLINOWSKI (14) em 33.774 doentes examinados na clínica oftalmológica da Universidade de Jagellone (Polônia) encontrou 92 lesões blastomatosas da órbita, do olho e seus anexos, não referindo qualquer tumor ósseo entre os seus pacientes.

Bem mais raros são os tumores ósseos intraorbitários. DUKE ELDER (15) nos afirma que essas lesões podem aparecer a partir de qualquer tecido contido na cavidade, exceto da córnea. Segundo êsse autor, o osso no olho, jamais deriva de cartilagem, sendo sempre de origem membranosa e de natureza heteroplástica com estrutura típica de osso longo. Nessas condições, o tecido fibroso inicialmente adquire o aspecto granular, segue-se à deposição de sais de cálcio, atingindo então a fase osteóide. Essa disposição sucede usualmente em tórno de um vaso sanguíneo que fornece a supência sanguínea necessária para a sua evolução. Essa afirmativa, não deixa de nos causar certa estranheza, uma vez que, todo osso longo do esqueleto deriva de ossificação endocranal e que somente os ossos largos (ou achatados) e que são encontrados no crânio, derivam de ossificação membranosa. E ainda mais, os ossos formados em situação intraorbitária, nessas condições, podem inclusive formar medula com tecido adiposo ou mesmo mieloplástico. STOCK (16), nos comprova a assertiva com a documentação de um caso próprio em que o osteoma assim formado, apresentou atividade neoplásica de sua medula, degenerando ulteriormente em um mieloma que destruiu a maior parte do osso.

HESS (17) assinala que o tecido ósseo, assim como o cartilaginoso, é com relativa frequência encontrado no vítreo fibroso na microftalmia. Na coróide, o tecido ósseo é formado geralmente a partir de calcificação da área de inflamação crônica em globos atróficos.

Na espessura da esclera, foi encontrado por SCHREIBER (18), uma lesão blastomatosa em que o tecido ósseo se associava à formação de fibras nervosas e musculares. Êsse autor acredita que

tal achado permite confirmar a hipótese da relação dessas lesões com o teratoma.

Na conjuntiva, foi encontrado por HARTRIDGE (19) um osteoma cuja forma lembrava um dente incisivo. HILTON ROCHA (20) comunicou ter visto um caso de adamantinoma da órbita. VALUDE (21) encontrou um caso em que o tumor misto orbitário era formado por tecido ósseo, associado ao tecido fibroso e à cartilagem. SCHIECK (22) encontrou em um paciente portador de dermolipoma orbitário, a formação de tecido ósseo intraescleral. BALLANTYNE (23) afirma que o tecido ósseo intraorbitário nunca se associa à formação de cartilagem. No entanto, o caso de VALUDE (21) constitui exceção à regra. Em 1940, BALLANTYNE (23) observou dois casos de osteoma intraorbitário primitivo, em situação epibulbar constatados em duas meninas, uma com 8 anos e a outra com 9 anos de idade. Esse autor, discute a seguir, a origem do tecido ósseo encontrado nessa localização, afirmando que pode ser em consequência de processo metaplásico no desenvolvimento de outros tumores. Outras vezes, pode ocorrer apenas a calcificação, que deve ser distinta da metaplasia pelos métodos usuais de exame.

PAULO FILHO (24) em seu trabalho sobre os tumores epibulbares, acentua a grande raridade dos condromas e dos osteomas intraorbitários. Afirma ele, que mais observados são os componentes cartilaginosos e ósseos de certos teratomas adultos. Para esse autor, a presença de tecido ósseo no bulbo óptico, pode representar a conservação atávica de formação histologicamente semelhantes nos olhos dos pássaros, répteis e anfíbios.

DUKE ELDER (15) também analisa as hipóteses que procuram justificar a presença de tecido ósseo intraorbitário. Pela primeira delas (referida pelo autor citado), as células embrionárias osteogénéticas são transportadas para o olho, mais comumente para a coróide, formando, onde se depositam, o tecido perióstico e daí o ósseo. Pela segunda hipótese, as células osteogénéticas seriam retidas no tecido conectivo orbitário, desde a fase embrionária e posteriormente passariam a evoluir para o tecido ósseo. DUKE ELDER (15) acredita ser a terceira hipótese a mais provável. Pela mesma, o tecido conjuntivo orbitário se converte em corpúsculos ósseos, os quais progridem em dimensões e ao se fundirem, constituem o osso neoformado.

Não pode ser desprezada a hipótese do atavismo, referida por PAULO FILHO (24) e por REESE (25). De fato, pela leitura dos tratados sobre a anatomia comparada do olho, bem exposta recen-

temente por PRINCE (26), vamos encontrar que a esclerótica é exclusivamente fibrosa nos mamíferos, serpentes e na lamprêia. Já nos peixes, lagartos, quelônios, alguns anfíbios e pássaros, ela é principalmente cartilaginosa. O aparecimento de cartilagem se inicia nos Monotremos pelo desenvolvimento de cúpula encondral em torno da emergência das fibras nervosas da retina. Nos pássaros e lagartos, se desenvolvem os ossículos na porção ventral da esclerótica. Esses ossículos contornam a córnea, formando verdadeiro anel escleral que auxiliam a manutenção da forma do globo ocular, mesmo submetido à grandes pressões. A maior frequência dos tumores ósseos do olho, observada nas proximidades do limbo esclerocorneal e no contorno da papila, sem dúvida, constitui um forte argumento para os defensores dessa hipótese. Por extensão, poderíamos justificar a tendência que tem os retinoblastomas a se calcificarem. A respeito do aparecimento de tecido ósseo na prática oftalmológica, REESE (25) dedica um capítulo de seu tratado sobre os tumores do olho. Para esse autor, cinco são as causas que podem determiná-lo:

- 1 — em neoplasia,
- 2 — em associação com teratoma ou tumor misto,
- 3 — em associação com outra anomalia congênita,
- 4 — como nódulo epibulbar isolado e sem outra anormalidade do olho,
- 5 — em tecido sede de processo inflamatório crônico ou com alterações degenerativas.

Segundo REESE (25), o tecido ósseo pode ser encontrado em qualquer neoplasia intraorbitária e particularmente nos hemangiomas. São mais freqüentes o sarcoma osteogênico e o condrossarcoma.

Associando-se ao teratoma, pode ocorrer no limbo; ao dermolipoma, no canto externo do olho; ou então pode ser encontrado atingindo a órbita secundariamente a tumor de órgão vizinho. Os teratomas, assim como os tumores mistos, encerram restos embrionários mesodérmicos pluripotentes que podem formar tecido ósseo, cartilaginoso ou outro qualquer derivado dêsse mesmo folheto germinativo.

Associando-se à outra anomalia congênita, é encontrado particularmente na microftalmia, em que os tecidos ósseo e cartilaginoso se desenvolvem no vítreo fibroso do olho hipoplásico.

Como nódulo epibulbar isolado e sem outra anormalidade do bulbo óptico, ocorre usualmente no quadrante súpero-externo da episclera, próximo ao limbo e se desenvolve inicialmente como nódulo subconjuntival, no meio do tecido conectivo, rapidamente invadindo a esclerótica e perfurando o olho. Nesse caso, a lesão é congênita e evolue muito lentamente, sendo considerada como remanescente atávico da cartilagem encontrada na esclerótica dos peixes, lagartos, quelônios, alguns anfíbios e pássaros, como tivemos oportunidade de assinalar. Caso típico, estudado com as características desse grupo, foi o registrado por SCHIRRE (27). Esse autor encontrou um fibroma ossificado da conjuntiva, no qual, o exame histopatológico mostrou inclusive a formação de canais de Harvers. O tumor desenvolveu-se às custas de um nódulo congênito, em uma criança de três anos de idade.

O tecido ósseo, pode ainda ser encontrado em tecido sede de processo inflamatório crônico ou de alterações degenerativas com ossificação heterotópica, consequente aos distúrbios metabólicos que sucedem nessas condições. Esse tecido ósseo, pode inclusive degenerar em lesão blastomatosa, como sucedeu no caso referido por EWING (28). Esse autor, cita um caso de osteossarcoma intraorbitário originado em um núcleo de ossificação heterotópica em um globo ocular sede de processo inflamatório crônico. A nosso ver, as condições estudadas por REESE (25) são as que melhor se prestam para a justificativa do tecido ósseo intraorbitário. O caso de tumor ósseo intraorbitário, único na casuística do Instituto Nacional de Câncer, foi por nós apresentado à VI.^a Semana Médica do Estado do Rio de Janeiro (Friburgo — 1957), em colaboração com o Dr. Jorge de Marsillac, devendo ser publicado nos anais dessa Semana.

A seguir, transcrevemos o resumo das observações dos 11 casos de tumor ósseo primitivo da órbita, registrados no Instituto Nacional de Câncer.

OBSERVAÇÃO N.º 1 — Tumor ósseo intraorbitário:

Identificação:

C.H.P., leucoderma, do sexo masculino, solteiro, com 56 anos de idade, agricultor, natural do Estº do Rio e residente no Es-

pírito Santo. Matriculado sob o número 38.749 em 7 de Agosto de 1956.

História da doença atual:

Há 34 anos sofreu traumatismo sobre a região orbitária direita, ficando então com o olho grandemente congestionado. Até essa época, sempre enxergou bem com ambos os olhos. Poucos dias após, notou o aparecimento de pequeno nódulo branco-leitoso na porção interna (lado nasal) da esclerótica, ao nível do limbo esclerocorneal. Esse nódulo aumentou muito lentamente de volume e com o seu crescimento foi dificultando a visão de tal modo que há 30 anos, determinou a cegueira completa dêsse olho. Não fez tratamento algum, por não sentir dores ou outro incômodo além do prejuízo da visão. Em fevereiro de 1956, notou que surgiu, sem causa aparente, intensa vermelhidão do olho direito. Pouco após, o nódulo tornou-se acinzentado e passou a crescer com grande rapidez, impedindo o cerramento das pálpebras. A lesão, nessa época, passou a sangrar abundantemente, até mesmo com os movimentos mais rápidos da cabeça. Finalmente, à conselho de um amigo leigo resolveu procurar tratamento, vindo ao Instituto Nacional de Câncer.

Exame objetivo:

Paciente lúcido e em boas condições de nutrilidade. Tipo constitucional estênico. Ausência de má formações congênitas ou adquiridas visíveis.

Volumoso tumor vegetante ocluindo completamente a fenda palpebral direita, a qual se apresenta grandemente distendida. O tumor é de consistência arenosa e uniformemente endurecida, superfície granulosa e irregular, bordas nítidas e salientes, séssil e se continua para o interior da órbita através a fenda palpebral. É de coloração branco-acinzentada, contôrno irregular e aproximadamente ovóide, medindo 5 cm. de largura, por 7 de altura e 4 de espessura. Abundante secreção sero-hemo-purulenta fétida. Ausência de linfadenopatias cervicofaciais palpáveis, assim como de sinais clínicos ou radiológicos de disseminação à distância. Olho esquerdo sem alteração clínica, com visão = 0,7 sem correção. Fundo de olho normal. Para melhor exposição do aspecto do tumor, completamos com a apresentação da fotografia n.º 1, do paciente no dia da matrícula



Fig. 1

Impressão diagnóstica:

Blastoma maligno intraorbitário à direita. Ósseo ?

Exames complementares:

O paciente foi submetido a exame clínico geral, radiografia do tórax (normal), exames de laboratório de rotina (sem particularidades, estando as reações sorológicas para lues negativas), fotografia e estudo radiológico dos ossos do crânio e da face, visando especialmente a órbita direita. Este, teve por resultado: ausência de alterações na estrutura óssea das paredes orbitárias. Deve-se assinalar a imagem irregular, de maior densidade, do tumor intraorbitário, sem continuidade com as paredes da órbita e que em profundidade atinge a metade anterior da órbita.

Intervenção cirúrgica:

Nada havendo que contraindicasse o ato cirúrgico, o paciente foi operado em 14 de agosto de 1956, sob anestesia geral pelo nêdonal, demerol e fenegan, administrados por via endoflébica, associados à inalação de oxigênio. Os cuidados anestésicos foram en-

tregues ao Dr. Arlindo Ávilla Duarte. O paciente foi operado pelo Dr. Jorge de Marsillac, auxiliado pelo Dr. Ataliba Bellizzi. Sofreu exenteração da órbita direita pela técnica de Axenfeld, descrita por KIRSCHNER e KLEINSCHMIDT (29), obedecendo os seguintes tempos fundamentais:



ESQUEMA N.º 2

1 — Tumor intraorbitário

2 — Incisão acompanhando a margem palpebral.

1 — incisão cutânea ao longo de ambas as bordas palpebrais direitas, de uma comissura à outra. A incisão cutânea foi esquematizada na figura n.º 2.

2 — descolamento e afastamento dos segmentos palpebrais poupados até o rebordo orbitário. Nesse ponto, foi seccionado o perióstio, acompanhando a referida orla.

3 — descolamento subperióstico do conteúdo orbitário até o vértice da cavidade, procedido com a rugina curva.

4 — libertação da peça pela secção dos elementos anatômicos do pedículo. Pinçamento e eletrocoagulação da artéria orbitária e de sua veia satélite, sendo a hemostasia completada pelo tamponamento temporário da cavidade exenterada.

Curativo oclusivo com gase vaselinada.

A integridade das paredes ósseas, comprovada cirurgicamente, afastou por completo a hipótese de se tratar de lesão originada nesse plano. A lesão apresentava desenvolvimento predominantemente exofítico, com destruição quase completa do globo ocular, restando apenas pequeno segmento da porção mais profunda da esclerótica. Considerando as razões acima, não ter sido encontrada qualquer outra lesão blastomatosa (osteocartilaginosa ou não), e o fato do doente negar cirurgia anterior, na qual poderia ter sido extirpada outra lesão ocasionalmente existente e que poderia ser acusada ou suspeitada como primitiva. Considerando ainda ter a lesão se desenvolvido inicialmente, como nos referiu o enfermo, a partir de um nódulo escleral ou pelo menos subconjuntival, acreditamos tratar-se de tumor intraorbitário primitivo. Na fase em que o paciente nos chegou às mãos, era impossível afirmar onde teria precisamente se originado, mas tudo nos leva a crer que se trate de um sarcoma osteogênico primitivamente escleral ou pelo menos episcleral.

Com o início da fase de granulação, o paciente foi submetido à roentgenterapia complementar, uma vez que se tratava de lesão radiossensível. Aguardamos a fase de granulação, para que não determinássemos, com as irradiações, a mortificação das paredes orbitárias expostas pela intervenção cirúrgica.

Discussão sobre a conduta terapêutica:

O ato cirúrgico foi indicado em face do volumoso tumor, com nítidas características de malignidade, com destruição quase completa do bulbo. Costumamos proceder nos tumores intraorbitários e principalmente nos ulcerados, como rotina, a biópsia por congelação como tempo inicial do ato cirúrgico. Esta, deve ser feita a bisturi comum, compreendendo ressecção cuneiforme de fragmento da margem da lesão, onde os sinais de contaminação secundária geralmente são menos acentuados e conseqüentemente facilitado o exame anatomo-patológico. Quando, por qualquer razão, não se pode fazer o exame por congelação e a visão está conservada, é preferível proceder-se ao exame histopatológico por inclusão em parafina e após o resultado (que deverá ser obtido o mais urgentemente possível), completa-se com o tratamento indicado. No caso de lesão maligna extensa, como no presente caso, com destruição quase completa do bulbo óptico, impõe-se, com urgência a exenteração da órbita. Nesse caso, foi possível poupar parte das pálpebras, o que melhorou em muito

o aspecto estético do enfermo. Quando não podemos poupar as pálpebras (mesmo em parte, como no presente caso), como sucede na maioria das vezes, procedemos ao enxerto cutâneo de THIERSCH, revestindo integralmente a órbita, conforme técnica que escrevemos em trabalho em edição na Revista da Liga Bahiana Contra o Câncer. Nêsse caso, a biópsia prévia foi praticada, mas o exame por congelção não foi possível por se tratar de lesão óssea que exigia prévia descalcificação. No entanto, as características clínicas assinaladas não nos deixaram qualquer margem de dúvida de que se tratava de lesão blastomatosa maligna. Além do mais, o globo ocular já se apresentava quase completamente destruído.

Sequência operatória:

O posoperatório decorreu sem particularidades, tendo o doente recebido alta em boas condições gerais e locais com 72 horas de operado. O paciente tem sido examinado periodicamente, estando em Setembro de 1957 com 13 meses de tratado, passando bem e sem qualquer alteração suspeita de lesão residual ou recidivante, apesar do discreto processo inflamatório inespecífico que se instalou nas células etmoidais e no seio maxilar homólogos. O aspecto atual do doente pode ser visto na foto n.º 3. As radiografias procedidas



Fig. 3

nessa mesma época, pelo respeito à continuidade das paredes da órbita, confirmam a suposição de se tratar de lesão intraorbitária e não parede. Os detalhes podem ser vistos nas radiografias de números 4 e 5.



Fig. 4

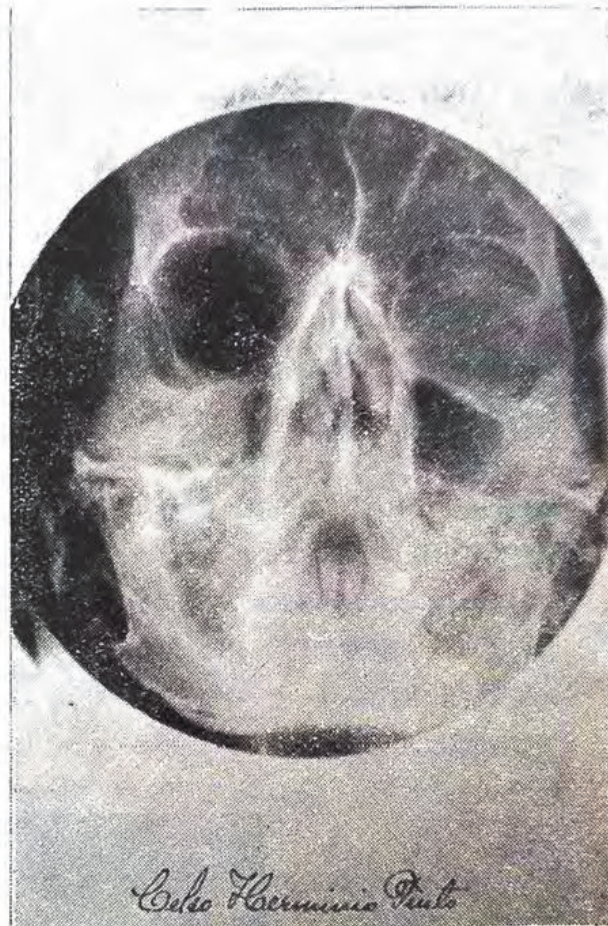


Fig. 5

Embora o período de controle posoperatório ainda seja relativamente pequeno, (1 ano e 1 mes), as ótimas condições gerais e locais do enfermo, reforçam o critério de relativa benignidade clínica, que anteriormente acentuamos, principalmente comparando com o evoluer da mesma lesão histológica em outra localização qualquer.

OBSERVAÇÃO N.º 2 — Blastoma óssea do teto da órbita:

Identificação:

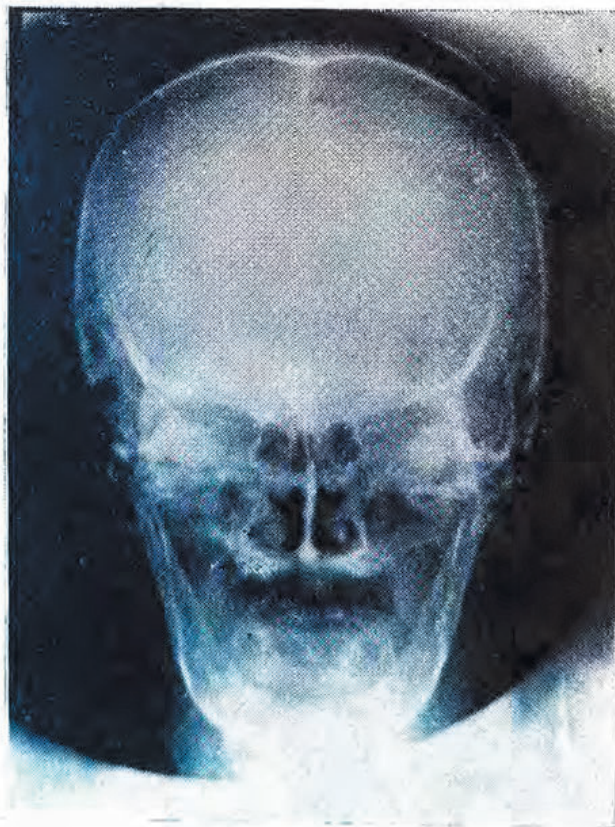
A.M.A., leucoderma, do sexo feminino, viúva, com 70 anos de idade, doméstica, natural e residente no Distrito Federal. Matriculada sob o número 19.223 em 8 de Maio de 1951.

História da doença atual:

Há 30 dias notou o aparecimento de pequeno nódulo subcutâneo ao nível da porção súpero-externa do rebordo orbitário direito. Esse nódulo tem crescido lentamente sem qualquer outro sintoma. Procurou recentemente um médico que recomendou ao paciente vir ao Instituto Nacional de Câncer.

Exame objetivo:

Assimetria facial por tumor da porção súpero-externa do rebordo orbitário direito. A lesão, que parece estar em continuidade com o plano esquelético, é recoberta por pele de aspecto normal, de superfície lisa e uniforme, indolor, de consistência regular e óssea. Seus contornos são pouco nítidos, aproximadamente ovóide, medindo cerca de 3 x 2 cm. de diâmetro. Ligeiro desvio do globo ocular correspondente para baixo e para fora, estando a visão e os movimentos oculógiros em condições normais. Visão = 1 sem correção. O.E. normal. Ausência de linfadenopatias cèrvicofaciais palpáveis em ambos os lados.

*Fig. 6*

Exames complementares:

Foram procedidos aos exames de análise clínica de rotina, fotografia, exame clínico, radiografia do tórax (normal) e estudo radiológico da órbita direita. Este, nos permitiu identificar a lesão osteolítica do teto da órbita, mais nítida em sua porção súpero-interna, com ligeira esclerose óssea de vizinhança e que pode ser apreciada pela observação da radiografia de número 6.

Impressão diagnóstica:

Blastoma ósseo do teto da órbita direita.

Indicação terapêutica:

Em face de lesão óssea predominantemente osteolítica, de contornos mal delimitados, como o do presente caso, impõe-se de início a via de acesso com colheita de material para exame histopatológico, com o que poderemos identificar a natureza do tumor e a indicação terapêutica mais adequada ao caso. Acresce o fato da lesão ser de situação bem anterior e de acesso fácil. A paciente, no entanto, recusou a intervenção, não mais comparecendo ao Hospital.

*3.^a OBSERVAÇÃO — Blastoma ósseo do teto da órbita**Identificação:*

I.C., melanoderma, do sexo feminino, casada, com 32 anos de idade, doméstica, natural e residente no Distrito Federal. Matriculada sob o número 38.933 em 23 de Agosto de 1956.

História da doença atual:

Há 18 anos sofreu traumatismo sobre a órbita esquerda, tendo em consequência, ficado com a região avermelhada e dolorosa. Um ano após, passou a ter a impressão que o globo ocular esquerdo estava permanentemente comprimido. Pouco depois, foi o olho se tornando protuso e ultimamente notou que o rebordo orbitário superior se tornava abaulado. Pelo evoluir extremamente lento dos sintomas, só ultimamente é que resolveu procurar tratamento, pelo que consultou um clínico que solicitou radiografias dos ossos da face.

Como as mesmas indicassem tumor ósseo do rebordo orbitário superior, de limites imprecisos, de maior densidade aos raios X, de crescimento predominantemente intraorbitário e ocupando o quadrante súpero-externo da referida cavidade, o médico que a examinou aconselhou a procurar o Instituto Nacional de Câncer.

Indicação terapêutica:

Já tendo a paciente procedido às radiografias esclarecedoras, foram realizados os exames de análise clínica, radiografia do tórax e fotografia. Indicada via de acesso ao tumor com retirada de fragmento da lesão para exame histopatológico. No entanto, a intervenção foi recusada pela enferma, que não mais compareceu ao Hospital.

4.ª OBSERVAÇÃO — Blastoma ósseo do teto da órbita

Identificação:

J.C.S., melanoderma, do sexo masculino, solteiro, com 38 anos de idade, alfaiate, natural do Estado de Alagoas e residente no Distrito Federal. Matriculado sob o número 29.961 em 22 de Maio de 1954.

História da doença atual:

Há 8 anos sofreu traumatismo sobre a região orbitária esquerda. Há 4 anos o globo ocular desse lado começou a se tornar protuso. Há 2 anos, após grande esforço físico, sofreu luxação do olho esquerdo, tendo o próprio paciente o reconduzido à posição anterior. Há 1 ano vem notando perda da nitidez dos objetos (unicamente com o olho esquerdo), assim como cefaléia e dores localizadas, pelo que resolveu procurar um cirurgião (em Dezembro de 1954), o qual procedeu biópsia e pouco após aconselhou a vir ao Instituto Nacional de Câncer.

Exame objetivo:

Abaulamento da arcada orbitária direita com ptose palpebral correspondente e exoftalmia fixa. Cicatriz curvilínea acompanhando o trajeto do supercílio, de bom aspeto e sem alteração suspeita. Acentuada hiperemia conjuntival homóloga com lacrimejamento. Pupilas isocóricas reagindo normalmente ao estímulo luminoso. Vi-

são conservada bilateralmente. Redução dos movimentos oculógiros pela dificuldade do paciente de olhar para fora ou para cima, possivelmente pelo obstáculo mecânico determinado pelo tumor do teto da órbita. Ausência de linfadenopatias cervicofaciais palpáveis em ambos os lados.

Exames complementares:

Foram procedidos aos exames de análise clínica de rotina, tendo-se a assinalar a positividade das reações sorológicas para lues. A fotografia n.º 7 permite melhor impressão do aspecto do doente

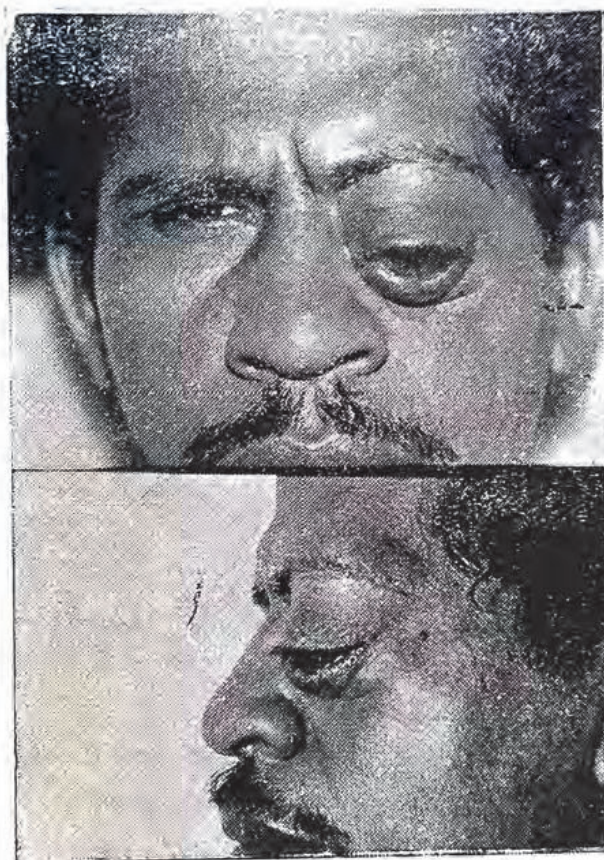


Fig. 7

no dia da matrícula. Como exames complementares foram ainda efetuadas a radiografia do tórax e o estudo radiológico dos ossos do crânio e da face, visando principalmente a órbita direita. Este, nos mostrou com a possível nitidez o tumor globoso do teto da órbita, de contornos nítidos e irregulares, de maior densidade aos raios X, de crescimento predominantemente intraorbitário e estendendo-se de cerca de 2 cm. para trás do rebordo até às proximidades da fenda esfenoidal. As suas características podem ser melhor compreendidas pela observação da radiografia de n.º 8. A angio-



Fig. 8

grafia percutânea procedida por injeção na carótida primitiva dêsse lado, nos permitiu excluir a possibilidade de se tratar de lesão vascular.

Impressão diagnóstica:

Blastoma ósseo do teto da órbita, provavelmente benígno.

Indicação e conduta terapêuticas:

Em face de tumor ósseo do teto da órbita, bem delimitado, em localização que nos permite acesso e remoção com relativa facilidade, foi indicada ampla via de acesso com ressecção do tumor, seguido de seu exame histopatológico. Assim sendo, após os devidos preparos, o paciente foi operado em 14 de Junho de 1954 pelo Dr. Feliciano Pinto sofrendo craniotomia frontal direita a Dandy. Enucleação do tumor com margem de segurança, sendo a peça examinada pelo Prof. Francisco Fialho e que teve por resultado (P.C. 4283 de 14.6.54): Condromixocarcinoma.

Êsse tumor misto é de malignidade local, só excepcionalmente dando metástase. No entanto as recidivas locais se fazem quando o tumor não foi removido em sua totalidade.

O paciente de nossa observação teve pós-operatório tranquilo, com boa cicatrização, tendo alta em 25.VI.1954 em ótimas con-

dições gerais e locais. Foi fotografado nessa data (com 9 dias de operado), podendo ser visto na fotografia de número 9.



Fig. 9

Depois da alta, o paciente não foi mais encontrado nem respondeu a nossa chamada.

5.^a OBSERVAÇÃO BLASTOMA ÓSSEO DO TETO DA ÓRBITA:

Identificação:

J.V.G., melanoderma, do sexo masculino, solteiro, com 16 anos de idade, servente, natural do Estado de Minas Gerais e residente em Barra Mansa, no Estado do Rio de Janeiro. Matriculado sob o número 39.915 em 20 de Novembro de 1956.

História da doença atual:

Há 4 meses vem notando o aumento progressivo de volume do rebordo orbitário superior esquerdo sem qualquer outro sintoma. Últimamente o globo ocular está sendo desviado para fora, o que lhe dificulta a movimentação do olho, razão pela qual procurou um

cirurgião. Informa que o mesmo procedeu a retirada de um fragmento da lesão, após a qual recomendou que viesse ao Instituto Nacional de Câncer.

Exame objetivo:

Assimetria facial por volumoso tumor do teto da órbita esquerda, recoberto por pele de aspecto normal. Abaulamento da região supraciliar, mais intensamente em seus dois terços internos. O tumor determina a projeção da pálpebra superior correspondente, que se apresenta distendida. Globo ocular protuso, desviado para baixo e para fora e com seus movimentos reduzidos. Visão conservada bilateralmente. A exoftalmia é fixa, irreduzível e não pulsátil, sentindo-se pela palpação, sob as partes moles, tumor globoso, em continuidade ao plano ósseo, de consistência uniforme e óssea, indolor, de superfície lisa e uniforme. A lesão se insinua para o interior da órbita, não sendo possível, pela palpação, determinar-se o seu limite profundo. Ausência de linfadenopatias cervicofaciais palpáveis bilateralmente. O aspecto do paciente nessas condições pode ser visto na fotografia de número 10. Visão OE — 1. Fundo de olho normal.



Fig. 10

Exames complementares:

O paciente foi submetido à exame clínico, exames de análise clínica de rotina, fotografia, radiografia do tórax (normal) e estudo radiológico dos ossos do crânio e da face, visando principalmente a órbita esquerda. Este, nos permitiu analisar as características do tumor de maior densidade aos raios X, desenvolvido às custas do teto da órbita e parte da lâmina papirácea do etmóide, superfície lisa e uniforme, de contornos nítidos, forma aproximadamente esférica e medindo 4 cms de diâmetro. As características radiológicas nos fazem pensar em tumor ósseo benigno. Podem ser percebidas nas radiografias de números 11 e 12.



Fig. 11



Fig. 12

Indicação e conduta terapêuticas:

Em face de tumor ósseo bem delimitado do teto da órbita, como o do presente caso, a indicação aconselhável e por nós seguida, foi a de craniotomia frontal com ampla via de acesso e extirpação do tumor. Essas intervenções são habitualmente praticadas pela seção de Neurocirurgia, por fugirem às atribuições da seção de cirurgia da cabeça e do pescoço, em que trabalhamos. Assim sendo,

foi a mesma realizada com ótimo resultado em 6 de Dezembro de 1956, pelo Dr. Feliciano Pinto, auxiliado pela Dra. Avelina Pinto e pelo Dr. Germano Mejia. A peça cirúrgica, compreendendo o tumor com a margem de segurança necessária, e que pode ser vista na fotografia 13, foi submetida a exame histopatológico pelo Professor

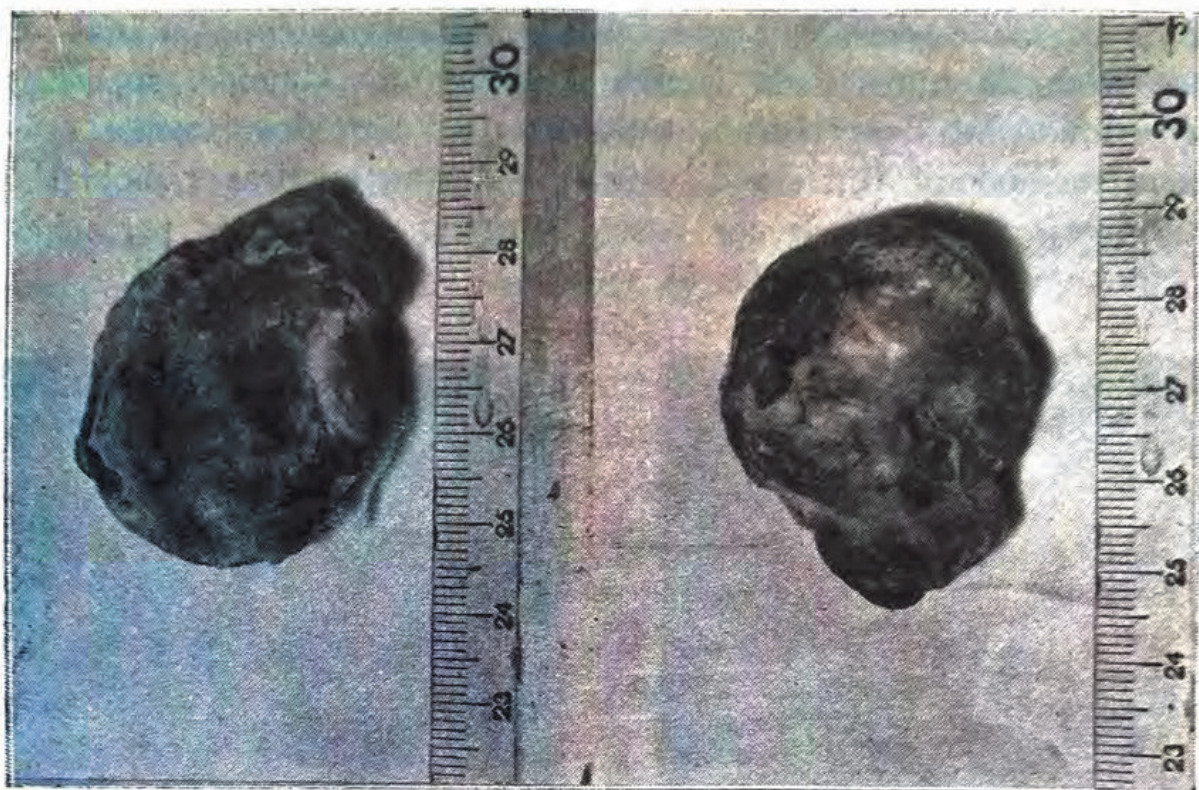
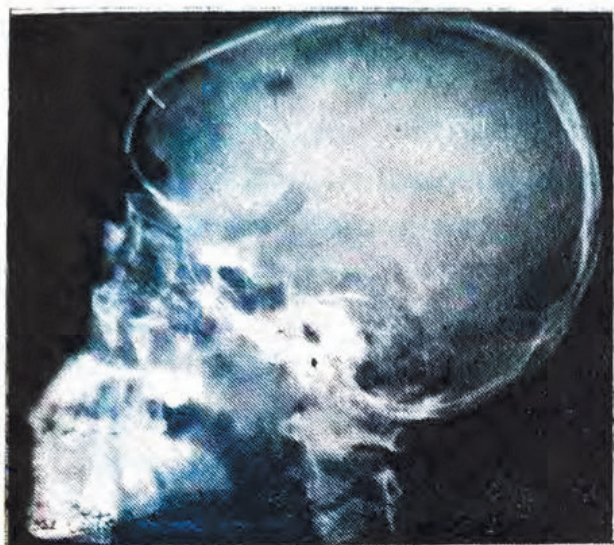


Fig. 13

Francisco Filho e teve como resultado (P.C. 5469) Osteoma ebúrneo. O presente caso foi publicado pelo Dr. FELICIANO PINTO (30), com o consentimento do qual incluímos no presente trabalho para que possamos proceder o exame da série dos tumores ósseos da órbita, como é nossa intenção.

O pós-operatório decorreu sem anormalidades, tendo o paciente sido radiografado com 9 dias de operado, cujo aspecto pode ser visto na radiografia número 14, a radicalidade do ato cirúrgico pôde então ser devidamente observada. O paciente teve alta em 17 de Dezembro de 1956 (com 11 dias de operado) em boas condições de cicatrização, como se pode ver na fotografia número 15. Não mais compareceu ao Serviço para ser examinado, conforme havíamos solicitado.

O osteoma ebúrneo é um tumor benigno de lento evoluer que habitualmente se desenvolve às custas das paredes medial, cranial ou ambas, não respondendo às irradiações e de extirpação relativamente

*Fig. 14**Fig. 15*

fácil pela nítida delimitação de sua extensão. O diagnóstico pode ser suspeitado radiològicamente e confirmado pelo exame histopatológico da peça. A biópsia por congelação, nesses casos, não pode ser feita pela necessidade prévia de descalcificação. O prognóstico é bom, raramente recidivando quando completamente extirpado.

6.^a OBSERVAÇÃO — BLASTOMA ÓSSEO DO ASSOALHO DA ÓRBITA:

Identificação:

O.V., melanoderma, do sexo masculino, solteiro, com 19 anos de idade, lavrador, natural e residente em Minas Gerais. Matriculado sob o número 38.267 em 25 de Junho de 1956.

História da doença atual:

Protusão do globo ocular esquerdo há dois meses, de evoluer rápido e com fortes dores locais. Progressivamente foi perdendo a nitidez da visão e a conjuntiva tornou-se avermelhada e com sen-

sação permanente de ardor. Não fêz tratamento algum, tendo recentemente procurado um médico em sua cidade natal, êste solicitou radiografias da face e do crânio e com os resultados recomendou vir ao Instituto Nacional de Câncer.

As radiografias, de nitidez prejudicada, deixam ver volumoso tumor destruindo quase todo o assoalho da órbita esquerda, respeitando a cavidade do seio maxilar, propagando-se ao terço inferior das paredes laterais (interna e externa) e parte do osso nasal do mesmo lado.

Exame objetivo:

Paciente grandemente desidratado e em condições precárias. Acentuada assimetria facial por exoftalmia esquerda. Distensão da pálpebra inferior por tumor do plano esquelético, que se apresenta recoberto por pele apergaminhada e avermelhada, de superfície irregular, consistência uniforme e óssea, estendendo-se por toda a metade inferior da orla orbitária. Conjuntiva esquerda hiperemiada e com secreção sero-purulenta. Abaulamento da parede lateral esquerda da fossa nasal, para onde o tumor se projeta, acarretando redução da luz da referida fossa. Redução da amplitude dos movimentos do globo ocular correspondente. Visão = 0,4 sem correção. Papiledema de regular intensidade. O.D. normal. Ausência de linfadenopatias cervicofaciais palpáveis.

Impressão diagnóstica:

Blastoma ósseo do assoalho com propagação à porção distal das paredes laterais da órbita esquerda.

Considerações sobre o caso clínico e a indicação terapêutica:

Diante das condições precárias do enfermo (que inclusive apresentava sinais de cardiopatia), das nítidas características de malignidade da lesão, com ampla destruição, o paciente foi considerado fora de qualquer possibilidade terapêutica de finalidade curativa. Realmente, a extirpação da lesão acarretaria deformidade incompatível com a vida. No entanto, para minorar a sintomatologia grandemente incômoda para o doente, foi indicada e programada a roentgenterapia paliativa, mas que não chegou a ser feita pelo rápido declínio do estado geral do doente que nessas condições veio a falecer poucos dias após.

Os tumores ósseos do assoalho da órbita são de grande raridade, ao contrário das lesões do seio ou mesmo do próprio maxilar superior, que com relativa frequência e precocidade, atingem às paredes da órbita por propagação. O do presente caso poderia, a rigor, ser também considerado tumor da parede superior do seio maxilar, uma vez que apenas delicada trave óssea separa essas duas cavidades. No entanto, a história inicial com sintomatologia exclusivamente orbitonasal e o seu desenvolvimento predominantemente orbitário nos levou a incluí-lo entre os tumores ósseos do assoalho da órbita. Para as lesões do assoalho ainda em fase de tratamento, indicariamos a orbitotomia anterior ou se necessário a órbitoprosotomia, com via de acesso amplo à lesão, seguida de sua ressecção, como habitualmente procedemos para os tumores do maxilar superior. A roentgenterapia complementar deve ser empregada para as lesões radiosensíveis.

O prognóstico será variável com o estágio clínico em que a lesão foi diagnosticada e tratada. Conseqüentemente, nas lesões iniciais, as probabilidades de ressecção total do tumor com a margem de segurança satisfatória, serão muito maiores e assim sendo os resultados melhores.

7.^a OBSERVAÇÃO — BLASTOMA ÓSSEO DA PAREDE INTERNA DA ÓRBITA DIREITA. — IDENTIFICAÇÃO:

R.A.C., Leucoderma, do sexo masculino, solteiro, com 14 anos de idade, menor, natural e residente no Distrito Federal. Matriculado sob o número 15.610 em 26 de Janeiro de 1950.

História da doença atual:

Protusão do globo ocular há 1 mês, seguindo-se imediatamente de dificuldade à movimentação do olho e ao cerramento das pálpebras. Perda progressiva da visão, não sentindo dores. Procurou um serviço de oftalmologia, onde foi examinado, submetido à radiografias e com o resultado, encaminhado ao Instituto Nacional de Câncer.

Exame objetivo:

Discreta deformidade da face, causada pela protusão e desvio do globo ocular direito, assim como pela presença de tumor palpá-

vel na porção interna da órbita correspondente. A lesão é recoberta por pele e mucosa de aspecto normal, superfície lisa e globosa, consistência uniforme e óssea, estando fixo à parede interna da órbita com a qual parece se continuar, aproximadamente ovóide e medindo 4 x 3 cm. de diâmetro. Sua posição acompanha a direção da lâmina papirácea do etmóide. Visão conservada e normal em ambos os lados. Redução discreta dos movimentos do olho direito. Bóca e fossas nasais sem anormalidades. Ausência de linfadenopatias cervicofaciais palpáveis.

Exames complementares:

O paciente foi submetido a exame clínico, fotografia, exames de análise clínica de retina, radiografia do tórax (sem anormalidades) e estudo radiológico dos ossos do crânio e da face, visando especialmente a órbita direita. Êste, nos permitiu apreciar as características do volumoso tumor de tonalidade óssea compacta, de opacidade homogênea, de forma e dimensões já referidas, contornos regulares e nítidos, em continuidade com a parede interna da órbita direita. Essas características nos fazem suspeitar de um osteoma benigno do etmóide e podem ser observadas nas radiografias de números 16 e 17.



Fig. 16



Fig. 17

Impressão diagnóstica:

Blastoma ósseo benigno da parede interna da órbita, provavelmente um osteoma ebúrneo.

Indicação terapêutica:

As características radiológicas e clínicas do tumor nos lembram em muito as do paciente da 5.^a observação, sendo portanto válidas para esse caso, as mesmas considerações e indicação terapêuticas. A família do doente, no entanto, preferiu que o mesmo fosse tratado em um Serviço pago e não mais compareceu ao Instituto Nacional de Câncer.

8.^a OBSERVAÇÃO — BLASTOMA ÓSSEO DA PAREDE INTERNA DA ÓRBITA ESQUERDA:

Identificação:

L.T., leucoderma do sexo masculino, solteiro, com 74 anos de idade, ator, natural da Itália e residente no Distrito Federal. Matriculado sob o número 22.398 em 11 de Junho de 1952.

História da doença atual:

Há dois meses foi acometido súbitamente de dores em toda a hemiface esquerda e mais acentuadamente na órbita correspondente. As dores aumentaram progressivamente e pouco após perdeu por completo a visão nesse lado. Seguiu-se o aumento de volume de ambas as pálpebras esquerdas, notadamente da metade interna, assim como o aparecimento de secreção sero-purulenta fétida que fluía pela narina esquerda. No início da enfermidade, procurou um cirurgião dentista que atribuiu os sintomas a uma infecção focal dentária existente. Por essa razão, foi submetido à avulsão dos dentes restantes na época. Como não obtivesse qualquer melhora, procurou diversos médicos que procederam alguns exames complementares, tais como exames de sangue, urina e mesmo radiografias dos seios da face. Por não se ter esclarecido o diagnóstico nem obter melhora, resolveu espontaneamente procurar o Instituto Nacional de Câncer.

Exame objetivo:

Protusão do globo ocular esquerdo com edema de ambas as pálpebras dêsse lado, principalmente a superior. Conjuntiva de coloração normal e ligeiramente abaulada em sua porção interna. Anisocoria por aumento do diâmetro da pupila do lado enfêrmo. Sinais de paralisia do motor ocular comum esquerdo, estando ainda a visão abolida nesse lado. A palpação se faz com dificuldade pela reação dolorosa local, e por ela sentimos tumor de consistência óssea, fixo à parede interna da órbita, recoberto por pele avermelhada, de superfície irregular e ocupando principalmente a porção mais alta dessa parede. O aspecto do enfêrmo, nessas condições pode ser visto na fotografia número 18. À rinoscopia percebemos abaula-

*Fig. 18*

mento da parede interna da órbita com discreta hiperemia local. Secreção sero-purulenta em tôda a fossa correspondente. Pequenos gânglios submandibulares homólogos palpáveis, de consistência normal e ligeiramente dolorosos.

Exames complementares:

O paciente foi submetido a exame clínico, exames de análise clínica de retina, fotografia, radiografia do tórax (sem anormalidades) e estudo radiológico dos ossos do crânio e da face, visando principalmente a órbita esquerda. Êste nos permitiu verificar:

1 — sinais de corrosão das porções anterior e posterior da lâmina papirácea esquerda do etmóide;

2 — diminuição de transparência da porção esquerda do etmóide e seio esfenoidal;

3 — opacidade do seio maxilar esquerdo, cujo arcabouço ósseo está indene;

4 — sombra de partes moles, arredondada, projetando-se no ângulo látero-externo do seio maxilar direito;

5 — discreto aumento do diâmetro do buraco óptico esquerdo;

6 — ausência de alterações radiológicas do seio esfenoidal.

O aspecto radiológico da lesão pode ser visto nas radiografias de números 19 e 20.

*Fig. 19**Fig. 20*

Impressão diagnóstica:

Blastoma ósseo maligno da lâmina papirácea esquerda do etmóide.

Indicação e conduta terapêutica:

Considerando a localização e a extensão da lesão, assim como a idade avançada do paciente, foi desaconselhado o tratamento cirúrgico. Foi então indicada a procedida a roentgenterapia de 25 de Fevereiro a 19 de Março de 1953, tendo sido feitas 17 aplicações de 116,16 r em cada um dos cinco campos do crânio e da face perfazendo um total aproximado de 5.000,90 r, foco pele e filtro de 1 mm. cobre. O paciente permaneceu sob vigilância em boas condições gerais e locais até 9 de Janeiro de 1957, quando foi notada extensa recidiva local, com ampla destruição óssea, comprovada pelo estudo radiológico dos ossos do crânio e da face. Por meio dêste, encontramos a opacidade de ambos os seios maxilares e das células etmoidais esquerdas, com sinais radiológicos de comprometimento pelo tumor e velamento do seio frontal esquerdo. Opacidade do seio esfenoidal com imprecisão de seus contornos. Destruição parietal ao nível do ângulo ínfero-externo do seio maxilar esquerdo, imprecisão dos contornos com destruição óssea do assoalho da órbita desse lado, assim como da lâmina papirácea do etmóide. (Ass. Dr. Evaristo Machado Netto).

Em face do resultado, o paciente foi considerado fora de qualquer possibilidade terapêutica e em 13 de Fevereiro de 1957 foi iniciado o tratamento paliativo pela polivacinação orientado pelo Dr. Sebastião Silva Campos.

Os tumores ósseos malignos da parede interna da órbita, rapidamente destroem a lâmina papirácea e penetram nas células etmoidais e daí para as fossas nasais e base do crânio. Desse modo, o tratamento cirúrgico só nos fornece resultados compensadores para as lesões pequenas. As mais extensas são preferentemente tratadas pela roentgenterapia, como procedemos no presente caso, em que apesar de ter sido surpreendida quando já abalava a parede lateral da fossa nasal, com possível propagação para ela, o paciente teve uma cura clínica de 4 anos. Assim mesmo se o seu comparecimento ao nosso ambulatório fosse mais regular, como solicitávamos sempre, por certo a recidiva teria sido diagnosticada mais precocemente e novo tratamento roentgenterápico seria instituído, possivelmente prolongando a fase de cura clínica.

9.^a OBSERVAÇÃO — Blastoma ósseo da parede interna da órbita.

Identificação:

M.C.S., melanoderma, do sexo feminino, solteira, com 17 anos de idade, doméstica, natural e residente em Mimoso, no Estado do Espírito Santo. Matriculada sob o número 38.945 em 23 de Agosto de 1956.

História da doença atual:

Protusão do globo ocular direito há 2 anos, de instalação rápida e um ano após traumatismo local. Esse sintoma veio aumentando progressivamente até que há 2 meses começou a sentir fortes dores de cabeça e na órbita. Logo após, notou o aumento difuso de toda a hemiface direita. Procurou um Hospital Geral, onde fizeram algumas radiografias e uma série de aplicações de roentgenterapia. Como não obtivesse melhoras, o próprio médico que a acompanhava recomendou vir ao Instituto de Câncer.

Exame objetivo:

Assimetria facial por volumoso edema da hemiface direita, mais acentuadamente ao nível da porção súpero-interna do rebordo orbitário. Protusão com desvio do globo ocular homólogo para baixo. Movimentos oculógiros normais. Visão conservada. Pálpebras de coloração acentuadamente avermelhada, com uma zona, ocupando a metade superior das regiões geniana e masseterina, arroxeadas, dolorosas e com sensação de hipertermia local. Pela palpação, sentimos flutuação sob os planos superficiais, dando a impressão de haver coleção líquida. Ausência de linfadenopatias cervicofaciais palpáveis bilateralmente. Temperatura axilar em 39,5° C. A paciente foi fotografada nessas condições de frente e em perfil, podendo ser vistas as fotos de números 21 e 22.

Exames complementares:

Foi submetida ao exame clínico, fotografia, exames de análise clínica de rotina, radiografia do tórax e estudo radiológico dos ossos



Fig. 21



Fig. 22

do crânio e da face, visando especialmente a órbita direita. Os exames de análise clínica revelam acentuada anemia normocítica, normocrômica, estando as hemátias em 3.200.000 e a hemoglobinemina em 60 % — 8,7 %, com volume globular em 30 %. A série branca nos indicou acentuada leucocitose com a especificação que se segue: leucócitos — 20.000, basófilos — 0, eosinófilos — 0, mielo e metamielócitos — 0, bastões — 4 — 800, segmentados 66 — 13.200, linfócitos — 16 — 3.200, monócitos 14 — 2.800. O exame parcial de urina acusou reação forte para o escatol e o estudo radiológico nos permitiu identificar as características do tumor ósseo desenvolvido as custas do etmóide e de crescimento para a órbita, parte do seio maxilar e da fossa nasal do lado direito. A lesão, destrói parcialmente a massa lateral direita do etmóide, sendo bem delimitada, globosa, com áreas de calcificação. Reduz a transformação do seio frontal do mesmo lado. O aspecto, nessas condições, pode ser visto nas radiografias de números 23 e 24.

Impressão diagnóstica:

Blastoma ósseo benigno da parede interna da órbita direita, secundariamente infectado.



Fig. 23



Fig. 24

Indicação e conduta terapêutica:

Pelos exames de laboratório procedido assim como pelas características clínicas e radiológicas assinaladas, acreditamos tratar-se de tumor ósseo benigno, secundariamente contaminado, pelo que foi estabelecida previamente a medicação anti-infecciosa pela administração de antibióticos de largo espectro, com o que conseguimos o desaparecimento de parte dos sintomas inflamatórios e a baixa da taxa de leucócitos para 8.600. Concomitantemente foi corrigida a anemia por intermédio de transfusões de sangue. Indicada e procedida em 25 de Outubro de 1956 a craniotomia frontal direita a Dandy com a ressecção do tumor ósseo. Foi operada pelo Dr. Feliciano Pinto, auxiliado pela Dra. Avelina Pinto, tendo tolerado bem a intervenção cirúrgica. Considerando a infecção concomitantemente, foi drenada a ferida operatória por 72 horas. Com seis dias de operada, foi novamente fotografada, podendo ser vista na fotografia número 25. O posoperatório transcorreu sem anormalidade até o dia de Março de 1957, quando surgiu novo abcesso sob a cicatriz operatória, sendo prescritos antibióticos e praticada a drenagem cirúrgica. Ràpidamente se restabeleceu, estando a paciente atualmente (Setembro de 1957), com 11 meses de operada e em

*Fig. 25*

ótimas condições gerais e locais. A peça cirúrgica foi examinada pelo Prof. Francisco Fialho, mostrando-se tratar-se de fibroma ósseo, com áreas de calcificação.

O fibroma ósseo é lesão benigna, que não responde às irradiações, bem delimitado, com características radiológicas que nos permitem suspeitar de sua natureza, pela identificação de lesão de densidade igual ou ligeiramente maior que à de partes moles, com tendência à calcificação e à ossificação. Nessa situação, encontramos massa neoplásica com áreas de densidade calcárea ou mesmo óssea. Tem evoluir lento e a sintomatologia acusada prende-se, salvo exceção, aos fenômenos compressivos que acarreta. O tratamento é exclusivamente o cirúrgico, compreendendo a extirpação da lesão com margem de segurança. O exame histopatológico é imprescindível para a confirmação diagnóstica e para a diferenciação com as demais lesões blastomatosas. Recidivam com frequência quando não são extirpadas com a margem de segurança necessária e ocasionalmente degeneram na lesão maligna da mesma linhagem histológica. O prognóstico é bom, salvo para os casos de degeneração maligna e para as complicações graves por compressão de elementos nobres da região.

10.^a OBSERVAÇÃO — Blastoma ósseo do vértice e parede externa da órbita esquerda.

Identificação:

R.A.L., leucoderma, do sexo feminino, com 2 anos de idade, natural e residente em Areal, Estado do Rio de Janeiro. Matriculada sob o n.º 40.735 em 30 de Janeiro de 1957.

História da doença atual:

Protusão do globo ocular esquerdo há 2 meses, seguida de sinais de irritação da conjuntiva bulbar. Pouco após, foi notado nódulo na região temporal homóloga, imediatamente para trás do rebordo orbitário. No início do corrente ano, procurou o Dr. José Ribe Portugal, que após detalhados exames clínico, radiológico e de análise clínica, internou a paciente, submetendo-a a intervenção cirúrgica, após a qual no-la enviou. Na mesma, o referido neurocirurgião esclarece que a menor era portadora de tumor da grande asa do esfenóide com propagação para pequena área da escama do temporal. Sofreu no início de Janeiro de 1957, craniotomia frontotemporal esquerda com ampla via de acesso à lesão, seguida de sua completa extirpação. A peça cirúrgica foi examinada pelo Dr. Javier Puig Serra e segundo o mesmo, tratava-se de granuloma eosinófilo. A enferma foi encaminhada ao Instituto Nacional de Câncer para roentgenterapia complementar.

Exame objetivo:

Na data da matrícula, a paciente apresentava apenas discreta enoftalmia com boa mobilidade do globo ocular esquerdo.

Visão conservada bilateralmente. Reflexos luminosos presentes. Cicatriz arqueada, fronto-temporal esquerda, de bom aspecto, resultante da cirurgia acima referida. O aspecto da paciente no dia da matrícula, pode ser visto na fotografia de n.º 26.

Exames complementares:

Foi submetida ao exame clínico, fotografia, radiografia do tórax e estudo radiológico dos ossos do crânio e da face, visando principalmente a órbita operada. Este, nos permitiu confirmar a ra-



Fig. 26

dicalidade do ato cirúrgico, restando localmente perda de substância operatória do vértice e parte do teto e parede externa da órbita esquerda. O aspecto pode ser visto nas radiografias de n.º 27 e 28.



Fig. 27

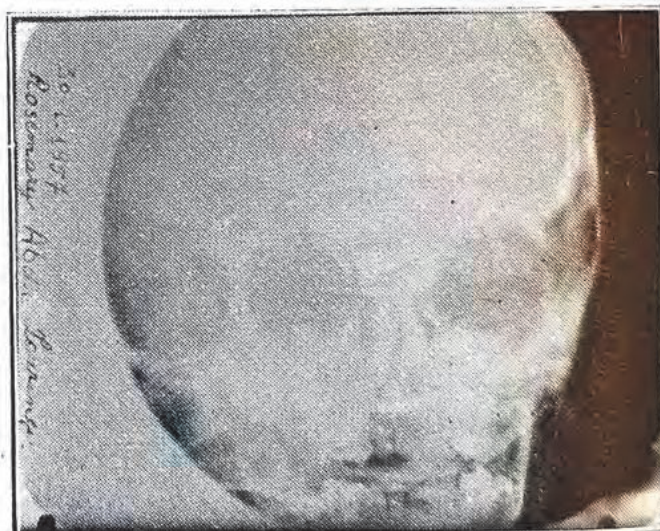


Fig. 28

Indicações terapêuticas:

Não havendo qualquer alteração suspeita de lesão residual ou recidivante, atendendo a solicitação formulada, a paciente foi submetida à roentgenterapia complementar profilática e logo após recam-

biada ao Serviço de origem. Encontra-se atualmente (setembro de 1957) com 8 meses de tratada e em ótimas condições gerais e locais.

O comentário sobre o granuloma eosinófilo será feito com o próximo caso, de diagnóstico histológico idêntico.

11.ª Observação: Blastoma ósseo do vértice e parede externa da órbita esquerda.

Identificação:

R.T.G.M., leucoderma, do sexo masculino, com 1 ano e 7 meses de idade, natural e residente em Mato Grosso. Matriculado sob o n.º 25.467 em 9 de maio de 1953.

História da doença atual:

Foi relatado pela mãe do enfêrmo que há 3 meses notou protusão do globo ocular esquerdo de exacerbação lenta e progressiva. Com a instalação dêsse sintoma, seguiu-se acentuada hiperemia da conjuntiva homóloga, pêrdas sanguíneas pelo nariz, anorexia e emagrecimento. Pouco após, foi percebido pequeno nódulo na região temporal esquerda, o qual tem aumentado ràpidamente de tamanho. Não foi instituído qualquer tratamento até essa data, quando o menor foi levado por seus pais a um cirurgião, que ao examiná-lo recomendou procurar o Instituto Nacional de Câncer.

Exame objetivo:

Acentuada protusão do globo ocular esquerdo, que se acha quase completamente recoberto por tumor de consistência elástica e depressível, de limites irregulares e pouco nítidos, recoberto por mucosa hiperemiada e com abundante secreção sero-purulenta. Redução acentuada dos movimentos do bulbo óptico, com visão apenas para os vultos próximos. Ao exame da região temporal esquerda, notamos volumoso tumor, que torna essa fossa abaulada, estando recoberta por pele de aspecto normal, consistência uniformemente endurecida limites imprecisos, bordas elevadas, com cêrca de 6x6 cms. de diâmetro. Ôlho direito normal. O aspecto do enfêrmo na data da matrícula pode ser visto na fotografia de número 29.



Fig. 29

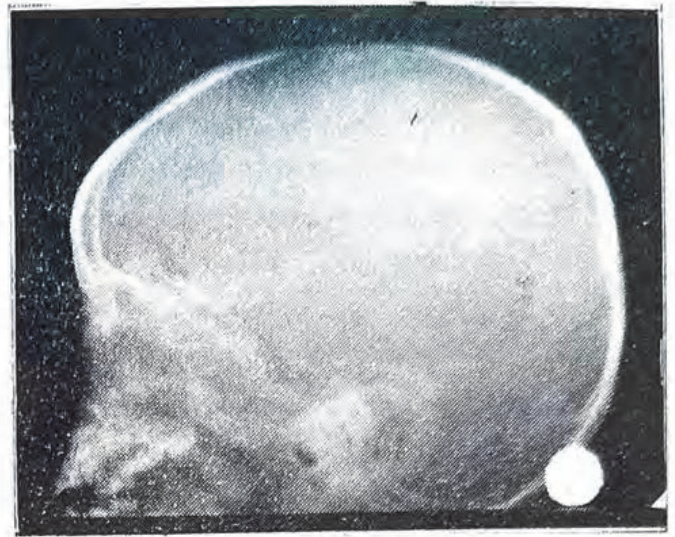
Exames complementares:

O paciente foi submetido ao exame otorrinolaringológico (que nada revelou de anormal), exames de análise clínica de rotina, fotografia, radiografia do tórax (normal) e estudo radiológico dos ossos do crânio e da face, visando especialmente a órbita esquerda. Este, procedido pelo Dr. Evaristo Machado Netto, nos permitiu identificar a área de maior transparência, contorno regular e arredondado, com cerca de 12 mms. de diâmetro, situada na face externa esquerda do frontal, fossa temporal. Desaparecimento da linha denominada desse lado, fazendo suspeitar de lesão destrutiva da grande asa do esfenoide. O aspecto das radiografias pode ser notado nas radiografias de número 30 31.

Impressão diagnóstica: Blastoma ósseo do vértice e parede externa da órbita esquerda.

Orientação e conduta terapêuticas:

Em face de lesão osteolítica nessa localização, foi inicialmente procedida a biópsia, cujo resultado fornecido pelo Prof. Francisco Fialho, foi (B. 14.528) — granuloma eosinófilo. Diante desse resultado, na época, só nos restava instituir o tratamento roentgen-terápico, o qual foi prontamente iniciado. O paciente recebeu por

*Fig. 30**Fig. 31*

2 campos, 200 r diàriamente, em 8 aplicações, perfazendo um total de 1600 r, com filtro de 0,5 de cobre.

A lesão regrediu completamente ficando o menor clìnicamente curado, como pode notar-se pelo seu aspecto na fotografia de nú-

*Fig. 32*

mero 32. Em Setembro de 1953, ou seja, com quatro meses de tratado, surgiram 3 lesões recidivantes sendo duas ósseas e uma cutânea. As primeiras foram notadas na região occípito-frontal (crânio) e na mandíbula (ao nível do mento) e a terceira, cutânea, na região tóraco-dorsal à direita. As radiografias do esqueleto evidenciaram lesão osteolítica de aspecto semelhante à primeira, situadas nos parietais e na mandíbula. Procedida à biópsia da lesão cutânea, (B. 15.545 de 2. X. 1953) esta nos confirmou tratar-se de granuloma eosinófilo. Assim sendo, foi iniciada nova série de roentgenterapia, regredindo as lesões assinaladas. No entanto, poucos dias após surgiram outras lesões semelhantes, sendo a maior delas no úmero esquerdo, assim como linfadenopatias múltiplas cèrvicofaciais, e o paciente faleceu vítima da generalização da enfermidade em 13 de Janeiro de 1954.

Teve portanto uma sobrevida de 11 meses do início da enfermidade e de 8 meses do tratamento. Completamos a documentação do caso com a apresentação da radiografia do crânio em perfil evidenciando-se as lesões ósseas características do granuloma eosinófilo. (Foto n.º 33).

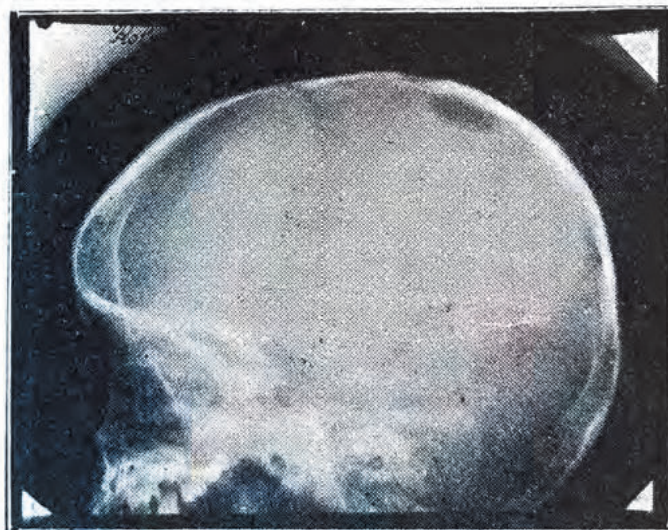


Fig. 33

O granuloma eosinófilo não é propriamente lesão blastomatosa, mas sim retículo-endoteliose com alteração metabólica por impregnação lipoídica, de etiologia desconhecida, com variada sintomatologia clínica, que lembra, até certo ponto, a das neoplasias desse sistema. Por essa razão, foi estudado no presente trabalho.

Inicialmente identificadas, as suas manifestações cutâneo-mucosas, pelos dermatologistas, entre os quais MARTINOTTI (31) e

HENSCHEN (32), foram ulteriormente estudadas as manifestações ósseas por FINZI (33). Essas lesões ósseas, posteriormente foram novamente detalhadas por JAFFE e LICHTENSTEIN (34).

Em 1941, FARBER (35) apresenta razões para estabelecer a relação entre o granuloma eosinófilo, a doença de Hand-Schüller-Christian e a doença de Letterer-Siwe. Acredita esse autor que estas três síndromes correspondem às variedades de formas clínicas com que a mesma enfermidade pode se apresentar, sendo que a última representa a forma aguda de rápido evoluer e de maior gravidade. Em tôdas as três, os transtornos vasculares, ganglionares, ósseos e cutâneos são causados por alterações lipoídicas do sistema retículo histiocitário. A semelhança histológica entre essas lesões e a correspondência de sintomas, permitiu aos dermatologistas norte americanos relacioná-las entre si, segundo o conceito atualmente admitido e classificá-las como tesaurosismoses lipoídicas ou lipoidodistrofias acumulativas. Em alguns pacientes, como o nosso segundo caso e um dos oito encontrados por SCHAJOWICZ e POLACK (36), as alterações ósseas se acompanhavam das cutâneo-mucosas. Esses autores classificam o granuloma eosinófilo como uma hiperplasia retículo-histiocitária da medula óssea, apresentando classificação própria para essas afecções, com a qual concorda, em parte, FRANCISCO FIALHO (37), ao apresentar um caso de granuloma eosinófilo também observado no Instituto Nacional de Câncer.

THANNHAUSER (38), considerando a caracterização da enfermidade pelos depósitos de colesterol e seus ésteres nos tecidos de linhagem mesenquimal, como o demonstrou ROWAND (39), designou-a de colesteratose metaplásica retículo-histiocitária e AMADEU FIALHO (40) de retículo-histiocitoma benígno. Não há dúvida, que se trate de uma xantomatose crônica idiopática, com acentuada tendência heredofamiliar, de aparecimento ocasional e raro.

As teorias glandular, infecciosa e traumática, encontram diferentes defensores e opiniões contrárias. LICHTENSTEIN, (41) por exemplo, acredita tratar-se de uma virose. A ação do traumatismo como fator desencadeante, referido por OTANI e EHRLICH (42) não nos parece muito aceitável, servindo, na realidade, para focalizar a atenção do doente em um ponto em que a doença se instalou.

No que se refere à incidência, temos encontrado maior referência às manifestações percebidas nas crianças e adultos jovens. No entanto, existem casos em indivíduos já na segunda metade da existência, como o apresentando por THOMA (43) em um paciente

com 51 anos de idade. Quanto ao sexo, é o masculino o mais freqüentemente afetado (em cerca de 3 para 1).

A descrição do aspecto histopatológico da lesão, que é um processo granulomatoso com reação inflamatória em diferentes estádios evolutivos, com abundância de leucócitos polimorfonucleares e eosinófilos, foge à nossa intenção e pode ser encontrada no trabalho de FRANCISCO FIALHO (37) supracitado.

Sintomatologia:

Os sintomas mais freqüentemente encontrados no granuloma eosinófilo são até certo ponto semelhantes aos da doença de Hand-Schüller-Christian e a de Letterer-Siwe, porém de menor gravidade. Têm sido publicados casos em que o diabetes insípido não foi encontrado, outros em que as perturbações do crescimento não se fizeram notar, outros em que não existe a hepatoesplenomegalia ou mesmo a exoftalmia. Pela revisão dos casos registrados, acreditamos que mais freqüente são as alterações cutâneo-mucosas, gengivo-dentárias e ósseas (nos pacientes com granuloma eosinófilo).

As alterações cutâneo-mucosas usualmente são representadas por manchas cutâneas amareladas ou marrom-amareladas, causadas pelo depósito de colesterol e seus ésteres sob a pele e são mais notadas nas pálpebras e comissuras palpebrais. O diabetes insípido é possivelmente de origem hipofisária, como nos afirma ROWLAND (39).

Na boca, encontramos com certa frequência sinais de estomatite com acentuada paraodontite ulcerosa. Nos maxilares, há o retardamento ou mesmo a paralização do evoluer do germe dentário, que não raro é expulso, seguindo-se a desintegração exfoliativa da apófise alveolar no segmento correspondente e hemorragia "em lençol". Em torno dos dentes já formados quando a doença se instala, desenvolvem-se cistos periapicais, zonas de rarefação da base do alvéolo, áreas de erosão da mucosa, de coloração avermelhada ou vermelho-arroxeadas, rasa, com superfície granulosa, contornos nítidos e irregulares, discreta infiltração de base, sangrando com grande facilidade.

A exoftalmia, encontrada com relativa frequência, pode ser uni ou bilateral e tem origem pouco esclarecida. Para alguns autores, entre os quais O. DOMINGUES, F. RODRIGUES e M. SAWAYA (44), ela é de origem mecânica, sendo devida à deformação do teto da órbita, que reduzido à simples membrana, cede ao peso do encéfalo. THOMA (42) prefere a hipótese da deposição de colesterol

no tecido adiposo retrobulbar com conseqüente aumento da tensão desse segmento.

Os exames de análise clínica mostram habitualmente hipercolesterolemia com moderada leucocitose e algumas vezes eosinofilia.

As alterações esqueléticas são, a nosso ver as mais características e freqüentes. Apresentam-se radiologicamente como áreas de rarefação óssea, de tamanho variável, contornos regulares e aproximadamente circular. São habitualmente observadas nos ossos de origem membranosa, ou seja, na abóboda craniana. Outros ossos também podem ser afetados, tais como a mandíbula, maxilar superior, omoplata, ilíaco, costelas, vértebras, tíbia, femur e úmero. A palpação dos planos superficiais que recobrem a área de osteólise, sentimos flutuação indolor e sem temperatura local, persistindo a pele com suas características normais, lembrando a sensação de coleção líquida subcutânea. A lesão pode ou não tender para a multiplicidade, embora usualmente o faça. Em sua forma clínica de lesão solitária, há acentuada benignidade no evoluer da enfermidade, ao contrário das lesões que desde o início apresentam-se com diversos focos de osteólise e alterações cutâneo-mucosas. Os nossos dois casos reforçam a afirmativa, apesar de têmos ainda pouco tempo de vigilância no primeiro caso.

O prognóstico até então sombrio, tem sido melhorado com a introdução da quimioterapia pelo hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) e da cortisona em altas doses. Sobre os detalhes da administração dessas drogas, pode ser consultado o trabalho de O. DOMINGUES, F. RODRIGUES e M. SAWAYA (44), uma vez que a nossa experiência a esse respeito resume-se a um caso atualmente em utilização.

Conclusões:

Pela consulta à literatura mundial especializada e pelos casos apresentados, chegamos à conclusões que se seguem, muito embora sujeitas a severas críticas, uma vez que pela relativa raridade das lesões ósseas da órbita, poucos autores têm experiência suficiente no assunto:

1 — Os tumores ósseos orbitários são relativamente raros e os intraorbitários de aparecimento excepcional;

2 — Os tumores intraorbitários têm evolver relativamente moroso, conservando-se por muito tempo localizados e portando-se por êsse motivo com certa benignidade clínica, mesmo as lesões histologicamente malignas;

3 — O tratamento de melhor proveito para o enfêrmo em face de lesão blastomatosa maligna intraorbitária externa, corresponde a exenteração da cavidade orbitária. Essa necessidade torna-se mais urgente quando o globo ocular está comprometido ou quando êsse comprometimento já se processa para as paredes da órbita. A exenteração não impede que a roentgenterapia possa ser utilizada como recurso complementar no tratamento de alguns tumores radiosensíveis, sendo mesmo aconselhável que se empregue em tais casos.

4 — O tempo que os pacientes portadores dessas lesões esperaram para procurar o tratamento, variou entre alguns dias e 34 anos, sendo em média de 68 meses, ou seja 5 anos e 8 meses. Mesmo assim, somente 1 dêsses enfêrmos chegou ao Hospital fóra de possibilidades terapêuticas. Isto, nos permite concluir que também os tumores ósseos das paredes da órbita, têm evolver lento, embora nem tanto quanto os intraorbitários e que, reduzindo-se o tempo de espera para a instituição do tratamento, êste será mais fácil e de melhores resultados.

5 — Nos 10 pacientes portadores de lesão blastomatosa óssea das paredes da órbita, registrados no presente trabalho, o exame direto nos permitiu palpar o tumor em todos êles. Em 9 enfêrmos havia protusão do globo ocular; em 7, sinais de pseudoconjuntivite; em 4, pêrda progressiva da visão, dor localizada e redução da amplitude dos movimentos do ôlho — sendo em 1 com sinais de paralisia do motor ocular externo. Em 3 doentes, foi notado o desvio do bulbo óptico em relação ao eixo ântero-posterior da órbita. Dêsse modo, podemos afirmar que a história da doença com um exame local criterioso, nos permite suspeitar da existência da lesão blastomatosa.

6 — Em todos os casos, somente os exames de análise clínica de rotina, o estudo radiológico dos ossos do crânio e da face, visando principalmente a órbita, nos permitem avaliar as condições e as possibilidades de tratamento.

7 — Embora muitas vêzes, o exame radiológico nos permita suspeitar da natureza da lesão, somente o exame histopatológico pro-

cedido em material colhido por biópsia prévia ou mesmo de todo o tumor extirpado nos permite afirmar o tipo do tumor e garantir a precisão do diagnóstico diferencial.

8 — O traumatismo, foi referido por 4 dos 11 doentes estudados. A sua ação como fator desencadeante não nos parece merecer tanta importância servindo na realidade, para focalizar a atenção do doente sobre o ponto em que a afecção se instalou inicialmente.

9 — O tratamento cirúrgico o que melhor resultado nós oferece para os tumores ósseos da órbita (inclusive os intraorbitários). Para as lesões do teto e vértice, preferimos a craniotomia frontal ou fronto-parietal (feitas habitualmente pelo neuro-cirurgião). Para os tumores do assoalho e parede interna da órbita, procedemos a órbitomia anterior ou a órbitoprosotomia para uma boa exposição da lesão, condição indispensável para a radicalidade da intervenção.

10 — Os tumores da parede interna, com relativa rapidez atingem a fossa nasal correspondente, como foi observado em 2 dos nossos 3 casos. Nessa localização, para as lesões malignas mais extensas, utilizamos com melhor proveito a roentgenterapia, excessão feita para os tumores que pela sua extensão já ultrapassaram os limites de tratamento. Nêsse último caso, procedemos a roentgenterapia paliativa.

11 — A radioterapia sob suas diversas formas deve ser empregada como arma complementar nas lesões malignas cirurgicamente extirpáveis e radiosensíveis.

12 — Êsses tumores são susceptíveis de contaminação secundária que mascaram a sintomatologia. Dêsse modo, em face de sinais de lesão infecciosa, não se deve desprezar a possibilidade de lesão blastomatosa concomitante.

13 — Há necessidade imperiosa de que o doente seja controlado periódicamente pelo especialista esclarecido e conhecedor dos problemas clínicos e das possíveis complicações que o tumor possa acarretar.

14 — Em face de lesão da mesma natureza, o prognóstico será tanto melhor quanto mais precocemente foi instituída a terapêutica adequada.

15 — Os tumores ósseos da órbita, mesmo os de grande malignidade histopatológica, só fornecem metástases em estágio muito avançado. Essa afirmativa baseia-se não só na literatura especializada a respeito como pela revisão dos casos apresentados. Até mesmo o doente que nos chegou às mãos em face de inoperabilidade, não apresentava linfadenopatias palpáveis. As metástases viscerais também são raras uma vez que a lesão é de malignidade predominantemente local, destruindo ou comprimindo áreas da base do crânio, do encéfalo e da face, com o que agravam o estado do doente. O 2.º caso de granuloma eosinófilo foi o único a apresentar linfadenopatias palpáveis (préauricular e submandibular). Essa alteração não deve ser considerada, segundo conceito atual da enfermidade, como metástase e sim como manifestação ganglionar da doença que é de caráter sistêmico.

RESUMO

No presente trabalho, o autor inicialmente acentua a relativa raridade dos tumores ósseos da órbita, referindo que êstes, foram observados em apenas 11 dos 42.630 doentes registrados nos 19 anos de existência do Instituto Nacional de Câncer.

O autor refere os meios usuais para o diagnóstico, para a avaliação das condições clínicas e as possibilidades de tratamento dessas lesões. Procede, a seguir, ao resumo dos casos clínicos que se prestaram à realização do presente trabalho, documentando com fotografias e radiografias, estudando a indicação terapêutica, que a seu ver é preferentemente cirúrgica, seguida de radioterapia para as lesões sensíveis às irradiações. Acentua a necessidade de adaptação da técnica empregada às condições do enfermo; localização, extensão e às características clínicas e radiológicas do tumor.

Para as lesões das paredes, o autor indica a via de acesso ampla com ressecção imediata do tumor, exceto para as lesões que habitualmente se apresentam em caráter sistêmico, para as quais prefere a radioterapia ou o tratamento quimioterápico. Para as lesões intraorbitárias, indica a extirpação do tumor e se necessária a exenteração da órbita. O exame histopatológico da peça cirúrgica é procedido como rotina. O autor encerra com algumas conclusões que o estudo dos casos apresentados e a revisão da literatura especializada o permitiu chegar.

Résumé .

Dans cette ouvrage, l'auteur commence en accentuant la rareté relative des tumeurs osseuses de l'orbite. Il informe que ces tumeurs n'ont été observés que dans 11 cas sur les 42.630 malades qui sont présentés pendant les 19 ans d'existence de l'Instituto Nacional do Câncer.

L'Auteur fait mention des techniques usuelles du diagnostic pour l'évaluation des conditions cliniques et des possibilités de traitement de ces lésions.

Il poursuit en donnant le résumé des cas cliniques qui se sont prêtés à la réalisation du présent travail.

Il documente ces observations au moyen de photographies et de radiographies étudiant l'indication thérapeutique qui, à son avis est de préférence une thérapeutique chirurgicale complétée par la radiothérapie pour les lésions susceptibles d'irradiation.

L'auteur insiste sur la nécessité d'adapter la technique aux conditions physiques du malade; à la localisation, à l'extension et aux caractéristiques cliniques et radiologiques de la tumeur. En ce qui concerne les lésions des parois, l'auteur conseille l'accès large avec résection immédiate de la tumeur, exception faite pour les lésions osseuses que se manifestent habituellement en caractère systémique. Pour ces lésions, il préfère la radiothérapie ou le traitement chimiothérapique. En ce qui concerne les lésions intraorbitaires, il preconise l'extirpation de la tumeur et au besoin l'extirpation du globe oculaire ou même l'exenteration de l'orbite. Il est de routine de proceder à l'examen hystopathologique de la pièce.

L'auteur termine en citant quelques conclusions auxquelles il lui a été permis d'arriver pour la revision de la littérature mondiale et pour l'étude des cas observés.

RIASSUNTO

Nel presente lavoro, l'autore inizialmente accentua la relativa rarità dei tumori ossei dell'orbita, riferendo che questi stati osservati in appena 11 dei 42.630 malati registrati in i 19 anni di esistenza di Instituto Nazionale di Cancro.

L'autore riferisce i mezzi usuali per il diagnostico, per la valutazione delle condizione cliniche e le possibilità di trattamento dei casi clinichi che si hanno apprestati alla esecuzione del presente lavoro, documentando con fotografie e radiografie, studiando l'indica-

zione terapeutica che a suo vedere è preferentemente chirurgica, seguita della radioterapia per le lesioni sensibili alle irradiazioni. Accentua la necessità di adattamento della tecnica impiegata alle condizioni dello malato; localizzazione, estensione e le caratteristiche cliniche e radiologiche del tumore.

Per la lesione delle pareti, l'autore indica la via di accesso ampia con recesso immediato del tumore, fatta l'eccezione per le lesioni ossee che abitualmente si manifestano in carattere sistemico, per le quali preferisce la radioterapia e il trattamento chemioterapico. Per le lesioni intraorbitali indica l'estirpazione del tumore e se necessario lo sventramento dell'orbita. Il esame istopatologico della pezzo chirurgica è proceduto come usanza. L'autore chiude con alcune conclusioni che la revisione della letteratura mondiale e il studio dei casi presentato ha permesso d'arrivare.

SUMMARY

The author in his report stresses the fact that osseous tumors of the orbit are rather scarce.

He states that this kind of tumor has been observed only in 11 cases out of the 42.630 patients who called at the National Institute of Cancer, during its 19 years of existence.

The author mentions the usual diagnostical techniques for the estimate of clinical conditions and the possibilities for treatment of those lesions.

Following he gives a summary of the clinical cases which were the subject of the present report. He documents his observations by means of photographs and radiographies studying the therapeutic means which in his opinion are by preference the complete surgical removal, completed by radiation therapy for such lesions which are susceptible to be irradiated. The author stresses the point that it is necessary to adapt the therapeutic technique to the physical conditions and the extension as well as to the clinical and radiological characteristics of these tumours.

In so far as the wall's orbit lesion are concerned the author advises an ample way of kindled and immediate ablation of the tumour. Bone lesions usually present in systemic character must be excluded of the surgical treatment. For that lesions, he prefers radiation therapy or even chemotherapy treatment. When intra-orbital lesions are present, he prefers extirpation of the tumor and if necessary the orbital exenteration. It is common practice to pro-

cede to the histopathological examination of the surgical object. The author at last, mentions the conclusions obtained of the specialized literature reached through the treatment of the various cases under his observation.

ZUSAMMENFASSUNG

Anfangs betont der Autor die relative Seltenheit der Knochentumoren der Augenhöhle und stellt fest, dass diese bei 11 von insgesamt 42.630 im Nationalen Krebsinstitut während seines 19 jährigen Bestehens registriert wurden.

Der Verfasser beschreibt die allgemeinen Hilfsmittel zur Diagnose, zur Abschätzung des klinischen Befundes und der therapeutischen Möglichkeiten dieser Tumoren. Es folgt eine kurze Beschreibung der dieser Arbeit zugrundeliegenden Fälle, sowie erläuternde Fotografien und Radiografien; der Autor befasst sich mit Frage der Behandlung, die seiner Meinung vorzugsweise chirurgisch ist, mit nachfolgender Bestrahlung bei sensiblen Tumoren. Es wird die Notwendigkeit betont, dass die angewandte Technik den individuellen Bedingungen des Kranken, der Lokalisation, Ausdehnung und klinischen sowie radiologischen Eigenarten der Tumors angepasst werden muss.

Bei Geschwülsten der Augenhöhlenwände wählt der Autor einen geräumigen Zugang unter sofortiger Resektion des Tumors, mit Ausnahme der Fälle systemischen Charakters, in denen er die Radiotherapie und medikamentöse Behandlung vorzieht. Bei intraorbitären Geschwülsten hält er die Exstirpation des Tumors und gegebenenfalls die Entleerung der Augenhöhle für angezeigt. Die histopathologische Untersuchung wird routinemässig durchgeführt. Der Verfasser zählt anschliessend einige Schlüsse auf, zu denen er aufgrund des Studiums der Fälle gelangt ist.

CITAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — ZENTMAYER — Um caso de osteossarcoma da órbita. Amer. Journ. Ophth. 1926.
- 2 — NIDA — Osteossarcôme de l'orbite. Amer. Journ. Ophthalm. Ser. III, vol. 6. 1928.
- 3 — ROLLET, J. e PARTHIOT — Sarcôme de l'orbite à évolution lente. Bull. Soc. Ophth. Paris. 1928.
- 4 — THIAPONT e BAUMENS — Osteo-sarcôme symétrique envahissant le deux orbites. R. O. N. O. 1930.

- 5 — BOURGET — Osteosarcôme de la region temporale et de la paroi externe de l'orbite. Bull. Soc. Ophth. Paris. 1933.
- 6 — WHEELER, J. R. — Osteoma of the orbit. Brit. Journ. Opht. Março 1956. Vol. XL, n.º 3.
- 7 — BENEDICT, W. L. — Surgical treatment of tumours and cysts of the orbit. Amer. Journ. of Ophtalm. 1949, 32. 763-773. pp.
- 8 — SPAETH, EDMUND B. — Ocular tumors. A study of incidence of the various types and their mortality rates. Arch. Ophtalm. 1951. Vol. 64, n.º 4.
- 9 — ABDIN, GAMAL — Bull. of the Ophthalmological Society of Egypt. 1955. Vol. XLIII, Session 52.
- 10 — PAYRAU, P. e PERDRIEL, G. — L'osteome ostéóide — tumeur primitive de l'orbite. Annales d'Occulistique. 115 Anée, fasc. 7. Julho 1956. 628-641 pp.
- 11 — INGALLS, R. G. — Tumors of the orbit and allied pseudo tumors. Thomas Springfield. Illinois. 1953.
- 12 — PFEIFFER, R. Z. — Roentgenology of the exophtalmus with neter on the roentgen ray in ophtalmology. Part. III. Amer. Journ. Opht. 1943. 26. 928-942 pp.
- 13 — BARSOUM, LABIB — Osteoma of the frontal and nasal bones. Bull. of Opht. Society of Egypt. 1948. Vol. XLI, Session 45.
- 14 — KLINOWSK, C. — Sobre a freqüência de tumores do olho. Klinika Oczna. Acta Polonica. 1948. 18. 404. 3-4.
- 15 — DUKE ELDER, W. STEWART — Text-book of Ophtalmology. Kimpton Ed. Londres. 1952.
- 16 — STOCK, FÜCKS — Klin. M. Augh. 1918. Vol. LXI. pág. 14.
- 17 — HESS, C. — Zur Pathogenese des Mikrophtalmus. Arch. fur Opht. 1888. Vol. 34. N.º 3. 147-194 pp.
- 18 — SCHREIBER, L. — Zur Pathologie der Bindhaut. Arch. f. Opht. 1913. 84. 420-432.
- 19 — HARTRIDGE, G. — Osteoma of the conjunctiva. Tr. Opht. Soc. United Kingdom. 1895. 15. 51-55 pp.
- 20 — HILTON ROCHA — Comunicação pessoal feita ao autor no 2.º Congresso Médico da Zona da Mata. Juiz de Fora. 1956.
- 21 — VALUDE, E. — Plaques fibro-cartilagineuse épisclérales. Bull. Soc. d'Opht. Paris. 1899. 42-43 pp.
- 22 — SCHIECK, F. — Eine bislang unbekannte Missbildung des Auges. Ber. u. d. versamml. d. deutsch. opht. Gesellsch. Heidelberg. 1910. p. 311.
- 23 — BALLANTYNE, A. J. — Two cases of epibulbar osteoma. Acta Ophtalmologica. 1940. 99. 87-95 pp.
- 24 — PAULO FILHO, A. — Tumores epibulbares. Rev. Bras. Oftalmologia. Dez.º 1951. Vol. 10, n.º 2. 67-106 pp.
- 25 — REESE, ALGERNOON B. — Tumors of the eye. N. York. Paul B. Hoeber Inc. Harper Book. 1951. 574 pp.
- 26 — PRINCE, JACK H. — Comparative anatomy of the eye, Springfield. Illinois. Charles C. Thomas Publisher. 1956. 418 pp.

- 27 — SCHIRRE, LOUIS — Ossification in a conjunctival tumor. Brit. Journ. of Ophth. Julho 1955. Vol. XXXIX, n.º 7.
- 28 — EWING — citado por REESE (25) em comunicação pessoal.
- 29 — KIRSCHNER, MARTIN e KLEINSCHMIDT, O. — Tratado de técnica operatória general y especial. Tomo II. 2. parte. Barcelona. Labor Ed. 1948. 637 pp. 2.^a ed. em castelhano, traduzida do alemão.
- 30 — PINTO, FELICIANO — Temas de neurocirurgia. Rev. Bras. Cirurgia. Julho 1957.
- 31 — MARTINOTTI — citado por FRANCISCO FIALHO (37).
- 32 — HENSCHEN — citado por DOMINGUES, RODRIGUES e SAWAYA (44).
- 33 — FINZI — citado por FRANCISCO FIALHO (37).
- 34 — JAFFE, H. L. e LICHTENSTEIN, L. — Eosinofilic granuloma of bone. Amer. Journ. Path. 1940. XVI. 595 e Arch. Path. 1944. 37. 99.
- 35 — FARBER, S. — The nature of solitary or eosinofilic granuloma of bone. Amer. Journ. of Path. 1941. 17. 625.
- 36 — SCHAJOWICZ, FRITZ e POLAK, MOISES — Contribución al estudio del denominado granuloma eosinofilico y a sus relaciones con la xantomatosis osea. Arch. Hist. normal y Patologica. Junho 1946. Vol. III. 47.
- 37 — FIALHO, FRANCISCO — Sobre um caso de granuloma eosinófilo do úmero. Rev. Bras. Cancerologia. 1947. Vol. 1, n.º 1. 59-63 pp.
- 38 — THANNHAUSER, S. J. e MAGENDANTZ, H. — The different clinical groupe of xanthomatous diseases. Ann. Int. Med. 1938. 11. 1662.
- 39 — ROWLAND, R. S. — Xanthomatosis and the reticulo-endothelial system. Arch. Int. Med. 1928. 42. 611.
- 40 — FIALHO, AMADEU — citado por FRANCISCO FIALHO (37).
- 41 — LICHTENSTEIN — citado por DOMINGUES, RODRIGUES e SAWAYA (44).
- 42 — OTANI, S. e EHRLICH, J. C. — Solitary granuloma of bone simulating primary neoplasma. Amer. Journ. Path. 1940. Vol. XVI. 479 p.
- 43 — THOMA, KURT H. — Oral Pathology. St. Louis. U.S.A. The C.V. Mosby Co. 1954. 1536 pp. 4.^a ed.
- 44 — DOMINGUES, OSIRIS; RODRIGUES, FELISBERTO e SAWAYA, MELCHIOR — Enfermidade de Hand-Shüller-Christian. Med. Cir. Farmácia. Set.º 1955. Vol. 233. 415-425 pp.