

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Vol. XVIII

Junho de 1959

N.º 2

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE DA UNIVERSIDADE
DO RIO GRANDE DO SUL

CATEDRA DE CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

AULA INAUGURAL DO CURSO DE POST-GRADUAÇÃO(1959-1960) (1)

Prof. Ivo Corrêa Meyer
Porto Alegre

A exposição de motivos que agora passo a vos transmitir reflete o sentimento da responsabilidade assumida por todos os docentes da Cátedra de Oftalmologia ante o encargo que lhes foi cometido pelos superiores órgãos de Direção da Faculdade de Medicina de realizar o primeiro Curso de Post-Graduação de Clínica Oftalmológica, cuja duração será de dois anos.

Contando com a prestimosa colaboração de várias Cátedras e alguns Serviços da Faculdade, iremos pouco a pouco, no desenrolar das atividades do Curso, procurar corresponder dignamente a esta elevada e alentadora prova de confiança posta em nós para iniciar e concretizar a ingente tarefa de pôr em execução essa importante forma de educação médica.

Vem-me, neste momento, a este propósito, à lembrança palavras autorizadas, há muito aqui proferidas pelo Sr. Professor SAINT-PASTOUS, que se ajustam rigorosamente ao significado da presente solenidade: «Qualquer que seja o acontecimento que se comemore nesta Escola, de relêvo invulgar ou de modesta significação, decorrerá sempre como corolário da obra de **Sarmiento Leite**, o estóico consolidador da grandeza desta Faculdade, que ele amou mais que a própria vida».

O Curso de Post-Graduação de Clínica Oftalmológica, louvável e oportuna iniciativa do Sr. Diretor da Faculdade de

1) Proferida em 4-4-1959.

Medicina de Pôrto Alegre, Professor JOSE' CARLOS DA FONSECA MILANO, será, se Deus assim aprouver, uma obra verdadeiramente transcendental e assinalará época na ordem, na natureza e na evolução de uma nova modalidade, entre nós, de ensino e de educação médica.

Terá, nas crônicas de nossa Faculdade, o sentido de uma obra educativa de imensa utilidade e de larga repercussão em todos os domínios da esfera de ação da Medicina, principalmente quando fôr possível estender-se essa modalidade de aperfeiçoamento do ensino médico às demais disciplinas, de tal arte que a Faculdade prossiga e continui a prestar ao médico, egresso de seus quadros, o patrocínio de ordem educativa imprescindível e pertinente ao complemento de sua formação acadêmica, de sua preparação profissional e de seu aperfeiçoamento cultural e científico.

Em verdade, a preparação do formado, a renovação ou atualização periódica de seus conhecimentos e o aperfeiçoamento constante destes, através dos múltiplos modelos de ensino post-universitários, são tão importantes quanto o seu preparo e a sua formação durante a vida acadêmica.

Deveria ser esta exclusivamente uma fase preparatória, sem direito a opção ou escolha prévia de especialização alguma antes da formatura, de forma que constituísse de fato base sólida de um ensino normativo prático destinado e reservado à execução geral do exercício profissional.

Nem outra, em princípio, é a função primordial das Faculdades de Medicina. Aodepois, é que lhe cabe o desempenho do mistér da pesquisa, da investigação clínica ou experimental.

Também nem outra é a essência da inquietude, contemporânea e universal, dos mestres, dos pedagogos, dos teóricos da educação, quando perscrutam e indagam qual seria a melhor ou mais adequada modalidade de ensino que permita conformar ou adaptar a instrução universitária às necessidades profissionais do médico.

Por tôda a parte, no seio das universidades, das academias, dos congressos e dos colégios médicos, como realidade concreta, patenteia-se a vivência ecumênica da educação médica evidenciada na analogia, na semelhança e na universalidade de seus

métodos de ensino e de pesquisa, de seus processos de exame e de tratamento, de suas fórmulas e de seus preceitos de moral e de ética médica.

Por força dessa preocupação e inquietação universais que envolvem todos os problemas da educação médica, a própria instrução médica post-universitária, facultativa ou obrigatória, periódica ou permanente, delas sofre a influência salutar de ser considerada como corolário lógico do curso normal ministrado ao estudante. Ambas modalidades de educação superior, trans e post-graduação, derivam naturalmente da essência mesma da natureza íntima que regula e vivifica a função específica das Faculdades de Medicina. Uma é complemento da outra e ambas se integram no termo final de instruir, de servir e de ser útil ao bem comum.

Infere-se de tudo isto que o dever da Faculdade não cessa naquêlê instante exato em que confere ao estudante o diploma de médico ou de doutor em Medicina. Êste ato não tem o sentido de significar ponto final nas relações educativas existentes entre ambos. Antes traduz compromisso perene de mútuos e recíprocos auxílios e deveres.

A instrução que até então ministrara a Faculdade deve ser considerada sòmente como motivo de novas obrigações e responsabilidades assumidas perante o seu corpo discente e também perante a coletividade, de vez que ainda lhe compete a incumbência de prover e proporcionar ao médico formado, em todos os períodos de sua vida profissional, os recursos constantes, novos e renovados de sua fonte de experiência e de sabedoria em pròl da renovação, atualização e do aperfeiçoamento do facultativo em atividade militante de seu ministério clínico. Continua êste a necessitar, qual fôra aluno externo da Instituição, do amparo técnico e da orientação superior dos órgãos docentes da Faculdade, de sorte a poder desobrigar-se satisfatòriamente da tarefa multiforme tocante ao seu mistér profissional.

Ê o labor irmanado da Escola, em sua totalidade docente, e do médico isolado, individual, em sua penosa e útil faina profissional.

Ê aquilo, no conceito luminar do sábio Professor GONÇALVES VIANNA, que o Brasil precisa, magistério para as almas e medicina para os corpos.

De outra parte, o médico, egresso da Faculdade, não pode eximir-se, na presunção de que não é mais obrigado a prestar exames, do dever de estudar, de pesquisar, de renovar os seus conhecimentos, em trabalhar em benefício próprio, no de sua Escola de origem, cujo bom conceito lhe incumbe zelar e exaltar, e no do meio em que vive e sôbre o qual vai exercer influência favorável e, por vezes, exemplar e educativa.

É óbvio, portanto, considerar que a criação de Cursos e de Escolas de Post-Graduação constitui o elo indispensável que vinculará, em intercâmbio permanente, êstes dois órgãos de difusão cultural: a Faculdade, como a alma máter do ensino médico, amparando, sugerindo, instruindo e orientando, e os formados, como força viva de projeção e de interpenetração, atuando através de tôdas as classes sociais, esclarecendo, divulgando, curando ou consolando e, em última análise, educando.

Esta seria a fórmula ideal, sábia com a qual a Universidade, segundo magnífica síntese de eminente pensador e educador argentino, «afirmará seu poder espiritual, sua capacidade científica e sua influência social através de seus graduados. Êstes e os alunos são dois fatores fundamentais de renovação e, ao mesmo tempo, de equilíbrio orgânico - os alunos como impulso vital, os graduados como impulso científico e social. A vinculação permanente da Universidade com todos os seus graduados é a condição do seu constante rejuvenescimento e da adequação nacional de seu ensino. A participação dos ex-alunos graduados na contínua formação docente será estímulo e fecunda emulação. O aluno, o professor, os planos, os métodos, o ensino todo devem ter nos graduados insubstituível colaboração. São êles os membros qualificados de qualquer Universidade que se conceba plenariamente. Os alunos, os graduados com diploma profissional e os com título de docente são, para uma Universidade completa, as três qualidades essenciais, os três braços de sua atividade e de sua organização. Quando consigam organizarem-se funcionalmente serão, por sua vez, os três elementos de seu Governo».

Assim, entendíamos também, quando há anos, na inauguração da aula dos Cursos da Faculdade, emitíamos opinião análoga: «O zelo no cuidado e na preparação das futuras gerações deve completar-se, trazendo para o âmago dos conselhos uni-

versitários um representante de seus alunos já formados, que seria a voz autorizada da opinião de tôdas as classes sociais e também da opinião pública. Claro está que, em virtude do «caráter técnico do ensino, não é possível confiar-se esta função técnica» senão a elementos de representação cultural, de qualidades e de capacidades idôneas, autorizadas pelos conhecimentos que possuem «das casas de estudo, onde por tanto tempo atuaram».

O Universidade propiciaria ao formado, cuja classe é o viveiro de seus professores, e que também usufruem largos e justificados benefícios através dos cursos de extensão universitária, de post-graduação, de aperfeiçoamento, de especialização, uma função que teria benéfica influência reguladora dentro dos conselhos técnicos e administrativos do ensino superior.

Nestas circunstâncias, importa, por consequência, que esta magnífica iniciativa e que êste labôr pioneiro, que, nêste momento, tomam forma e se concretizam, sejam apreciados como uma afirmação de que a Faculdade já considera, aceita, admite e exercita uma nova modalidade de educação médica, tendo em vista o aprimoramento do patrimônio científico e cultural dos discentes e dos formados e colimando também objetivos superiores de interêsse vital e imediato relativos à saúde da comunidade.

E no domínio de ação peculiar à Clínica Oftalmológica, a precursôra e incipiente diligência dos órgãos dirigentes da Faculdade tem o sentido da criação de uma plêiade de especialistas capazes, esclarecidos, bem orientados e habilitados a exercer, conscienciosamente, o delicado, difícil e apurado ofício de médico oculista, alicerçando-se o aprendizado ao calor da experiência de um serviço clínico e docente de cunho universitário.

O desenvolvimento de um curso de post-graduação implica, a rigôr, na recapitulação de um acêrvo considerável de dados, de informações e de idéias e na aquisição de cabedal novo de conhecimentos múltiplos e de tôda a ordem, obrigando isto necessariamente a participação dos professores das cátedras de ensino básico e os de docência clínica. Esta condição é ponto fundamental que assegura ao Curso o êxito integral de seu programa de realização. Sem a colaboração, valiosa e indispensável, de todo o corpo docente, o ensino se ressentiria de

imediatamente em sua unidade e em sua harmonia, acarretando, em consequência, deficiências graves e insanáveis e comprometendo definitivamente a própria natureza e essência do Curso e a razão de sua realização.

A íntima colaboração com as demais disciplinas importa na instrução conjunta e harmoniosa de diversas matérias interdependentes e ainda no exercício proveitoso da vida médica em comum, propícia e utilíssima ao progresso do ensino médico, à importância social, cultural e científica da Faculdade e tão consentânea com os objetivos e ideais universitários.

Vivemos nós, via de regra, no seio da Faculdade, divorciados uns dos outros, no trato diário do ensino e nos cuidados rotineiros da tarefa clínica, quando não completamente estranhos, indiferentes e ignorados e, o que é mais grave, ignorando os problemas, os objetivos e os deveres que nos deviam congregar sempre para um fim específico. o de cumprir missão superior de educação médica, cujo fundamento radica precisamente na harmonia dos ensinamentos face à unidade do pensamento médico.

Já, contudo, se esboça alguma providência tendente a corrigir deficiências e de procurar sanar defeitos de estrutura pedagógica do ensino médico nacional, sobretudo depois dos Congressos de Lima, Ribeirão Preto e de Koningswinter.

Na agenda dos trabalhos deste Congresso, entre muitos problemas de ordem educacional médica de grande interesse e valia, sobressaiu o tema de palpitante atualidade versando assunto atinente à «Universidade e Profissão», cujo conteúdo doutrinário punha em preferencial evidência a importância da influência da Universidade sobre os profissionais dela egressos e também cuidava das exigências das profissões em matéria de formação universitária.

Teve, neste particular, o conclave da pequenina cidade alemã o mérito de estudar (M. GUÉNIOT) a fundo o funcionamento da Universidade examinada sob o ângulo das necessidades profissionais e tendo em mira também a formação profissional. Nesta ocasião, reuniram-se profissionais de vários ramos de atividade (juristas, médicos, administradores, educadores, engenheiros, etc.), a fim de discutir e apreciar principalmente a necessidade de uma adaptação do ensino Universitário às exi-

gências profissionais. Foram, assim, nessas jornadas, constituídas comissões de estudo, das quais faziam parte professores e representantes das profissões de vários países, que discutiram (M. GUÉNIOT) quatro problemas gerais essenciais:

Primeiro, o de efetivos, isto é, a maneira de fazer o recrutamento e a demografia profissional, procurando-se indagar da existência do arrolamento de jovens candidatos a uma profissão, se eram êstes submetidos a uma seleção prévia e ainda se dêles havia penúria ou pletora.

Em segundo lugar, tratou-se do problema da formação técnica, com a finalidade de elucidar se a formação dada pela Universidade correspondia às necessidades atuais da profissão e se havia interesse de prolongar ou de completar essa formação mercê de cursos ulteriores de aperfeiçoamento post-universitário.

Em terceiro lugar, ao lado dessa formação técnica, não foi esquecida a formação geral, buscando-se saber se era indispensável receber o estudante formação geral de ordem cultural, e, até mesmo, de ordem política, aplicada esta no sentido genuíno do termo, e ainda mais se esta missão podia ser preenchida pela Universidade.

Por último, entraram em pauta os problemas de ética, com o espírito de averiguar da existência, em cada tipo de profissão, de obrigações morais, de ordem geral, que excedessem o domínio da técnica pura. A êste propósito, «todos estiveram de acôrdo na necessidade de rigorosa observância da tradicional doutrina hipocrática a respeito do caráter imperioso e absoluto do segredo profissional», encarecendo-se ainda o ensino da Deontologia, cujo primeiro ensinamento é ainda o do exemplo prodigalizado pelos mestres.

Nêste instante nebuloso da vida contemporânea, na qual os valores morais e éticos são desfigurados, quando não de todo desprezados, ou ridicularizados, é motivo de acoroçoamento aos que trabalham vizando um ideal superior, êste fêcho dos debates do Congresso de Koningswinter, vindo a talhe de fôice colocar a nobre função dos professores à altura da missão civilizadora das universidades.

A consequência feliz e fecunda dêsse Congresso construtivo não residiu tanto no esquema de suas conclusões, como na formulação clara dos «problemas e da consciência que todos os

participantes dêles tiveram e também da vantagem oferecida de ser permitida troca de informações em tórno da situação existente nos diferentes países representados».

Mais interessantes ainda, porém, na opinião de M. GUÉNIOT, que a natureza das questões tratadas foi a da verificação na intimidade de uma reunião médica internacional, de um estado de espírito comum, mercê do qual foram encarados todos os problemas. Pondera ainda, com lucidês de apreciação, êste sagás observador e comentarista: A unanimidade imediata dos congressistas ante a necessidade do liberalismo na formação universitária e no aperfeiçoamento do médico e sôbre o caráter indispensável e intangível do segredo profissional merece ser acentuado, tanto mais que os participantes pertenciam a países de estrutura política e de organização profissional bem diferentes.

E êste ponto, senhores, é atualmente de suma importância perante os diferentes tipos de cortina, que lamentavelmente, isolam as nações, dificultando a convivência normal dos povos e impedindo entre si o intercâmbio cultural e científico.

Na conclusão final do Congresso, tocante ao ensino post-universitário, prevaleceu, como fórmula mais favorável, sôbre a instrução de caráter obrigatório, a da realização de jornadas que congregassem os práticos em um centro hospitalar e em tórno de multiplos conferencistas.

Em nossa Faculdade, os seus dirigentes têm encarado, visando alargar, unificar e engranzar o ensino das diferentes cadeiras e disciplinas do currículo normal, a criação de curso de post-graduação, a organização, quando oportuna, do regime de instrução do tipo departamental, e a escolha de uma Comissão de Programas, cuja finalidade é a de corrigir essa imperfeição pedagógica relativa à deficiência de entozamento do ensino entre as várias cátedras, até mesmo entre as que têm objetivos afins e interêsses comuns.

Nêste ponto, quando se houver de referir a êste período de florescimento do ensino de nossa Faculdade, o labor ingente do Professor GUERRA BLESMANN, cuja lúcida compreensão dos problemas educacionais médicos todos nós temos plena consciência, deverá ser justamente considerado como a introdução de uma nova ordem de idéias no ensino médico, com repercussão favorável no exercício do magistério, no Rio Grande do Sul.

E na convicção da utilidade inegável de uma mais íntima vinculação entre as cátedras, tendentes à criação dos conhecimentos e a sua difusão sugerimos e buscamos a cooperação dos docentes destas e os de outros Serviços áptos, a fim de proporcionar aos alunos vivência real e ativa do conjunto das disciplinas e visão total do conceito que define a função de especialista. Cabe aqui ponderar-se que êste, antes de tudo, deve possuir a formação e a experiência do clínico. Ulteriormente, então, poderá julgar, sondando e auscultando seus pendores e vocações, da conveniência de participar e a seguir integrar-se em um serviço especializado. No caso próprio e ilustrativo da Clínica Oftalmológica, apresenta esta disciplina condições técnicas peculiaríssimas e singulares, que desde logo põem à prova a resolução e as inclinações verdadeiras do candidato a especialista.

Antes de tudo e acima de tudo, êste iniciado deve ser médico com experiência da clínica e da cirurgia geral, a fim de evitar os perigos da especialização precoce.

Ponto fundamental constitui êste no exercício de qualquer tipo de especialidade, pois, conforme alega o eminente Professor CHAVEZ, ilustrado cardiologista da cidade do México, «embora traga em si ela enorme fôrça expansiva de progresso, contém também o germe de uma regressão na ordem intelectual e espiritual. Especialização quer dizer fragmentação, visão parcial, limitação de nosso horizonte. Aquilo que se ganha em profundidade, perde-se em superfície. Para dominar um campo de conhecimento, deve-se abandonar o resto. Confinar-se assim o homem em um ponto e sacrifica a visão integral de sua ciência e a visão universal de seu mundo. Sofre por isto a sua cultura geral a qual êle se vê obrigado a lançá-la fora como se fôra um lastro; sua formação científica sofre também porque não vê mais a ciência como um todo e desta fica entre as mãos com um pequeno ramo; enfim, seu universo moral também sofre em consequência, porquanto o sacrifício da cultura constitui um sacrifício dos valores que deveriam fixar as normas de sua vida. E neste drama do homem de ciência atual se perfila um risco iminente: a deshumanização da Medicina e a deshumanização do médico.»

Não dá isto de forma alguma, senhores alunos médicos, a entender que seja esta uma predicação pessimista ou desalen-

tadora que vos faça recuar da decisão acertada que tomastes. É, porém, uma advertência, franca e oportuna, cuja enunciação era dever que me assistia fazer no limiar dêste curso, por isso que podeis considerar a especialização, não como uma atitude estática e estéril ante a ciência e ante a vida, mas como instrumento de progresso e de aperfeiçoamento universal dos conhecimentos, desde que apoiada na ambição altruística de ser útil ao próximo, na renovação incessante da cultura geral e na inquietude ilimitada de estudar, de saber, de aprender, de praticar.

De outra parte, no acatamento às considerações atrás discriminadas, que justificam a existência e o exercício das especialidades, deve-se meditar na extensão alcançada atualmente pela Medicina, que é de tal ordem que um «só indivíduo não tem mais possibilidades de abrangê-la completamente. Por essa razão, cada vês se torna maior a necessidade de recorrer à experiência do especialista. Cada médico tem, por isso, obrigação de saber até onde se estendem seus conhecimentos, devendo apelar para o auxílio do colega, quando ultrapassados os limites de sua competência. A consciência da própria incapacidade não aparece com evidência senão quando o indivíduo conhece bem o terreno de suas atribuições. É nêsse sentido que a limitação representa um grande bem, capaz de evitar a falsa impressão do médico julgar saber o que ainda ignora ou o que conhece superficialmente» SILVA MELLO).

Não se há de negar a vantagem da orientação que se traçou o presente Curso de Post-Graduação de valer-se da universalidade dos conhecimentos médicos e da generalidade das disciplinas aqui percorridas a fim de lograr com êxito a realização de seu programa, contando principalmente com a cooperação imprescindível dos professores, docentes e técnicos da Faculdade e, quando possível, com o concurso também indispensável de profissionais competentes, nacionais e estrangeiros.

Desta forma, durante o período de dois anos de aulas e de estágio na Clínica, os alunos receberão instrução alternada dos professores das cadeiras básicas (Anatomia, Histologia, Embriologia, Fisiologia, Propedêutica etc.) e intensamente das disciplinas clínicas, particularmente dos da Cátedra de Clínica Oftalmológica, cujo plano de estudos é exaustivo.

No futuro, corrigidas as deficiências, falhas e omissões que a prática fôr revelando no atual, seria de conveniência e de grande benefício para o ensino que houvesse no país sòmente um Curso de Post-Graduação em Oftalmologia, no qual participassem professores, docentes, técnicos e profissionais de valôr comprovado de todos os centros médicos da Nação.

Encarado o problema por êste critério geral, deveria-se considerar, tendo em vista a unidade educacional, além da difusão e da provisão mais densa da instrução especializada, os aspectos econômicos, a incidência das doenças e, especialmente, a colaboração efetiva de docentes ou de profissionais de outras Estados, em muitos dos quais, dadas as condições mesológicas diferentes, a patologia também é diferente.

A experiência dêsses colaboradores locais relativamente ao trato dêsses problemas mórbidos de caráter regional, emprestaria ao Curso cunho de maior significação prática, bem como cultural e científico.

Temos aludido repetidas vezes aqui ao concurso simultâneo do corpo docente privativo e dos professores e profissionais estranhos aos quadros da Faculdade, por isso que o ensino de post-graduação não deve ser reputado como exclusivo privilégio das Escolas médicas, mesmo quando estas mantenham cursos ou escolas destinadas à educação post-universitária.

Na multiplicidade dos aspéctos do problema considerado, deve-se atentar para a finalidade complexa e geral dêsses estudos que abrangeriam, segundo PAVLOVSKY, uma suma de itens assim expressos:

- 1) Completar e melhorar os conhecimentos do recém-formado.
- 2) Atualização de conhecimentos médicos.
- 3) Aprendizado prático das matérias básicas.
- 4) Ensino de matérias afins.
- 5) Especialização.
- 6) Ética e moral médica.

No que tange a êste último item, é alentador salientar o fato singular que, em todo o mundo, faz ressurgir a cogitação da codificação da moral médica e da aplicação rigorosa da noção de respeito inviolável à criatura humana como princípio fundamental e como imperativo moral, contrastando, pois, com a única regra ética do respeito à verdade que o cientista ou o sábio acatavam.

Na cláusula concernente à especialização, os Internatôs ou os Cursos de Post-Graduação poderiam ser organizados, no esquema de PODESTÁ, ou tendo em mira a carreira de especialização, destinada à finalidade de formar exclusivamente especialistas; ou a instituição de Cursos de Aperfeiçoamento para especialistas, cujo escôpo seria o de cuidar da melhoria e enriquecimento do oculista em tórno de determinados temas da especialidade; ou, então, a criação de cursos de divulgação, de curta duração, que encarassem o ensino de temas especializados tendentes a dar esclarecimentos e orientação adequada ao médico prático.

No país ainda muito se tem a fazer a este respeito, sobretudo, no que se refere ao aparelhamento dos hospitais, que ainda devem ser providos de residências apropriadas para o interno médico permitindo-lhe assim cumprir o estágio hospitalar em tempo de dedicação exclusiva. Desta maneira, entre outras vantagens, colherá os ensinamentos utilíssimos do trabalho em conjunto, do trabalho dito em equipe, tendo também, quando só no exercício de seu ofício o benefício da iniciativa própria e da responsabilidade respectiva, embora ainda limitada. Êste sentimento de responsabilidade abre ao médico uma perspectiva imensa de progresso e é um estímulo vigoroso para vencer as dificuldades ocasionais, dando-lhe azo à compreensão de que servir ao próximo é a sua maior e mais bela missão e de que o desempenho bem executado de seus deveres é a forma mais expressiva de lograr a confiança em si próprio e de alcançar melhor o aperfeiçoamento de suas aptidões profissionais.

Em tais condições, graças à formação de hábeis e criteriosos profissionais e de docentes competentes, atuando sob a direta responsabilidade das cátedras universitárias ou de Serviços idôneos de reconhecida hierarquia científica, isoladamente ou em coordenação com instituições médicas privadas, evitar-se-ia também o prejuízo da especialização improvisada e a miude inadequada, conseguida quasi sempre através de frequência breve em Serviços desaparelhados e sem orientação compatível com a natureza das exigências necessárias ao bom exercício da especialidade.

No caso específico da Clínica Oftalmológica, cujo aprendizado requer pendores especiais, trabalho assíduo e perseverante,

domínio de técnicas complexas e delicadas, manejo de uma aparelhagem que exige conhecimentos preliminares e extensos de óptica física, compreensão de uma linguagem médica nova, estranha e diferente, poderá o médico estagiário atualizar, no prazo de dois a três anos, os seus conhecimentos e conhecer satisfatoriamente esta disciplina altamente especializada.

Acudindo ao desempenho de tão extenso plano de trabalho, o Curso foi estabelecido na base de ativo e intenso labor docente, sobretudo na parte pertinente aos exercícios práticos, quando o aluno será posto em contato com o doente, com as questões relativas à semiologia, à clínica e à cirurgia, e com as inquietudes do espírito ante às indagações e interpretações dos problemas médicos surgidos a cada instante no desenrolar da rotina de um serviço hospitalar em incessante atividade docente e assistencial.

Naturalmente que a boa marcha do Curso, deverá assentar no trato assíduo e habitual do doente, na obra constante dos exames rotineiros bem efetuados, no emprego adequado dos aparelhos e na exposição, em aulas teóricas e práticas, da matéria do programa aprovado, sobretudo, inicialmente a das cadeiras básicas.

No fundamento dos estudos dessas disciplinas, entre as outras, demos o lugar razoável que compete ao conhecimento indispensável da Anatomia. Nela repousa ainda o alicerce do estudo da Oftalmologia, intimamente ligado ao da Embriologia e ao da Fisiologia, ao da Física e ao da Bioquímica. Por muito que se tenha progredido em outros setôres das disciplinas básicas, o estudo da Anatomia ainda constitui a melhor guia para o aprendizado da Oftalmologia, proporcionando ao médico elementos, precisos, reais, palpáveis, objetivos para que lhe permita ir em busca do diagnóstico clínico ou chegar até aos fundamentos do diagnóstico topográfico.

Na aplicação harmônica de todos os conhecimentos logrados, antigos como modernos, é que reside o equilíbrio e o progresso do ensino médico contemporâneo, pois, em ciência, não é lícito admitir hierarquia de disciplinas ou de cátedras, permanecendo, porém, no plano dos estudos médicos, como exemplo e razão da evolução dos conhecimentos científicos, a perenidade das noções fundamentais.

Na defesa de tais conceitos, depara-se nos «Colóquios da Medicina de França», diálogo expressivo e interessante, que define, graças à clareza e à subtileza do espírito francês, o pensamento atual dos educadores em torno do palpitante tema das bases pedagógicas da reforma do ensino médico, no qual há de se considerar o ecumenismo médico, o universalismo da Medicina em suas práticas, em suas doutrinas, em suas técnicas cirúrgicas, em seus processos de laboratório, em seus métodos de pesquisa, em a uniformidade de sua ética e de sua moral.

Não sei há quantos séculos, enuncia um dos dialogistas, tem-se dado primazia à Anatomia, agora, querem deixá-la para que se dê o primeiro lugar à Bioquímica, que é disciplina que na hora atual, desperta muita paixão. É bem possível que, dentro de quarenta anos, sorria-se dêste período bioquímico, do mesmo modo que pode ocorrer que um outro desenvolvimento eletrônico, ou de qualquer outra disciplina, venha também a ser substituído. É necessário, portanto, que nos limitemos a manter um lugar razoável para cada uma destas categorias de disciplinas, e principalmente que saibamos desenvolver a aptidão para a reflexão geral.

Penso que a Anatomia, responde-lhe o interlocutor, é coisa absurda quando é levada muito ao longe, mas mantenho a opinião, por isso que estamos a falar a médicos práticos, que algumas noções de Anatomia são mais importantes face ao doente que as da Bioquímica. Há, conclui, um certo número de conhecimentos absolutamente fundamentais e de base no plano dos estudos clínicos que se não podem abandonar.

Louvando-nos em tais proposições e obedientes ao critério que sempre mantivemos, em dilatado tempo de exercício do magistério, demos base anatômica aos estudos oftalmológicos, estruturando-se o programa de forma a que se procedesse a uma revisão adequada aos fins imediatos e apropriados aos objetivos do Curso. Os antecedentes dos bons resultados e da experiência já largamente vivida hão de nos mostrar também agora o acerto da medida.

Simultaneamente com a revisão dos conhecimentos anatómicos, histológicos e fisiológicos, é desde logo iniciado o estudo da semiologia ocular. Na aplicação da Propedêutica, alicerce

da Clínica é que se podem apreciar no termo justo a interdependência dos conhecimentos das disciplinas básicas e as suas correlações. Na cabeceira do doente é, através do exame assíduo e reiterado, dos dados semiológicos coligidos e do estudo comparativo da sintomatologia, apurada com cuidado e com discernimento clínico, que se pode estabelecer o substrato do diagnóstico do caso concreto da equação.

Em Clínica Oftalmológica, em virtude dos recursos especiais de seus métodos de exame e de seu aparelhamento de investigação semiótica, a Propedêutica é enriquecida com uma gama de sinais finos, delicados e, por vêzes, subtís e fóra do alcance para apreciá-los com os outros meios de exploração. Permitem êstes métodos privativos da Clínica Oftalmológica comumente a elucidação precocíssima de aspectos oculares de manifestações clínicas pertencentes a entidades mórbidas de ordem geral, surpreendidas no áto preciso de início de sua evolução.

Graças a essas circunstâncias de ordem privada, a Oftalmologia tornou-se o ramo da ciência médica mais exata, entendendo-se naturalmente aqui o termo exatidão contido na relatividade do conceito de certeza dos fenômenos médicos ou biológicos.

No desenvolvimento do Curso, a Radiologia clínica, parte da Propedêutica, assume papel de extraordinária importância em auxílio do esclarecimento do diagnóstico, preenchendo seu programa uma semana de atividades.

No período inicial dos trabalhos docentes, confere-se a devida importância ao trato de assuntos palpitantes de Física, Bioquímica, Obstetrícia, Dermatologia, Tisiologia e Anatomia Patológica, tôdas em íntima relação com a Clínica Oftalmológica.

O estudo de Alergia efetuado no Departamento próprio, confiado ao descortínio elevado do eminente Prof. J. FERNANDO CARNEIRO, tem permitido compreender e esclarecer uma série de fatos clínicos ligados intimamente aos fenômenos alérgicos da membrana vascular do globo ocular. Nas pesquisas eiológicas das uveítes a contribuição do Departamento de Alergia tem sido de grande utilidade, bem como no emprêgo da terapêutica adequada e eficás.

Na frequência da interrelação existente entre Oftalmologia, Patologia médica e Neurologia, o plano de estudos, encarecendo êste imenso capítulo da Clínica, particularmente em referência à Endocrinologia e à Patologia Neuro-Ocular, pôs em relêvo, como contribuição preciosa, a apreciação da importância do levantamento do traçado do campo visual, ordinariamente elemento decisivo e terminante de elucidação diagnóstica. No Departamento de Campimetria a cargo do correto e ilustrado Instrutor, Dr. ERNANI MENTZ, os alunos terão amplo campo de estudo e de investigação, pois a contribuição da perimetria é de tal pôrte que por aí vamos alcançando uma das formas de conhecimento de realização do ideal médico tocante ao diagnóstico precoce das enfermidades.

Ainda, nêste domínio da Clínica, tomando-se no devido apreço as relações íntimas dos processos patológicos de origem cerebral com os da cavidade orbitária ou com os da vizinhança para-nasal, o programa atentou particularmente para êste vasto capítulo da Patologia ocular, tanto mais importante quanto, no maior parte das vezes, o diagnóstico de séde do processo patológico é estabelecido exclusivamente pelos achados do exame ocular.

Passando agora à Terapêutica, o sistema de estudo inclui os métodos, assim médicos como cirúrgicos, consagrados de longa data pelo crivo da comprovação da experiência, e os mais modernos e eficientes também já sancionados na observação continuada e no uso renovado.

Tal é o caso do advento da quimioterapia, das sulfas, dos antibióticos, dos corticoesteróides e de tantos outros agentes medicamentosos, cujo emprêgo modificou radicalmente a feição habitual dos quadros clínicos, ao mesmo tempo que, abreviando a marcha de sua evolução, alterava inteiramente o conceito do prognóstico. Haja visto o emprêgo da sulfanilamida na pneumonia lobar e no tracôma. No começo do uso das sulfas, as alterações observadas na conjuntivite granulosa eram tão pronunciadas, imediatas e radicais, que até se chegava a duvidar da exatidão do diagnóstico anteriormente estabelecido. A doença regredia tão rapidamente que as demais fases clássicas de sua evolução não mais se sucediam. A conjuntiva em poucos dias readquiria as condições de uma mucosa normal, íntegra,

como nela nenhum processo patológico tivesse comprometido a sua estrutura anatômica e histológica. Ainda mais, depois de oito dias de uso da droga maravilhosa, o tracomatoso, tornava-se incapaz de transmitir a grave e mutiladora enfermidade.

Este fato de enorme significação na esfera da higiene preventiva é atualmente fundamento da profilaxia do tracoma.

No que toca aos assuntos da terapêutica do glaucôma e do estrabismo, entidades clínicas de grande difusão e de extensa repercussão médico-social, teve-se em vista, considerando-se a importância sempre crescente de ambas, o emprêgo para uma e outra, do período de um mês. Nêste prazo toda a parte prática é explanada de maneira que o estudante tire dela o máximo proveito.

No curso de Ortopsia e Pleopsia, a exposição teórica e a aplicação da parte prática serão administradas durante o mês de agosto de 1960. Quanto ao glaucôma, o seu ensino é desdobrado em dois períodos, propositadamente, com o fim de ser melhor aproveitado. No primeiro período são fornecidas as noções fundamentais e, no segundo, ultimado nos últimos quinze dias do Curso, terá o objetivo de consolidar o estudo anteriormente efetuado, estando o aluno, nesta altura, com acêrvo considerável de conhecimentos, o que lhe possibilita dominar mais facilmente êste capítulo delicado e complexo da Oftalmolôgia.

No Departamento de Glaucoma, sob a direção do livre-docente, Dr. LUIZ ASSUMPÇÃO OSORIO, que criou na Clínica, com alto sentido de responsabilidade e de dignidade médica, modelar serviço de assistência aos glaucomatosos, os metodos de pesquisa e de diagnóstico serão demonstrados teórica e praticamente, participando os alunos da investigação da cruel enfermidade e estudando as medidas de ordem preventiva destinadas a facultar o diagnóstico precoce.

No Departamento de Ortopsia, foi dada, pelo livre-docente, Dr. MARIO ARAUJO AZAMBUJA, cuja direção lhe foi desde o início confiada, orientação científica moderna aos estudos de estrabismo, pois êste capítulo da Patologia ocular progrediu de tal maneira nestes últimos anos que vem tendo características de uma especialidade dentro da Oftalmologia. E a Ortopsia, que primeiramente procurava corrigir, no sentido estético somente, a posição defeituosa do globo ocular, visa agora mais ainda a

reintegração funcional e o desenvolvimento da visão binocular. Revela este progresso um fato de importância relevante para o indivíduo e para a sociedade. Com a Pleopsia, que busca a recuperação do ambliope, ela tem lugar de eminência nos estudos oftalmológicos, sobretudo agora, com a aplicação dos métodos atuais de Cuppers e de Bangerter que permitem que abriguemos a esperança de recuperação de maior número de ambliopes mono e bilaterais. Da forma científica como está organizado este Departamento, será campo propício e fecundo ao trabalho construtivo realizado pelos alunos.

Na parte do programa concernente particularmente à Oftalmologia pura, intenta-se mostrar o período fecundo e de grande esplendor que ela alcançou nêstes últimos trinta anos como a disciplina mais exata, precisa e adiantada da Medicina. Não nos demoraremos na citação de todos os fatos e aquisições recentes que enriqueceram de conhecimentos novos a Oftalmologia, mas aludiremos sòmente àquêles que realmente tiveram influência decisiva e firmaram os fundamentos da ciência oftalmológica moderna.

Assim, no campo da exploração propedêutica, avulta de valor e de interêsse prático o exame microscópico do olho vivo, isto é, a biomicroscopia de MAWAS, que abriu, com a descoberta de GULLSTRAND, em 1911, da lâmpada de fenda e com a adaptação da lente concentradora de luz de HENKER, em 1920, capítulo alentado de uma nova patologia microscópica, que dia a dia se expande de forma a lograr reunir também sôbre a patologia do vítreo, do humor aquoso e do ângulo da câmara anterior conhecimentos mais exatos e precisos.

Ultimamente, este valioso método de exploração médica, empregado na rotina dos exames oculares, entrou também na prática corrente das membranas endoculares, servindo para que se estudem os aspectos mórbidos da coróide retina e do nervo óptico, observados diretamente como verdadeiros cortes microscópicos de tecido vivo.

O programa do Curso discriminou, ponto por ponto, os estudos biomicroscópicos, dando-se maior importância aos exercícios práticos.

No Departamento de Documentação Clínica, no desempenho do qual está o estudioso Instrutor, Dr. JOSÉ CARLOS DA

COSTA GAMA, devem ser salientadas as técnicas retinográficas, em preto e branco e em cores, pelas quais se podem apreciar com fidelidade os quadros normais e patológicos das membranas profundas endoculares, em qualquer período de evolução das afecções que as comprometem.

É, não há dúvida, auxiliar precioso de investigação, cujo emprêgo teremos a todo o momento ensejo de lançar mão visando demonstrações práticas e elucidação diagnóstica de inúmeras enfermidades da coróide, da retina, do nervo óptico e do vítreo.

Ainda nessa ordem de considerações, deixando à parte os métodos rotineiros, embora importantes, da oftalmoscopia, da perimetria, da tonometria, da diafanoscopia, da oftalmometria, etc., cuja aplicação deve-se dar a maior atenção pela soma valiosa de informações que fornecem, convém que sejam destacadas: a radiologia, na pesquisa e localização dos corpos estranhos endoculares; os radioisótopos, como meio de diagnóstico dos tumores e falsos tumores retinianos; a retinodinamometria, de grande valor na apreciação da tensão da artéria central da retina, possibilitando formular conclusão diagnóstica de interesse clínico e de aplicação imediata, especialmente nas hipertensões cerebrais de origem traumática; a tonografia, novo método de pesquisa, que autoriza medir-se a resistência no escoamento do humor aquoso, precioso meio no diagnóstico do glaucoma crônico simples. Desempenhando papel importante a respeito da conduta a seguir-se no tratamento do glaucomatoso, dá ainda informações «interessantes sobre o valor curativo de uma operação fistulizante. Método de investigação experimental inicialmente, vai pouco a pouco, graças a técnicas mais simples, tornando-se processo semiótico insubstituível e ao alcance de todos.

Não desejamos nos alongar a propósito do progresso dos meios de diagnóstico modernos, que incentivaram o extraordinário progresso que sucede incessantemente enriquecendo a Oftalmologia, mas não podemos deixar de citar pelo menos a electro-retinografia recurso magnífico para a interpretação do diagnóstico diferencial das degenerações retinianas, das heredo-degenerações tapeto-retinianas, nas quais foi possível averiguar-se que existe um «substratum do desenvolvimento prosencefá-

lico (J. FRANÇOIS)». A electrorretinografia é importante meio de diagnóstico e também de prognóstico das héredo-degenerações abiotróficas.

De passagem, enumeraremos os estudos gonioscópicos; o exame qualitativo da função macular; a prova da fluoresceína de AMSLER e HUBER, de interesse no estudo do ritmo e da intensidade da difusão deste corante no humor aquoso o que permite (AMSLER), pela maior ou menor permeabilidade encontrada, julgar da evolução da doença e da eficácia dos tratamentos; e, enfim, de tantos outros processos semiológicos, cuja citação se tornaria enfadonha.

No capítulo da cirurgia, cujo Departamento na Clínica está sob os cuidados do diligente Instrutor, Dr. PAULO FERNANDO ESTEVES, o programa prático é executado, por todos os assistentes, em dia determinado da semana durante os dois anos do Curso, desenvolvendo-se o ensino paulatinamente visando conceder ao aluno oportunidade para acompanhar as intervenções cirúrgicas e delas participar, de modo que tenha campo bastante de experiência, sempre, porém, sob a vigilância do docente responsável.

Nas sessões de cirurgia, como é orientação tradicional do Serviço, o aluno primeiro observa durante muito tempo, depois passa a auxiliar e, a seguir, opera os casos simples, para no fim então começar a intervir nos casos de maior responsabilidade. Com a prática das técnicas mais comuns, simultaneamente, o aluno acompanhará todos os casos, tomando desta forma conhecimento dos progressos ocorridos no domínio da cirurgia da catarata, ainda considerada até hoje como a operação ocular mais delicada, do aparêlho lacrimal, da córnea, do glaucoma, da miopia, das doenças da retina, etc.

O ano de 1958 assinalou a maior conquista da cirurgia da catarata, o ideal médico da extração *in totum* do cristalino, transparente ou opacificado, em qualquer idade da vida.

O emprêgo de uma enzima, a alfa-quimotripsina, que faz a lise do aparêlho zonular do cristalino, pela primeira vez, por J. BARRAQUER, foi tentado com êxito absoluto. Não resta dúvida que este período áureo da facectomia total, de ordem bioquímica, foi somente conseguido após a dilatada experiência da

facectomia mecânica, mediante o uso de pinças, de ventosas especiais e da diatermofaquia.

Os resultados operatórios, imediatos e remotos, isentos de complicação, na maioria dos casos, a melhoria da agudeza visual, a ausência da ocorrência ulterior de descolamento da retina e das cataratas secundárias, a possibilidade da extração fácil do cristalino transparente do míope e a extração da lente em tôdas as idades da vida, levam-nos a considerar, repetimos, ser êste novo processo cirúrgico um ideal médico, jamais até agora por qualquer outra técnica alcançado.

No serviço, é o processo cirúrgico preferido, adotado que foi após as experiências preliminares realizadas, graças à gentileza de J. BARRAQUER, que nos enviou para experiências as primeiras ampôlas da enzima e em seguida aos estudos do Prof. HOMERO JOBIM e seus colaboradores, que puderam produzir idêntico preparado, controlado por nós até que obtivemos os mesmos resultados do produto original.

Os nossos assistentes têm hoje hábil experiência da nova técnica da facectomia total, estando a Clínica em condições excepcionalíssimas de provêr o aluno com o material completo para executar, quando julgado oportuno, êste tipo de operação. Houve com o novo processo verdadeira revolução na cirurgia da catarata. Pode-se comparar êste acontecimento com o ocorrido, há mais de duzentos anos, quando DAVIEL, banindo tôdas as técnicas primitivas da declinação da lente cristaliniana, introduziu o processo da extração extracapsular. Ambos os acontecimentos se equivalem nos benefícios que proporcionam e na significação do grande progresso que realizaram.

No que concerne à cirurgia da retina, as técnicas mais eficientes do genial GONIN, de SOURDILLE, de ARRUGA e de WEVE ainda são as melhores. Os processos mais recentes, dos quais o Serviço tem cabedal valioso de experiência, como os de ressecção escleral simples ou com implante de polietileno, da autoria de PAUFIQUE, de SHAPPLAND e de SCHEPPENS, são empregados na Clínica, com lata percentagem de cura, mesmo em casos considerados incuráveis até pouco tempo. Todos êstes processos cirúrgicos dão bons resultados, desde que preenchamos à rigôr as indicações, precedidas o ato operatório do cuidadoso exame geral do paciente, de minucioso estudo das

condições da retina e da precisa e exata localização das ruturas da membrana nervosa.

Não podemos, ao nos referir à cirurgia da retina, deixar de citar o método da foto-coagulação de MEYER-SCHWICKERATH, de Bonn, maravilhosa invenção, que é a contribuição à terapêutica do descolamento da retina de maior significação depois da de GONIN, empregada nos pequenos descolamentos e como medida profilática nas regiões retinianas degeneradas. Além dêste emprêgo nos processos degenerativos cistóides do fórame macular e periféricos, vem sendo o foto-coagulação ensaiada com êxito alentador nas periflebites retinianas e nos tumores endoculares (melanosarcoma, angioma e retinoblastoma).

A cirurgia da córnea é tratada no Departamento de Ceratoplastia, aos cuidados do zeloso Instrutor, Dr. RIVADAVIA MENDES CORRÊA MEYER, dispondo-se para a execução das delicadas intervenções do material cirúrgico conveniente, o que tem permitido realizar as operações com resultados excelentes. De acôrdo com a norma e a ética do Serviço, os resultados dessas operações plásticas têm sido comunicados, exclusivamente, aos Congressos médicos, ao Ateneu da Cátedra e à Sociedade de Oftalmologia local.

Seria demasia a descrição das inúmeras técnicas cirúrgicas modernas, que com êxito estão sendo aplicadas nas mais variadas condições mórbidas, porém, para a devida informação, é-nos lícito lembrar a cirurgia do glaucoma congênito efetuada pela goniotomia de BARKAN, já usada entre nós; o implante do vítreo nos casos sem solução de descolamento da retina; o implante de RIDLEY, destinado a substituir o cristalino opacificado, já superado, mas que permitiu o aperfeiçoamento de técnicas de implantes na câmara anterior das lentes plásticas de STRAMPELLI, de máxima tolerância.

No aperfeiçoamento da cirurgia ocular moderna, muito tem contribuído a criação da anestesiologia como especialidade.

Partindo das primeiras técnicas de LABORIT e HUGUENARD relativas à chamada anestesia geral sem anestésico, hoje mais conhecida com a denominação de anestesia potencializada, chegamos agora à convicção de que de fato a anestesia moderna é um fator de segurança do ato operatório e de tranquilidade para o operador.

O departamento de Anestesiologia da Clínica, sob a direção do Dr. PAULO LEGGERINI PEREIRA, que conta com uma equipe de médicos experimentados, concorrerá para o desenvolvimento do Curso, pondo os alunos a par das diversas modalidades de anestesia usadas no serviço.

A anestesiologia moderna não é só indispensável ao ato cirúrgico como também concorre de modo decisivo para o progresso de toda a Medicina.

Todos reconhecem o papel privilegiado que assumiu a Anestesiologia ultimamente, não somente criando a cirurgia atual e algumas especialidades, tal a cirurgia do pulmão e do coração, como muitas outras, na opinião do professor d'ALLAINES, não são concebidas sem uma anestesia perfeita. Acrescenta ainda mais este eminente cirurgião: «A responsabilidade do anestesiológista aparece portanto, como peça principal no trabalho da equipe cirúrgica, não como personagem subalterna, executando simplesmente as instruções do operador, mas como técnico instruído e experimentado, cuja opinião deve ser solicitada e ouvida, tanto na indicação como no curso e na conduta do ato operatório».

No nosso Serviço, papel de relevância desempenha o Departamento de Anestesiologia, cuja colaboração esclarecida tem permitido o progresso e o aperfeiçoamento de nossa cirurgia ocular.

Sem que haja preocupação de tempo, contudo agora o ato operatório tornou-se mais breve, por isso que opera-se o globo ocular em condições normais, sem a infiltração dos tecidos como na anestesia local.

A anestesiologia tem sido, indubitavelmente, para o nosso Serviço e para os nossos doentes, credora de inúmeros benefícios pelo progresso que permitiu realizar no domínio da cirurgia ocular.

Na frequência à Enfermaria, cuja direção está sob o cuidado do alto senso clínico do Assistente, Dr. HUMBERTO LUBISCO, auxiliado pelos Assistentes Dr. FLAVIO FERREIRA e Dr. CARLOS BUEDE, os alunos terão oportunidade de exercer com proveito os estudos programados.

Desde que assumimos, faz vinte e sete anos, a direção, da Cátedra de Clínica Oftalmológica, assentamos o critério, do

qual nunca nos desviamos, de inscrever no programa e na ministração do ensino uma norma geral que tivesse em mira essencialmente a vinculação dessa disciplina com a Medicina integral, de acôrdo, aliás, com o seu próprio título, que a define e a conceitua como um dos ramos da Medicina.

Dentro dêsse preceito pedagógico e clínico, destacavam-se, inscritos no plano de trabalho, que vimos, com a assistência profícua de nossos dedicados colaboradores, realizando, ombro a ombro, perfiadamente, anos após anos, sem esmorecimento algum, dois objetivos fundamentais:

1º — proporcionar aos estudantes, durante o Curso Normal, conhecimentos gerais e práticos indispensáveis a lhes inspirar orientação objetiva dos problemas médicos condizentes com o exercício da clínica habitual. Vale e vale muito esta orientação, principalmente para aqueles que, afastados dos grandes centros e privados do concurso do especialista, necessitam dar imediata solução aos casos clínicos mais instantes que se lhes apresentam.

2º — instituir, considerando os limites da cadeira e de seus recursos técnicos, ensino de ordem superior, de mais extensa repercussão pelo seu caráter especializado, destinado a habilitar à formação de médicos especialistas, após estágio obrigatório.

Cumprindo-os perseverantemente, em quasi seis lustros de magistério, a direção da cadeira e seus diligentes e dedicados assistentes não pouparam esforços no sentido de tornar realidade o plano de trabalho e de estudo a que se propuzeram realizar. De outra parte, empenharam-se a infundir em nosso meio médico a idéia da significação, importância e hierarquia de conhecimentos da clínica Oftalmológica, exaltada e magnificada como o ramo da Medicina que logrou alcançar o ideal médico da exatidão do diagnóstico e da limitação terapêutica.

Pode, nestas circunstâncias, o professor, amparado na co- operação e na boa vontade de seus magníficos assistentes efetuar a mais extensa e profícua atividade docente, bem como labores culturais e científicos, com o fim de fomentar a especialidade, de engrandecer a Medicina de nosso Estado e de trabalhar pelo bem comum e pelo progresso e reputação de nossa Faculdade.

Numa visão retrospectiva dos fatos, dos acontecimentos e das realizações ocorridos nêsse lapso de tempo, não podemos

deixar de consignar a fundação da Sociedade de Oftalmologia e Oto-Rino-Laringologia do Rio Grande do Sul, cujo jubileu de prata há poucos dias foi comemorado; a criação dos Arquivos de Clínica Oftalmológica e Oto-Rino-Laringológica e do Boletim Informativo; a realização do 2º Congresso Brasileiro de Oftalmologia e de uma Jornada de Oftalmologia em nossa Capital; a organização e realização de um curso de aperfeiçoamento de dois anos (1946 e 1947); a execução de vários cursos de Iniciação Oftalmológica e de aperfeiçoamento de curta duração; a colaboração permanente em revistas oftalmológicas, nacionais e estrangeiras; a participação em textos de livros da especialidade, também nacionais e estrangeiros; a criação do Prêmio Professor VICTOR DE BRITTO, homenagem justa ao primeiro titular da Cátedra de Clínica Oftalmológica e seu fundador, figura impressionante de professor e de médico, que deixou luminosa tradição de inteligência, de erudição, de escritor primoroso e brilhante que o aureolaram na imortalidade dos fastos da Faculdade.

Sobreleva, porém, a tôdas essas tarefas, a formação de uma pleiade seleta de especialistas, que hoje presta úteis serviços à coletividade riograndense e a de outros Estados, bem como às forças armadas do país. Alunos egressos de nosso Serviço já ocupam em outra Faculdade, os cargos de professor e de docentes, e em vários outros Serviços médicos lugares de direção.

A fixação, há pouco, nesta Capital da sede do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, o mais alto órgão de direção da Oculística nacional, pela recomendação e aprovação unânimes dos membros do Xº Congresso Brasileiro de Oftalmologia, é o reconhecimento da obra realizada pelos oculistas riograndenses em prol da Oftalmologia brasileira.

E o presente Curso de Post-Graduação, incumbência, para nós docentes todos da Cátedra de Clínica Oftalmológica, honrosa e enaltecedora, promanada dos órgãos superiores de direção da Faculdade, irá constituir o remate de sua obra educativa, pois lhe dará o privilégio de outorgar o título de Oftalmologista ao médico que o frequentar, de acôrdo com o seu Regulamento e com o do estabelecido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

No fim do curso, após prestação de exames e de sua respectiva aprovação, será conferido ao médico o diploma de especialista pela Faculdade de Medicina, referendado êste pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Infelizmente, ainda em nosso país, o título de Oftalmologista não é reconhecido por lei, de sorte que qualquer médico que se julgue habilitado a exercer a especialidade, ou mesmo a mais de uma, ninguém ou dispositivo algum de lei impedirá que o faça.

Diferente é a atitude da maioria dos países europeus a êsse respeito, sendo o título de oculista só concedido ao médico que fez curso especializado, durante dois a três anos, num serviço de Clínica Oftalmológica reconhecido oficialmente.

Nos Estados Unidos da America do Norte, o diploma é conferido pela Associação Médica Americana, por intermédio de seus Boards (Conselhos).

A êste propósito vale recordar o que «existiu na América do Norte, quando lá o ensino, devido à abundância e à pessima organização de suas escolas, caiu ao seu nível mais baixo. O exemplo americano, deplorável pelo seu imediatismo e sua superficialidade, foi ridicularizado por todo o mundo, tendo produzido resultados tão máus que chegaram para revoltar e envergonhar o que havia de melhor na própria elite daquele país (SILVA MELLO)».

Ninguém também ignora que a reação edificantemente moralizadora e construtiva se deve à sábia direção dos Boards (Conselhos) da American Medical Association, que inspirou um padrão de ensino médico de superior hierarquia científica, enobrecendo e exaltando, em consequência, a cultura e a civilização médicas contemporâneas e dando exemplo fecundo, por meio de seus princípios de ética e de sua rígida austeridade educacional, aos órgãos de educação das demais nações americanas.

O exemplo frutificou. A Oftalmologia brasileira vive hoje uma nova era, período florescente de uma operosidade fecunda e também construtiva, realizando tarefas científicas de singular vitalidade, realizações magníficas essas que representam, direta ou indiretamente, obra educativa dos Congressos nacionais de Oftalmologia, dependentes do Conselho, que, em verdade, reu-

niram e congregaram os oculistas de todo o país, antes dispersos e ignorados entre si, para uma grande e fraterna obra médica e social, cuja realidade é significativa, simbolizando a concretização de acalentado ideal humanístico em benefício do bem comum.

Congregando e unindo, realizou o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, desde a sua fundação em 1941, sob a direção de seus eminentes presidentes, Professores CESARIO DE ANDRADE, MOACYR E. ALVARO e CIRO DE REZENDE, antes de tudo obra de afirmação, de fé, de maior grandeza e de autêntica vocação profissional.

Bendigamos, portanto, o labôr de nossos professores e de nossos colegas, do passado e do presente, cujos frutos de sua operosidade explendem a mancheia em todos os recantos da Nação, em tôdas as províncias do saber médico e científico.

Atualmente, pleiteia o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, órgão análogo ao Board respectivo norte-americano, o reconhecimento do diploma dos oculistas formados pelas Faculdades de Medicina do país, a fim de assegurar-lhes o direito do normal exercício da profissão e evitar a prática da especialidade por quem não esteja capacitado regularmente de desempenhá-la.

Senhores alunos, sois hoje em deante também, aqui entre nós, partícipes desta empreza de educação médica, cujo escôpo principal é de renovar e de aperfeiçoar os instrumentos e o exercício de nossa profissão, nobilitando-a a engrandecendo-a ao calor de nosso labôr profissional bem conduzido e de nossa atitude moral.

No contato com o trabalho dos docentes do Curso que ides frequentar, haveis de sentir a verdade de que a função maior do professor não é a de ensinar, mas a de sugerir, a de exemplificar. Dimana a lição de um simples aceno, de um méro gesto, da atitude quotidiana nas aulas e no Serviço clínico e da conduta funcional e moral do professor. Nem melhor aqui o disse isto que o Professor MARTIM GOMES em formosa oração: «O professor não há de ser o basbaque repimpado numa cátedra sem brilhos, nos esconderijos onde não entra a luz do dia e o ruído da vida; aonde não chegam os grandes rumores da luta industrial, da competição nobilitante, do trabalho incansável,

da criação das idéias e das doutrinas, no campo revolto do pensamento e da ação, da originalidade americana e do aperfeiçoamento da humanidade. Magistério não é sinônimo de inércia. O professor não há de esperar, impassível e pasmado, que venham até êle, incáuto, mal pisando o sólo, os pés rosados da mocidade. Êle é que baixará da cátedra, para mergulhar no sêio do seu povo, levando a idéia fecunda, a doutrina e a fé, para a sementeira onde brota a dignificação das pátrias, pelo conforto e alívio aos sofrimentos do gênero humano».

Senhores professores, sem a vossa esclarecida colaboração não seria possível vingar a obra educativa, que neste instante, a Faculdade inicia, estimula e ampara, meritória por todos os títulos, de vês que também evitará os males oriundos das especializações improvisadas, que têm frustrado esperançosas vocações e que tão desfavoravelmente depõem contra os fóros elevados de nossa cultura médica e de nosso conceituado ensino superior.

Ê um ensaio, talvez, mas que marcará uma época de idealismo e de realizações concretas.

A Faculdade não poderia omitir-se ante a realidade dos problemas atinentes a maior difusão de seu ensino médico e à melhor e à mais dilatada assistência às nossas populações.

Não é admissível que permanecesse ensimesmada exclusivamente na ministração de seu currículo normal, importante e necessário nesta esfera de atividade docente, mas insuficiente, e, por isso mesmo, obrigada à instauração de um sistema de investigações experimental, vital e renovador, e de uma modalidade de ensino médico prático, extensivo a todos os profissionais egressos de seus cursos.

Intenta-se agora e com louvável prudência, e daí a razão da escolha de uma cátedra especializada e já com precedente da realização de curso de aperfeiçoamento de longa duração, a instituição de uma outra forma de ensino e de aperfeiçoamento.

Benéfica e digna de louvores é a determinação dos órgãos dirigentes da Faculdade.

Na execução plena do programa organizado, daremos o melhor de nossos esforços, buscando corresponder sòmente à con-

liança posta no trabalho de todos os docentes da Cátedra de Clínica Oftalmológica. Com êste designio, desdobrando os nossos labôres e os nossos estudos, de molde que o êxito do Curso agora em marcha constitua, oportunamente, um fáto concreto, que dê base à criação de uma Escola de Post-graduação, complemento indispensável à preparação renovada e à formação adequada do profissional médico.

SUMMARY

Inaugural Lecture of the Post-Graduate Course of Ophthalmology by the Medical Faculty of Porto Alegre Rio Grande do Sul

Professor Ivo Correa Meyer, who has been a master of ophthalmology with the Medical Faculty of Porto Alegre since 1932, has suggested creation of a post-graduate course in ophthalmology at Porto Alegre. He proposes that the government require completion of such course before granting permission to practice.

The course would be a two-year course. Students would attend classes in the basic disciplines, including anatomy, histology embryology and physiology. These classes will be taught by staff professors. Classes in the ophthalmology clinic and in surgery will be given by associate professors of ophthalmology. These latter classes will cover the latest developments in this field.

Professor Meyer has suggested that, in the future, there should be only one post-graduate course in Brazil. Professors from all Brazilian ophthalmology centers would participate.

PROCESSO SIMPLES E PRÁTICO DE CORREÇÃO DO ENTRÓPIO NAO CICATRICIAL DA PALPEBRA INFERIOR^{oo}

Paiva Gonçalves Filho

À anomalia de posição das pálpebras em que as bordas livres e conseqüentemente os cílios nelas implantados encontram-se virados para dentro, dá-se o nome de **entrópio** (de **em**, para dentro, e **tropein**, virar) (1). É afecção não muito rara, especialmente entre as pessoas de idade, que além de produzir defeito estético desagradável é capaz de acarretar conseqüências danosas para o glôbo ocular; nem sempre, todavia, os portadores de entrópio dão-lhe a atenção que merece e é habitualmente em fases evolutivas avançadas que procuram os médicos, quando se pronunciou a aberração estética e quando se tornaram acentuadas e permanentes as irritações córneo-conjuntivais.

Evidentemente o tratamento dos casos de entrópio não cicatriciais é menos difícil nas fases iniciais da perturbação palpebral. Menos satisfatória tem se mostrado a correção cirúrgica nos demais casos, motivando o fato, como veremos, a criação de múltiplos processos cirúrgicos os quais, em sua quasi totalidade, se executam por meio de ressecções e excisões de tecidos palpebrais — circunstância que cria problemas e compromete os resultados cosméticos e funcionais pretendidos numa reoperação.

9 9 — Trabalho apresentado ao «Centro de Estudos Oftalmológicos da Universidade do Brasil (25/X/58) e à Sociedade Brasileira de Oftalmologia (30/X/58).

9 9 9 — Chefe do Serviço de Olhos do Hospital A. Pessoa; Assistente da Cadeira de Oftalmologia da F.N.M. e do Serviço de Olhos da Santa Casa (Serviço do Prof. Abreu Fialho Filho).

Nossa contribuição, a êste respeito, ao mesmo tempo que pretende ser simples e bem sucedida visa a lograr bons resultados sem o inconveniente acima apontado.

Antes, porém, de entrarmos na apreciação das técnicas cirúrgicas recomendadas por diferentes operadôres e de descrevermos nossa conduta em tais casos vamos enumerar as causas que concorrem para os desvios repetidos (episódicos) ou permanentes de posição das pálpebras, estudo êsse que será de importância para compreender e justificar os frequentes insucessos terapêuticos da cirurgia do entrópio. Se sob tal ponto de vista é de valia a focalização do problema étio-patogênico também o é o de certos dados da anatomia regional (2-3-4).

— A noção de que a pele das pálpebras é extremamente fina com préguas e sulcos transversais que com a idade aumentam em número e profundidade e que a primeira camada celular sub-cutânea é formada por tecido conjuntivo frouxo com pouca gordura a unir fascículos musculares subjacentes ao derma, é de valor no doseamento da intervenção cirúrgica.

A essas duas camadas se sucedem de diante para trás, bem o sabemos, a camada de fibras estriadas (orbicular das pálpebras), uma segunda camada sub-muscular, estruturalmente análoga à primeira, a camada fibrosa (tarsos) e forrando a face posterior das pálpebras a porção palpebral da mucosa conjuntival. A descrição anatômica se completará com a citação dos músculos de Müller, innervados pelo simpático, e pela presença de fibras de levantador da pálpebra superior, sem contar com a série de glândulas peculiares dos tecidos cutâneos e as que se encontram no corpo tarsal e anexadas aos cílios ou entre êles.

Depois de recordar, incidentemente, ser mui reduzida a placa tarsal da pálpebra inferior — metade da superior — não oferecendo resistência ao reviramento para fora ou para dentro da pálpebra e de lembrar que os bordos aderentes dos tarsos se continuam pelo ligamento largo correspondente, do qual não é mais que um simples espessamento, convém alongar nossa rápida revisão anatômica com a descrição mais demorada do orbicular:

Os feixes musculares que compõem o orbicular dispõem-se concentricamente ao derredor da fenda palpebral, extenden-

do-se para além da reborda orbitária. Em conjunto tem o orbicular forma oval cuja extremidade mais alargada corresponde à região malar. Distinguem-se no corpo muscular duas zonas, a externa ou orbitária, e a palpebral ou interna; a primeira é mais espessa e contrasta com a outra, mais delgada, por sua cor vermelha mais carregada. Na zona palpebral distinguem-se, por sua vez, cinco porções: — marginal pré-ciliar; pré-tarsal; pré-sectal; marginal retro-ciliar ou músculo de Riolan e lacrimal ou músculo de Horner.

As fibras musculares da zona palpebral descrevem arcos de círculo em dois sentidos, sub-entendendo duas curvaturas: — a primeira resultando da disposição arciforme das fibras musculares que contornam a fenda palpebral e a segunda resultando da aplicação exata das fibras sobre a superfície anterior convexa do glôbo ocular.

As fibras do orbicular originam-se na região do ângulo interno por complexas inserções daí extendendo-se para terminar na pele do ângulo externo. Com duas faces, superficial e profunda, entra em relação pela primeira com a pele e, por intermédio da segunda, com a periferia da órbita da qual está separada pelo músculo superciliar, artéria supra-orbitária e diferentes ramos do frontal, com os ligamentos largos e com os tarsos.

O orbicular ao se contrair determina oclusão do orifício palpebral, donde o outro nome que também se lhe dá, esfíncter palpebral. Durante sua contração ao tempo em que se vai apagando a primeira curvatura, estreitando-se a fenda palpebral, as fibras da segunda curvatura fazem com que as pálpebras se apliquem intimamente de encontro com a superfície anterior do glôbo. Compreende-se, desarte, porque «ambos os componentes podem dar lugar ao entrópico desde que os planos de sustentação das pálpebras modifiquem sua situação normal».

Fixados esses pontos colhidos das particularidades anatómicas das pálpebras, classifiquemos os entrópios comentando a seguir os tipos clínicos, com o que faremos sumário estudo etiopatogênico desta entidade clínica.

— A semelhança do que ocorre com os diversos tópicos do estudo do entrópico, o da classificação também está longe de obter a unanimidade de opiniões, é igualmente controvertido.

MALBRAN e GARCIA NOCITO (5) propõem divisão simples e, como dizem permitindo prontas deduções terapêuticas, em entrópios cicatriciais e entrópios não cicatriciais. Não cremos se possa discordar desses Autores; mas algo acrescentando podemos classificar os entrópios em:

1 — Congênito	Primitivo	
	Secundário	
2 — Adquirido	Cicatricial	Tracomatoso
		Não-tracomatoso
	Não Cicatricial	Senil ou Atônico
		Espástico ou Espasmódico
		Mecânico ou Secundário

Congênito: o «primitivo» (extremamente raro) parece resultar, segundo FOX (6), de um superdesenvolvimento das fibras marginais do orbicular. Nêle não se observam alterações para o lado do glôbo ocular. O «secundário» é consequência obrigatória de anoftalmia, microftalmia, epiblefaro, etc.

Espasmódico: constitue o resultado do uso prolongado de curativo oclusivo; do fechamento voluntário visando a evitar imagens imprecisas ou duplicadas efetuado repetida e duradouramente por certos pacientes ou ainda fruto de blefaroespasmos no transcurso evolutivo de estados oculares inflamatórios ou irritativos do segmento anterior do olho. Observa-se em qualquer idade e é, pode-se dizer, sintoma integrador, como a fotofobia e o lacrimejamento, de excitação anormal do oftálmico e até de outros ramos do trigêmio. A bem da verdade é bom que se diga que enquanto alguns Autores como FOX não tem dúvida sobre sua existência outros, como ARLT não admitem possa representar simples decorrências do blefaroespasma porquanto, afirma, mesmo um espasmo muscular vigoroso será incapaz de fazer virar a pálpebra para dentro. A contração enérgica do orbicular aproximará vivamente uma pálpebra da outra e aplicará ambas de encontro ao glôbo ocular, o que impedirá a versão para dentro das bordas. De passagem

diremos constituir êsse tipo de entrópio aquêle que geralmente se beneficia com o emprêgo de paliativos (compressas geladas, esparadrapo, colóide, etc.) ou com a cura do mal que o provocou.

Mecânico: é o tipo que BLASKOVICS (7) prefere denominar de secundário, uma vêz que tôdo e qualquer tipo de entrópio, segundo o A. é resultante da ação de uma força mecânica. Sob ponto de vista étio-patogênico êsse tipo muito se assemelha ao seníl, instalando-se em pálpebras que perdem o apôio posterior, como sucede quando se atrofia o glôbo ocular ou está ausente e, em outras circunstâncias, causas essas observadas em qualquer idade ou coincidentemente na senilidade.

Cicatricial: é quasi sinônimo de entrópio tracomatoso. O entrópio da pálpebra superior, principalmente, é o companheiro habitual do tracoma cicatrizado, da conjuntivite granulosa que não se chegou a deter pelos antibióticos e quimioterápicos. Tôdo processo causador de destruição de tecidos palpebrais, como os acidentes ocorridos nas queimaduras químicas ou os do pênfigo, p. ex., pode gerar entrópio cicatricial — tipo de enfermidade contra a qual só há um gênero de tratamento: cirúrgico.

Seníl: é o tipo mais comum de entrópio e o que comumente se confunde com o espástico. Aliás, para muitos autôres o espasmo seníl é uma forma de entrópio espasmódico. STALLARD, p. ex. assim o denomina. (8).

As diferentes hipóteses aventadas para explicar seu aparecimento giram em tôrno dos seguintes elementos: contração muscular, afrouxamento e excesso de péle, diminuição de resistência do plano de sustentação das pálpebras. No que tange à contração exagerada das fibras do orbicular o admitido é constituir tal fatôr uma causa superajuntada, não bastando por si só. Demos as razões de ARLT, linhas atrás, e acrescentaremos agora, como comprovante de que isoladamente, sem a existência de causas favorecedôras, a contração do esfíncter palpebral não é bastante para gerar entrópio: por mais enêrgicamente que se contraíam as pálpebras jamais se consegue revirar para dentro as bordas livres.

É justamente no atribuir e no caracterizar o fator predisponente que reside a diferença entre as várias teorias étio-patogênicas do entrópio senil.

W. M. HEFNY (9) responsabiliza mais os processos degenerativos da senilidade que os espasmos.

KETTESY (10) apela para dois fatores: um repuxamento e acúmulo de feixes da porção palpebral do músculo orbicular na margem palpebral e secundariamente, adelgaçamento e atrofia do tecido conectivo palpebral.

DUVERGER e VELTER (11) pensam que, em grande número de casos, seja o entrópio consequência do alongamento da borda livre das pálpebras.

Para VANRELL (12) três são os elementos que concorrem para a produção do entrópio: contração muscular, frouxidão e abundância da pele e diminuição do plano de sustentação palpebral. Para SEMERARO (13) o segundo fator de VANRELL seria o dominante.

BUTLER (14) considera como causa fundamental uma relação defeituosa tarso-glôbo.

BLASKOVICS (7) atribue à flacidêz da pele, relaxamento do tono do simpático e a fraca oposição que o músculo por êle innervado oferece ao orbicular. Pondo em destaque o papel do simpático cita a seguinte experiência: instilando-se sucessivamente cocaína e adrenalina (simpaticomiméticos) no olho de um enfermo com entrópio e aguardando-se uns 20 minutos até aumentar o tono do músculo tarsal inferior (único antagonista do orbicular na pálpebra inferior) verificamos que enquanto persiste o aumento do tono, por mais vigorosa que seja a contração muscular não se reproduz o entrópio. Se no entanto utilizarmos como anestésico produtos de ação diferentes dos anteriores como holocaina, pantocaina, etc, a manobra acima citada faz surgir o entrópio.

Outro fato interessante pôsto em realce pelo mesmo A. é que cada pestanejamento produz um deslocamento cada vês maior da pele para a borda palpebral até que tôda ela toma uma posição oblíqua, de sorte que ao se contrair reflexamente o véu palpebral em virtude de excitação provocada pelo atrito

dos cílios de encontro à córnea, em virtude da obliquidade da margem, revira-a facilmente para dentro. O entrópio que então surge permanece favorecido pelo encurvamento longitudinal do tarso adaptado à convexidade do glôbo. Podemos admitir, outrotanto, que a posição normal do tarso é decorrente da rotação de sua borda inferior para diante, uma vez que o eixo de rotação palpebral passa por esta borda.

FOX (15) é de parecer que a irritação do glôbo ocular resulte do entrópio, não sendo causa do mesmo, exatamente ao contrário do que sucede com o entrópio espasmódico. Em sua opinião pretender justificar o aparecimento do entrópio apenas por motivo do espasmo do orbicular é o mesmo que admitirmos a existência de um espasmo poderoso e localizado, restrito unicamente às fibras marginais do orbicular (músculo de Riolan). Acrescenta ser difícil conceber um espasmo muscular iniciado presumivelmente por uma irritação ocular persistente; outras causas devem existir.

ADLER considera como causa favorecedora uma diminuição das forças que mantêm o tarso em sua posição normal. Com efeito, quando as estruturas de apôio são delgadas e atroficas ou quando a pele das pálpebras é muito flácida e facilmente deslocável, o reviramento da pálpebra se opera sem dificuldade. Para o mesmo A. obraria de maneira semelhante o tarso pequeno.

FUCHS (16) atribue à flacidez da pele associada à falta de apôio posterior representada pela ausência, redução de tamanho e afundamento na órbita do glôbo ocular.

Para terminar vamos reproduzir as considerações de WOLF: normalmente os tarsos revestidos pela mucosa conjuntival aplicam-se de encontro ao glôbo ocular, mantendo-se em posição pela ação dos ligamentos palpebrais cujas inserções fixas situam-se em plano posterior ao glôbo; concorrendo igualmente para conservar a borda livre acolada ao glôbo existe o músculo de Riolan (mais desenvolvido na pálpebra inferior que na superior) assim como a fascia tarso-orbitária e um prolongamento fibroso do reto inferior.

Comungamos da opinião daqueles que acreditam ser este tipo de entrópio gerado por alterações senís dos elementos

que acabam de ser apontados. Eis como as coisas provavelmente ocorrem: por efeito de uma absorção da gordura orbitária e afrouxamento generalizado dos tecidos desajusta-se o mecanismo de sustentação normal das pálpebras ao mesmo tempo que, em virtude da redução do conteúdo orbitário, processa-se um enoftalmo relativo o qual, juntamente com o afrouxamento muscular, da fascia e da pele reduzem ou tornam quase nula a pressão da borda tarsal fazendo com que perca o efetivo contato de encontro ao glôbo ocular. Por essas razões quando se fecham as pálpebras — atividade em que o músculo de Riolan desempenha importante papel — a parte mais inferior do tarso bascula para deante enquanto a borda superior o faz para dentro e pelo fato de faltar adequado apôio, dado que o glôbo está algo enoftálmico, o movimento contratural do orbicular provoca inversão da pálpebra, dando origem ao entrópico que de episódico passa a ser definitivo ou pelo menos a se repetir habitualmente.

— Revista assim resumidamente a étio-patogênia do entrópico passemos à descrição do quadro clínico encontrado nos portadores da citada anomalia de posição:

— O entrópico por si mesmo seria incapaz de provocar sintomatologia de monta se não fôra a triquiase. O atritar repetido dos cílios na córnea e o nidamento dos mesmos no fundo-de-saco como se corpos estranhos fôssem e as impurêzas e germes que para aí levam constituem motivos das irritações causadas e das queixas referidas pelos pacientes. Queixam-se então os doentes de ardência, sensação de areia ou de corpo estranho e, conforme os casos, de fotofobia e dores; observamos nós, congestão ocular predominante no fundo-de-saco e na metade do glôbo correspondente à pálpebra revirada para dentro, epífora e tôdas as manifestações companheiras de lesões irritativas ou ulcerativas de conjuntiva e córnea e, lógicamente também notamos a borda palpebral entropiada.

Assinale-se, porém, que no entrópico senil o olho costuma estar calmo, silencioso; como diz FOX, só mesmo quando o paciente vem à consulta por outros motivos é que o médico comprova a existência do entrópico.

— **Tratamento:** (17 à 28) mui numerosos são os recursos terapêuticos especialmente os cirúrgicos, até hoje propostos

para o reparo do tipo de anomalia de posição da palpebra em estudo. O que tem sido aconselhado vai num crescente, desde a simples aplicação de compressas geladas para pôr cõbro as contrações espasmódicas do orbicular até aos mais complicados processos cirúrgicos. Em sua maioria, forçoso é reconhecer, os métodos são de desapontadôra precariedade dada a frequência com que recidiva o mal. Temendo a reprodução do reviramento interno da palpebra depois de intervenções mutilantes, quando então nova intervenção torna ainda mais problemática e até inexequível a cura, limitam-se alguns a aconselhar a **epilação** ou **aplicação de lentes de contato** suprimindo uma das causas de irritação ou pondo o polo anterior do olho ao abrigo da mesma, outros procuram suspender a atividade contratural do orbicular por meio de **injeções de álcool** (WEECKERS) ou **novocaina** ou imobilizar as pálpebras por meio de **tarsorrafia** (HAMBRESIN) ou ainda a enfraquecer o orbicular praticando **cantotomia** (POULARD-POKHISOV), **cantoplastia**, **cantólise**.

Para obrigar a margem palpebral a se manter desvirada há quem procure promover uma retração cicatricial da pele e planos sotopostos por meio de **cauterização linear** (ALBUCA-SIS, PESCHEL) ou **puntiforme** (ZIEGLER, KILNER) ou a repuxando com meios de fortuna (esparadrapo, coloide, grampos de MICHLES) ou suturas profundas, como sugerem GAILLARD, SNELLEN, ARLT, STELLWAG e PAGENSTECHET.

A relação de processos cirúrgicos para cura do entrópico se enriquece com as técnicas de reviramento com fascia alata de CLARK ou com retalho de pele LEBENSOHN e outros, e também com as que são descritas por PANAS, CELSO, GRAEFE, HOTZ, SEMERARO, CHRONIS, AZADEK, DUVERGER, IMRE, BLASKOVICS, BIRCH-HIRSCHFELD, LÖWENSTEIN, WHEELER, MEEK, BONACCOLTO, FOX, WIES, MÜLLER, CALLAHAN, KUHN, STERATFIELD-SNELLEN, etc., cada um deles com variantes e que consistem essencialmente em resseções de tamanho e formas diversas de pele, músculo, tarso ou de enfraquecimento de setôres do orbicular, mudança de trajeto de grupos de fibras, entrecruzamentos de feixes, etc.

— **NOSSA TÉCNICA**: mais uma técnica vamos acrescentar a tão extensa relação. Não será, por certo a melhor,

mas é, todavia uma das mais simples e entre aquelas que se lhe assemelham a que propicia resultados mais duradouros.

É uma operação de fácil e rápida execução, indolor, praticada em ambulatório e que absolutamente não impede que o paciente continue sua atividade normal. Acrescentaríamos que poderá ser efetuada mesmo por quem não esteja familiarizado com a especialidade e que não há perigo de provocar lagoftalmia residual como acontece com certas técnicas, nem desfiguramento e que se dêr a hipótese de ser mal dosado o efeito plástico pode-se, sem inconveniente ou riscos, repeti-la.

Quatro são os casos de entrópio não cicatricial por nós já operados, um deles há um ano. O único caso de entrópio cicatricial em que empregamos a mesma técnica, foi mal sucedido.

Ao nosso total temos a acrescentar dois casos de entrópio senil operados pelos Drs. FERREIRA FILHO e BOTELHO FERREIRA nos quais os resultados foram ótimos, conforme comunicaram.

Foi assistindo a uma intervenção praticada em Maio de 1958 pelo Dr. MOURA BRITO, cirurgião de Curitiba recém chegado do estrangeiro, em um caso de ptose da pálpebra superior internado na 1ª. Enfermaria da Sta. Casa, Serviço do Prof. Abreu Fialho Filho, onde trabalhamos, que a idéia nos surgiu. A operação praticada pelo Dr. MOURA foi a de FRIEDENWALD-GAYTON modificada.

Na intervenção de entrópio que estava programada para nós e que se seguia à do Dr. MOURA aplicamos pela primeira vez a técnica que havíamos imaginado naquela ocasião e de que puzéramos ao par o Prof. Fialho.

Consiste em criar com Mononylon um quadrilátero de contenção da pálpebra inferior o qual, por sua vêz, estabelece um novo plano de sustentação palpebral. Adotamos essa figura geométrica porque é a que permite englobar maior quantidade do orbicular (inclusive as radiações musculares externas e internas) e porque respeitando a topografia regional é a que assegura a maior resultante de fôrça.

Na tunelização quadrilátera feita pelo fio processa-se uma inflamação assética com necrose que provoca retrações e ade-

rências profundas que ajudam a conservar os resultados estéticos obtidos.

O material necessário para a intervenção é o mais reduzido possível: seringa de injeção com agulha de 30 por 7 ou 25 por 6, Mononylon 5 zeros e uma pinça de ponto com a qual se introduzirá o fio na alma da agulha. Frizemos que no último caso operado empregamos «Sedlsencap 4 zeros» (sêda isenta de capilaridade e trançada) com bom resultado; consideramo-la superior ao nylon nos entrópios mais severos, pois evita a possibilidade de esgarçamento das fibras musculares. Quer-nos, também parecer, que em casos mais pronunciados nada *contra* indique o emprêgo de agulha e fio de calibre maiores.

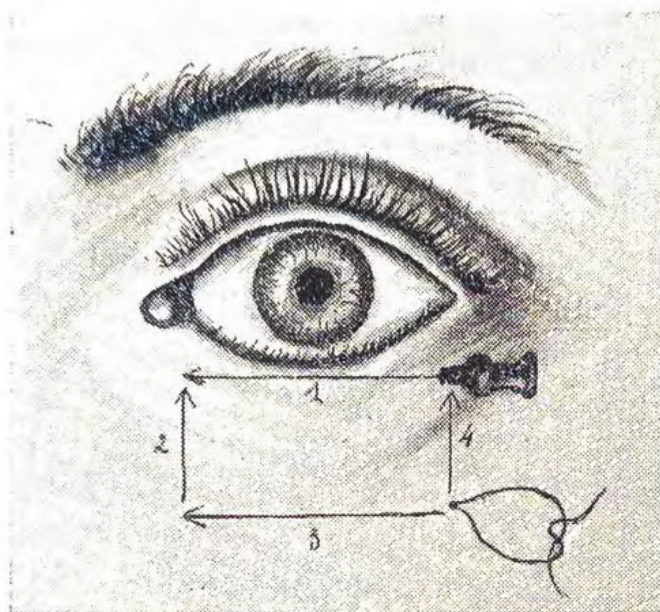
Feita a assepsia da região com Merthiolate, já dispendo de seringa carregada com novocaina à 4% passa-se à intervenção propriamente dita, a qual pode ser decomposta em quatro tempos, cada um dos quais compreendendo a infiltração anestésica e a passagem do fio.

1º tempo: na altura do canto externo das pálpebras a 1 ou 2 mm. da borda livre, introduzimos a agulha profundamente e fazêmo-la caminhar em direção ao ângulo interno paralelamente à margem ciliar, exteriorizando a ponta biselada em sítio correspondente ao ponto lacrimal inferior. À medida que vamos introduzindo a agulha — e assim faremos nos demais tempos — vamos infiltrando o anestésico. Deixando-se a agulha no local retiramos a seringa; será pelo bisél que enfiaremos o fio. Passada a extensão necessária de fio, prendemos entre os dedos as extremidades e retiramos a agulha. O fio sepultado terá traçado assim o primeiro lado do quadrilátero.

2º tempo: novamente enfiamos a agulha montada na seringa fazendo-a agora avançar para cima em direção paralela ao nariz até sua exteriorização em pleno orifício de saída do 1º tempo. A extensão do trajeto a percorrer é o da agulha, ou seja, 30 mm. Feita a infiltração e passado o fio, tal como anteriormente, retiramos a agulha.

3º tempo: nêsse terceiro tempo traça-se o lado inferior do quadrilátero. Nesta altura o fio caminhando nos planos profundos e tracejando em conjunto uma letra «C» com abertura dirigida para o lado temporal.

4º tempo: introduzindo-se finalmente a agulha e fazendo-a caminhar de baixo para cima, até que sua ponta aflore e se exteriorize em pleno orifício de entrada do 1º tempo operatório ou pelo menos o mais próximo dêle.



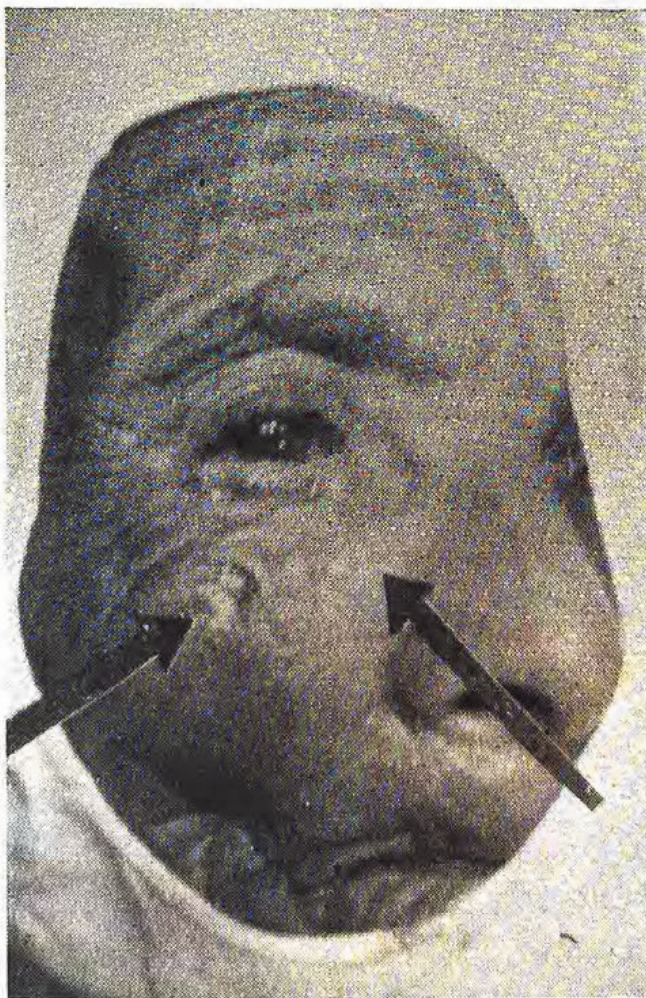
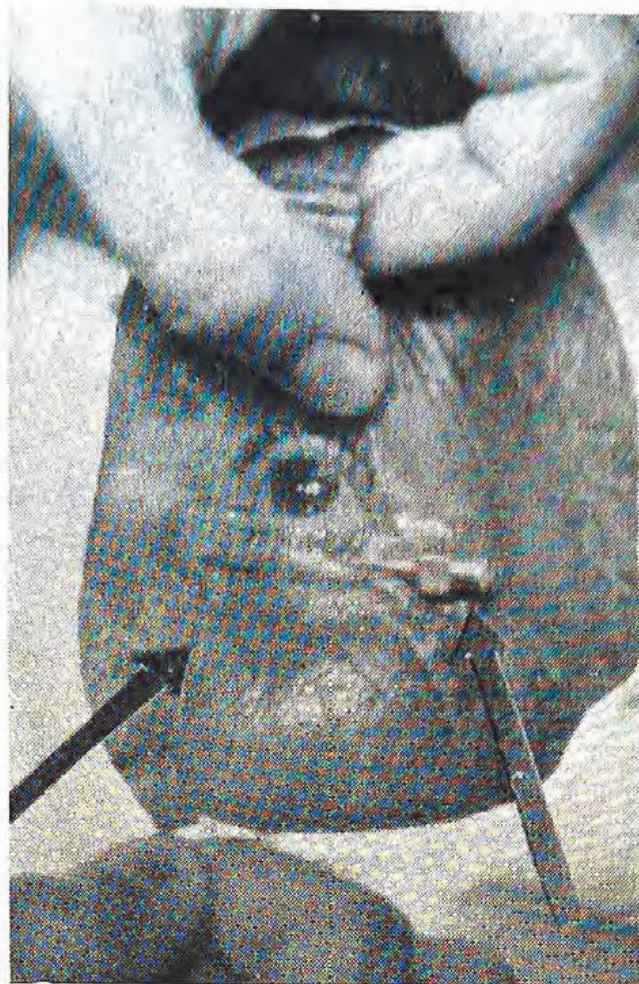
Construído com o fio o quadrilátero tomamos as duas pontas (saindo ambas pelo orifício temporal inferior) e nodamos as sobre um pedaço de gaze, borracha fina ou pelota de algodão pequena que ficará de permeio entre o nó e a péle.

N. B. dêste que se obtenha um quadrilátero e se node o fio no orifício temporal inferior, pode-se alterar a seqüência dos tempos descritos.

Não há em rigôr necessidade de fazer curativo oclusivo; quando muito poderá se aplicar pequeno pedaço de gaze lambusada de colírio-pomada de antibiótico sobre o ponto nodado, mantendo-a no local com esparadrapo ou durex.

De 48 em 48 horas renova-se o curativo ou se faz uma aplicação de mercúrio-cromo nos pontos de introdução da agulha.

Logo após a intervenção dever-se-á notar super-correção intencionalmente procurada afim de se obter ou melhor de contrabalancear a infiltração anestésica. Se posteriormente, por ocasião das revisões, viermos observar insuficiente correção, desnoda-se o fio e torna-se a noda-lo após a nova regulagem; essa é uma das grandes vantagens da técnica. Ao cabo de uma semana fazemos a correção definitiva. Finalizemos informando



que o fio será deixado definitivamente ao leito por êle criado, sem mesmo nos preocuparmos com o nó feito, porque também ficará oculto, sepultado nos tecidos.

Ilustramos êste trabalho com as fotografias do terceiro caso. Aliás, só do primeiro não possuímos documentação fotográfica.

Pelos clichês vemos quão simples é a intervenção e como excelentes são os resultados obtidos. Que os colegas a executem em casos semelhantes e nos ponham ao par dos resultados, são os nossos desejos.

Como nota final, vamos fazer o registro de técnica algo semelhante que estamos empregando no Ectrópio Não-Cicatricial da pálpebra inferior, que publicaremos tão logo tenhamos reunido um número suficientes de casos.

* * *

SUMMARY

Simple and Practical Procedure for the Correction of Non-cicatritial Entropion of Lower Lid.

Palpebral entropion is studied by the author. A new method of surgical correction is presented, which was inspired by Frieden-wald-Guyton's technique for palpebral ptosis: 1 — A 30x7 or 25x6 needle mounted on a syringe charged with 4% novocaine is introduced from the outer canthus, 2mm. below the lid margin, travelling horizontally and deeply, to emerge in correspondence with the lacrimal punctum. The anesthetic is injected as the needle advances. The syringe is then removed and the needle is left in place. A 5 zeros Mononylon is threaded through the needle, which is removed, the thread being left in place. 2 — The needle is introduced from down upwards, vertically, some 30 cm. below the first point of exit, where it must emerge. The thread is introduced as previously. 3 — the needle is passed from the nasal to the temporal aspect and, at this step, the suture describes a C with its opening outwards. 4 — after a vertical traject the needle is made to appear at the site where the operation began. The tips are tied.

- 1 — Paiva Gonçalves — DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS OCULARES — Pág. 240 — 1939.
- 2 — L. Testut-A. Laterjet — ANATOMIA HUMANA — Vol. I — Pág. 820 — 1947.
- 3 — L. Testut-O. Jacob — ANATOMIA TOPOGRÁFICA — Vol. I — Pág. 403 — 1947.
- 4 — H. Rouvière — ANATOMIE HUMAINE — Vol. I — Pág. 308.
- 5 — J. L. Malbran-P. F. Garcia Nocito — PLÁSTICAS PALPEBRALES Y CONJUNTIVALES — Pág. 47 — 1947.
- 6 — S. A. Fox — PRIMARY CONGENITAL ENTROPION — Archives of Ophthalmology — Vol. 56 — Pág. 839 — Dec. — 1956
- 7 — Blaskovics-Kreiker — CIRURGIA DE LOS OJOS — Pág. 58 — 1947.
- 8 — H. B. Stallard — EYE SURGERY — Pág. 184 — 1958.
- 9 — W. M. Hefny — ENTROPION OF LOWER LID AND ITS RELIEF — Bulletin of Ophthalmological Society of Egypt — Vol. XLIII — Pág. 79 — 1955.
- 10 — D. C. Mc Farlane — CORRECTION OF SPASTIC ENTROPION — American Journal of Ophthalmology — Vol. 41 — Pág. 657 — April — 1956.
- 11 — Duverger et Velter — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE OPHTALMOLOGIQUE — Pág. 92 — 1926.
- 12 — G. Vanrell — MANUALES DE MEDICINA PRÁTICA-ENFERMEDADES DE LOS PARPÁDOS — Pág. 93 — 1948.
- 13 — E. Semeraro — CURA CIRÚRGICA DO ENTRÓPIO — Revista Brasileira de Oftalmologia — Vol. VI — Pág. 37 — Set. — 1947.
- 14 — J.B.V. Butler — A SIMPLE OPERATION FOR ENTRÓPION — Archives of Ophthalmology — Vol. 40 — Pág. 665 — Dec. — 1948.
- 15 — S. A. Fox — RELIEF OF SENILE ENTROPION — Archives of Ophthalmology — Vol. 46 — Pág. 424 — October — 1951.
- 16 — Fuchs-Salzmänn — TRATADO DE OFTALMOLOGIA — 1935.
- 17 — W. Duke-Elder — TEXT-BOOK OF OPHTHALMOLOGY — Vol. IV — 1952.
- 18 — R. F. Pereira-E. Adrogué — TRATADO DE CIRURGIA OCULAR — Pág. 130 — 1948.
- 19 — H. Arruga — CIRURGIA OCULAR — Pág. 88 — 1946.
- 20 — J.L. Lebensohn — RELIEF OF SENIL ENTROPION — American Journal of Ophthalmology — Vol. 36 — Pág. 504 — April — 1956.

- 21 — M. Azadek — DEUX NOUVELLES MÉTHODES DE SUTURE DANS L'OPERATION DE L'ENTROPION — Annales D'Oculistique — Vol. 187 — Pág. 1081 — Dec. — 1954.
- 22 — L'Hambresin — LE TRAITEMENT DE L'ENTROPION SPASMODIQUE — Annales D'Oculistique — Vol. 182 — Pág. 931 — Dec. — 1949.
- 23 — C. Djacos — SUR L'ENTROPION ET LA TRICHIASIS (LA SOLUTION DE LEUR PROBLÈME OPERATOIRE) — Annales D'Oculistique — Vol. 183 — Pág. 934 — Nov. — 1950.
- 24 — Török and Grout — SURGERY OF THE EYE — Pág. 344.
- 25 — Edilberto Campos — CONSULTAS OFTALMOLÓGICAS — Pág. 78 — 1935.
- 26 — E. B. Spaeth — PRINCIPLES AND PRACTICE OF OPHTHALMIC SURGERY — 1948.
- 27 — A. Callahan — SURGERY OF THE EYE — Pág. 50 — 1956.
- 28 — J. W. Bettman — FRIEDENWALD-GAYTON PTOSIS OPERATION — Archives of Ophthalmology — Vol. 56 — Pág. 819 — Dec. — 1956.

PSICOLOGIA NO ESTRABISMO

Barbosa da Luz
Rio de Janeiro

TRATAMENTO ORTÓPTICO

O tratamento ortóptico do estrabismo é o restabelecimento do paralelismo dos eixos visuais, baseado na recuperação da visão binocular, por meio de exercícios. Esta restauração da visão binocular é relativamente fácil, durante o seu desenvolvimento fisiológico na criança, isto é, antes dos seis anos. Para o êxito desta restauração, evidentemente, o tratamento da criança estrábica precisa ser iniciado o mais cedo possível. Se ha estrabismo em criança de 1 ano, esta será a idade limite para o início do tratamento. Só assim se evita a instalação de fenômenos patológicos secundários: as anomalias da retina, as inibições, a fixação excêntrica, as ambliopias, enfim tôdas as complicações de um estrabismo negligenciado, sejam fisiológicas ou psicológicas. Em resumo, finalidade da ortóptica: normalizar os reflexos em vias de recondicionamento pelo desvio, recuperar a visão binocular e eliminar os recalques, principalmente os recalques que são inevitáveis e de consequências desastrosas.

No que diz respeito à cura dos desvios oculares, êste processo busca o ideal que é, sem dúvida, a função binocular perfeita, os eixos visuais paralelos, a ortoforia.

RESULTADO MEDIÓCRE

No entanto, as opiniões divergem em relação ao valor e às possibilidades da ortóptica. Para muitos oculistas a ortóptica no tratamento no estrabismo deixa muito a desejar: os resultados são medíocres, nada além de 10% e isso apesar do aperfeiçoamento dos seus instrumentos.

Comunicação ao XVIII Congresso Internacional de Oftalmologia, em Bruxelas, setembro 1958.

Não queremos ter opinião categórica. Preferimos, antes, indagar: não serão ainda deficientes os processos de reeducação ortóptica do estrábico? Estaremos nós aproveitando todo o material humano ideal para a recuperação ortóptica? Tôdas as crianças estrábicas recebem o tratamento de que precisam na idade ótima, ou seja, os dois e os sete anos? Esta indagação é fundamental: haverá predominância de crianças com essa idade freqüentando as clínicas ortópticas?

Ora, neste caso contribuir para ampliar os recursos me parece uma obrigação de todos que a queremos como especialização de real e eficiente valor para a oftalmologia.

Um ortoptista não deve contentar-se com a sua excelente técnica, e algumas noções de psicologia educacional. Precisa de algo mais, como vamos procurar demonstrar.

PROCESSO DA ORTÓPTICA

A técnica usual da ortóptica se resume de um modo geral em examinar, despertar, restabelecer e ampliar a visão binocular. Quando essa visão binocular está perdida ou adulterada — tal é o caso do estrabismo — intervêm a ortóptica com seus testes. Primeiramente com o exame das diversas etapas da visão: fixação, vergências, acomodação e fusão, estabelecer o diagnóstico das diversas variedades do estrabismo. Posteriormente, como terapêutica, por meio dos exercícios ou treinos, ela vai ajudar a restabelecer a visão binocular.

O tratamento ortóptico se faz por dois processos distintos: um, na base do condicionamento dos reflexos (automático) e o outro na base do ensinamento (volitivo). O primeiro processo se aplica à criança até a idade de quatro anos. Depois o estrábico só poderá adquirir o hábito da visão binocular, aprendendo a usar convenientemente os olhos (processo cortical).

Este é o método clássico, a rotina, da técnica ortóptica que nos conduzirá a um término feliz na recuperação da criança estrábica se não forem os empecilhos bem conhecidos e contra os quais pouco se pode fazer dentro dos métodos ortodoxos.

DUAS OPINIÕES

A nossa eminente colega JULIA E. LANCASTER nos diz o seguinte: «no estado atual da ortóptica, os nossos conhecimentos não proporcionam aos pacientes nenhum auxílio útil com que eles possam vencer as suas dificuldades quando, já tendo ultrapassado a idade dos reflexos, não atingiram ainda a da perfeita compreensão para aprender o hábito da visão binocular». (1)

«Infelizmente esta vontade (vontade da criança estrábica de suportar os exercícios) não existe, as mais das vezes por falta de discernimento, naquela idade em que as outras condições de tratamento são as melhores». São palavras do Prof. BANGERTER — o mestre da escola pleóptica — que nos diz ainda: «é preciso tentar criar o entusiasmo da criança estrábica. A vontade de se recuperar vai influir decisivamente no prognóstico. E' todavia um verdadeiro contrasenso querer tratar um paciente se ele não demonstra um desejo ardente de melhorar a sua visão.» (2)

Este é o depoimento de duas autoridades incontestáveis nestes assuntos. Nenhum auxílio útil lhe podemos prestar. Impossível tratar quem não quer curar-se. São várias as razões justificativas da interrupção do tratamento: falta de colaboração dos pais, desajuste da criança. E a parada do tratamento vai permitir a consolidação de tôdas as anomalias já assinaladas: ambliopia, fixação excêntrica, etc., num pequeno neurótico completamente dasajustado para toda vida.

E' exatamente para não cruzar os braços diante de casos como êsses, que o ortoptista — desde que aperfeiçoe a sua técnica num sentido de âmbito mais elevado — vai intervir decididamente com uma grande motivação baseada na análise das alterações psicopatológicas dos estrábicos. Com esta orientação despertaremos no pequenino vesgo o grande desejo secreto de se libertar do defeito de que ele se envergonha e tanto o infelicit.

(1) JULIA E. LANCASTER, M.A. — «A Manual of Orthoptics»

(2) Dr. ALFRED BANGERTER — «Traitment de l'amblyopie»

OBJETIVAÇÃO DO SUBJETIVO

Da observação de algumas centenas de crianças portadoras de estrabismo, adquiri a convicção de ser o estrábico, com a sua fisionomia desfigurada pelo desvio, o portador também de visíveis alterações psicológicas.

Meninos estrábicos, com os quais mantenho demorado contato, na rotina da clínica durante meses seguidos de exercícios, pela sua atitude, seu comportamento, suas reações, de-



ram-me a certeza dessa ocorrência. Se digo que tais alterações são visíveis é porque as mesmas se exteriorizam a qualquer observador das suas fotografias.

Nestes rostos é fácil ver, não apenas que os olhos estão tortos, quebrando a harmonia do semblante, mas, muito mais



do que isso, que há em todos êles um toque de infortúnio, de mágoa, de revolta, marcando a fisionomia dessas crianças.

Poderia mesmo dizer que inutilizado «o espelho da alma» no consenso universal que são os olhos, aqui vemos o sofrimento dêsses infelizes exteriorizados na boca, na contratura

dos lábios, onde há um rictus de angústia que se destaca nas suas carinhas desgraciosas. São aqui bem visíveis êsses estados de alma. Eu poderia exhibir inúmeras outras fotografias semelhantes.

FISIONOMIAS ILUMINADAS

Podereis observar o resultado do tratamento sôbre o ânimo dos pacientes. Se o nosso problema é, com efeito, o de



analisar estados de alma, peço que examinem a transformação dêstes rostos, onde não mais vemos o rictus amargo de lábios contraídos. Há em todos um toque de satisfação. Uma fisionomia iluminada, demonstrando um novo interêsse pela vida, simplesmente porque já não sofrem a tortura dos olhos desviados.



A criança estrábica é um torturado psíquico. Aqui não estou, porém, para lhes fazer esta afirmação que seria um truismo. A inquietação psíquica do estrábico é bem conhecida, mesmo sem as minhas fotografias.

O que pretendemos mostrar é o valor dêstes conhecimentos por parte do técnico ortóptico para melhor orientação e rendimento muito maior do tratamento médico do estrabismo.

O que lhes digo não é nada novo. Já CANTONNET chamava a atenção para a análise do paciente portador de estrabismo. (3) Com o advento dos haploscópios, de grande eficiência técnica, vamos esquecendo a advertência do Mestre.



PSICANÁLISE

O ortoptista deverá conhecer e saber analisar com carinho essas alterações psicológicas e tirar delas o maior partido na sequência do tratamento. Durante as sessões de treinamen-



to, como verdadeiro psicanalista, fazer dos exercícios um motivo de catarse do pequeno neurótico, buscando tornar conscientes as verdadeiras causas das suas alterações psíquicas.

(3) A. CANTONNET ET J. FILLIOZAT — «Le Strabisme, sa rééducation». Paris, 1932.

Este exame analítico das perturbações psíquicas dos portadores de estrabismo deverá constituir para todos nós que praticamos a ortóptica um ponto fundamental para a completa recuperação dos nossos pacientes. Este conhecimento nos aconselha a intervir rápida e precocemente. Quanto mais jovem a criança mais facilmente serão também normalizados êsses desajustamentos psíquicos.

ORIENTAÇÃO NOVA

Para começar, numa melhor ambientação de acôrdo com a nova técnica, o pequeno estrábico e tôda a sua «entourage» devem ser cuidadosamente preparados. Nós precisamos conhecer a alma das crianças. Examiná-la demoradamente. A criança sentirá o nosso interêsse por ela e com isso fazemos que aceite os exercícios.

Ouvi, certa vez, de um garôto de seis anos, ao ser levado ao amblioscópio para um teste inicial a seguinte exclamação: «Não, Dr., nesse aparêlho, não. O leão não entra na jaula». Os pais esclareceram depois que êle havia passado alguns meses em outra clínica nessa terrível caçada e não compreendiam, nem pai nem filho, a razão dessa inútil e demorada tortura para o garôto.

COLABORAÇÃO

Como qualquer torturado psíquico, a criança estrábica precisa, antes de tudo, de preparo psicológico: ela deverá descobrir no técnico a pessoa que conhece a sua infelicidade e é capaz de livrá-la das angústias da sua psique conturbada. Sem isso ela não aceitará nunca as massantes e fastidiosas sessões de trinta e quarenta minutos de treinamento. Quando conseguimos despertar nos pequenos vegos o fenômeno do **transfer** podemos estar certos da cura. Vamos obter colaboração ativa da criança, coisa decisiva e indispensável nestas circunstâncias.

Quando a atenção e a inteligência das crianças não são ainda suficientes para permitir uma colaboração, nós vamos buscar na sua frustração os motivos do interêsse para o tratamento. Tudo quanto antes era recusado ou executado passi-

vamente irá constituir preocupação constante da criança. Mesmo os trabalhos de casa (há uma grande variedade improvisados, sem aparelhos) passam a ser feitos com interesse.

AINDA CANTONNET

Adquirimos, então, aquela «ascendance sur le patient» de que nos fala CANTONNET: «Il faut que nous ayons une véritable autorité morale sur le patient, que nous soyons expressifs et persuasifs, que nous sachions mettre en jeu sa volonté, que nous sachions transformer sa velléité de guerir en «vouloir» concret, positif, actif».

Essa colaboração do enfermo — verdadeiro segredo da cura — vai servir para diminuir de muito aquela dose infinita de paciência e de tempo de que nos falava, tão melancolicamente, JAVAL o grande mestre de todos nós.

CONCLUSÕES

O estrabismo provoca na criança um estado de espírito diferente que deverá constituir para os técnicos ortópticos o **leit-motif** do tratamento

A prática nos tem convencido não ser difícil obter uma colaboração ativa da criança e despertar nos pequenos angustiados o «desejo ardente», mesmo «entusiasmo» pela sua recuperação. As graves complicações do estrabismo: a ambliopia, a correspondência anômala, a fixação excêntrica, não se curam, evitam-se.

RESUMO

Para um resultado melhor no tratamento do Estrabismo, o técnico ortóptico precisa conhecer as reações psicológicas que marcam o comportamento das crianças estrábicas.

Com um psiquismo em fase de desenvolvimento, elas são atormentadas pelo defeito físico que as inferioriza e não sabem como libertar-se dos complexos que o defeito imprime em suas personalidades.

O ortoptista — desde que tenha aperfeiçoado os seus conhecimentos ao ponto de poder tornar conscientes, a essas

crianças, os verdadeiros motivos de suas angústias — vai despertar nelas um subito interêsse pelo tratamento, um grande desejo de recuperação que é, em nossa opinião, a melhor garantia do êxito completo do tratamento ortóptico do estrabismo

SUMMARY

Psychology in Squint

In order to obtain better results in orthoptic treatment of strabismus the Orthoptic technician must know the varied psychological reactions mark the behaviour of the children who squint.

With a psychisme that is still in a stage of development, these children are seriously disturbed by the physical defect which gives them a feeling of inferiority, and they are not easily freed from the complexes which this defect impresses on their personality.

Since the technician has improved his knowledge to the point of making councious in these children, the true reason of their anguish and uneasiness, he awakes in them a sudden interest for the treatment and eagerness for the recuperation.

This interest of the cross-eyed children makes it ease to carry on the orthoptic training in patients of any age even those which have already crossed the reflex age without getting the cerebral learning age they are included in that group for which classic treatment, **«at the present stage of orthoptic knowledge, have no way of helping the patient»**

The sudden interest awaked by the new orientation of the treatment, this «positive, active and strong will» of the children, are surely in our opinion the best for cure.



OPERAÇÃO DO PTERÍGIO

Renato P. Machado
Niterói

Procuraremos expôr neste trabalho os resultados obtidos na operação do pterígio, usando, na maioria dos casos, o processo da «ressecção submucosa», com algumas modificações.

Acreditamos que êste tipo de operações deva ser o preferido na grande maioria dos casos, principalmente quando o pterígio tiver grandes dimensões no sentido vertical (em leque aberto), não importando a extensão da invasão corneana. Para os tipos alongados, em leque semi-aberto, preferimos a operação de Mac Reynolds (sepultamento), com pequenas variações, de acôrdo com os casos. Nêstes, quando há muita vascularização, ficando o pterígio muito encorpado, mesmo com pouca largura, preferimos também a ressecção submucosa.

Damos muita importância ao estudo do pterígio quanto à sua extensão, espessura e vascularização, para adaptarmos o processo cirúrgico que acreditamos ser o mais eficiente.

Uma técnica cirúrgica única não poderá resolver todos os casos de pterígio.

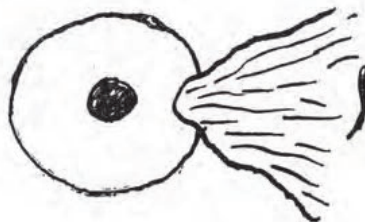
Não queremos dizer com isso que se escolhermos adequadamente os processos cirúrgicos, empregando-os com uma técnica aprimorada, tenhamos resolvido o problema cirúrgico do pterígio. Infelizmente estamos ainda distantes disso. Sempre aparecem os casos decepcionantes, que recidivam antes da cicatrização completar-se.

A grande esperança reside nos «raios beta» dos aplicadores de Estrôncio 90. Por enquanto parece-nos que ainda não foi encontrada a dose ideal para seu emprêgo, compatível com resultados eficientes, sem causar lesões secundárias no globo ocular.

A dificuldade de obtenção e o alto preço do aparelho contribuem para que o seu emprêgo seja limitado a poucos serviços de oftalmologia, quase sempre nas capitais, ficando o oftalmologista do interior sem oportunidade de utilizá-lo.

Por enquanto teremos que, procurando dentro da cirurgia simples, encontrar o recurso mais prático para combater essa enfermidade tão comum e tão pouco conhecida, muitas vezes desmoralizante para os especialistas mais capazes.

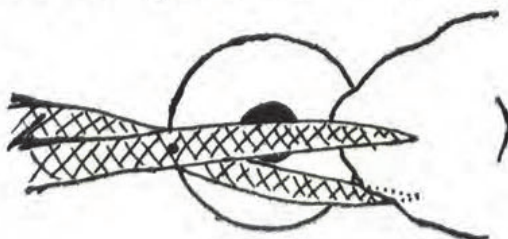
Em nosso serviço, no Hosp. Municipal Antônio Pedro, em Niterói, já praticamos cêrca de 15 (quinze) operações pelo processo da ressecção submucosa, que somados com aquelas efetuadas em doentes particulares e do I.A.P.I., deverão somar 35 (trinta e cinco) casos. Entre elas existiam 3 (três) com dois pterígiois num só olho, que foram operados num único ato cirúrgico; 5 (cinco) deles já eram recidivas, sendo 2 (dois) recidivados pela 2ª vez.



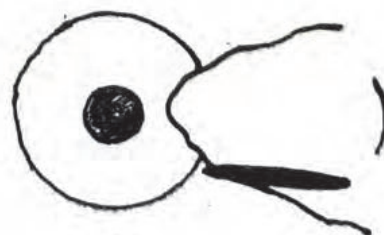
I

Na figura I procuramos demonstrar o aspecto do pterígio com as dimensões ideais para aplicar-se a técnica que passaremos a descrever.

Começamos o ato cirúrgico, após anestesia, com um pique de tesoura, tendo ponta fina, na conjuntiva previamente pinçada e introdução da ponta de um dos ramos da tesoura, incidindo somente a mucosa em sentido horizontal, começando-se próximo ao limbo, na parte inferior do pterígio (F. II). Devemos ter certeza de que só incisamos a conjuntiva, que por transparência deixará ver a ponta da tesoura antes de incisar-mos. Em F IIa demonstramos o resultado da incisão, no ponto em que deve ser praticada.



II

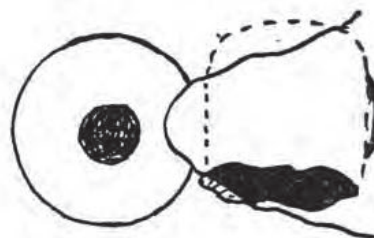


IIa

Em seguida pinçaremos a borda superior da incisão conjuntival e introduziremos os dois ramos da tesoura, fechados, e procuraremos ao abrí-los afastar a conjuntiva da face anterior do corpo do pterígio, em tôda a extensão, de baixo para cima, respeitando-se apenas a parte que fica sôbre a córnea e o limbo (F. III.) Neste tempo cirúrgico não devemos seccionar as aderências, salvo nos casos de recidivas, em que elas são muito resistentes e sômente por dissecação correremos o risco de esgarçar a conjuntiva antes de rompê-las. Alguns piques de tesoura são suficientes para efetuar, com a dissecação, o deslocamento adequado da conjuntiva. Em F. III-a demonstramos o aspecto da face anterior do pterígio, sem a conjuntiva.

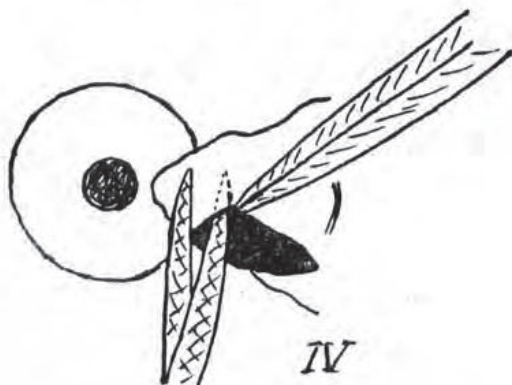


III



III a

Incisaremos a seguir, no sentido vertical, a conjuntiva, começando próximo ao limbo, no início da incisão horizontal, até o limite superior da zona descolada, que corresponde à borda superior do pterígio (F. IV). Ficará assim à vista o corpo do pterígio, pela sua face anterior (F. IV-a).



IV

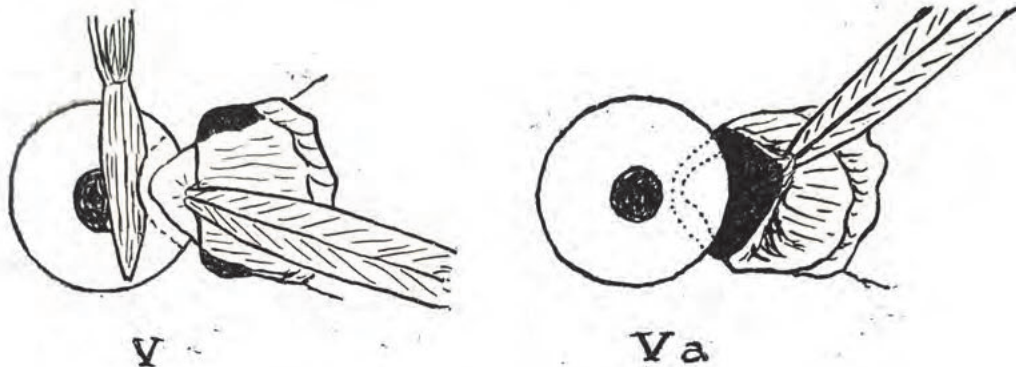


IV a

Consideramos então realizada a primeira fase da operação, que consiste na dissecação da mucosa, com as incisões em «L».

A segunda fase será o exérese do pterígio.

Empregamos um bisturi bem afiado e uma pinça de fixação comum, começamos a incisão na córnea, a um milímetro antes do início da cabeça do pterígio, praticando uma queratotomy superficial até ao limbo, onde se continua com a retirada de curta extensão da episclera. Para isso fixamos a cabeça do pterígio com a pinça, junto ao limbo, sem fazer tração (F. V.).



Com o bisturi ou com a tesoura descolaremos a face posterior do pterígio da episclera, em toda a extensão necessária (F.V-a).

Teremos o pterígio descolado em suas duas faces, bastando seccioná-lo em suas bordas e base, utilizando-se da pinça e tesoura, conforme ilustram as fig. VI e VIa, concluindo a segunda fase da operação.



Em fase final procuramos recompôr a ferida operatória suturando o retalho conjuntival à episclera, junto ao limbo, e à conjuntiva da porção inferior da incisão horizontal. Deixamos sempre um espaço de 2 a 3 mm, ao longo do limbo em que a episclera fica descoberta, sem recobrimento conjuntival. A sutura horizontal deverá tangenciar a borda inferior da cór-

nea, com 2 ou 3 pontos conjuntivo-conjuntivais, conforme ilustra a fig. VII.



VII

Os pontos deverão ser retirados com 3 dias, não devendo ficar por mais tempo, para evitar a reação vascular de defesa, que poderá facilitar a recidiva.

Usamos no pós-operatório pomada ou colírio de antibiótico com cortisona.

Dos casos por nós operados, acima enumerados, só constatamos 2 (duas) recidivas. Uma delas em pterígio simples, operado pela 1ª vez e outra em um doente com 2 pterígios em um só olho, recidivando somente o situado internamente. Esses casos foram por nós reoperados, pelo mesmo processo, e não recidivaram mais.

* * *

SUMMARY

Operation of Pterygium

The A. describes the modification which he has done in the submucous resection technic for pterygium, based on 35 cases.

He advises the method for the broad, thick pterygia. The conjunctiva is dissected with scissors and after its separation from the body of the pterygium, the latter is resected with the superficial layers of the cornea and episclera.

He makes 2 or 3 sutures in the inferior edge of the incised conjunctiva, leaving uncovered a little zone of the sclera near the limbus.

BETATERAPIA EM OFTALMOLOGIA

Angelo Rogers Bellini

Resposta às perguntas que nos foram encaminhadas no debate sobre o tratamento ocular médico do Curso de Oftalmologia de 1959, da Sociedade Brasileira de Oftalmologia e patrocinada pela Universidade do Brasil, realizada no dia 6 de março do corrente ano.

1) Que nos diz da betaterapia no tratamento do pterígio e tumores epibulbares?

A betaterapia é um tratamento complementar no combate ao pterígio.

Em se fazendo a betaterapia no pré-operatório, temos em vista tornar o pterígio em condições de melhor obedecer à cirurgia; vemos portanto que o fito do uso dos raios beta no pré-operatório não é levar à cura e sim proporcionar condições que favoreçam, com maior segurança, a cura cirúrgica.

No pós-operatório a betaterapia contribui no sentido de que o índice de recidiva diminua, particularmente, naqueles casos já operados uma ou mais vezes.

CASTROVIEJO, em pterígios operados pela primeira vez não faz automaticamente a irradiação. Deixa o caso em observação e aos primeiros sinais de tendência à invasão vascular corniana, irradia durante 3 minutos a região do limbo, onde praticou a excisão. Uma segunda irradiação é feita 48 h após, e se necessário, realiza uma terceira sessão 7 dias mais tarde.

Nós, de início, dado a falta de experiência e mesmo certo receio quanto ao uso dos raios beta, irradiávamos apenas 30 segundos. Vez por outra utilizávamos o tempo máximo de 1 minuto, e devemos dizer que apesar do tempo reduzido, de aplicação, os resultados foram sempre ótimos, pelo menos naqueles casos que tivemos oportunidade de seguir até certo tempo após o término das aplicações.

Segundo os trabalhos consultados, verificamos que o tempo e o modo de aplicação dos raios beta, varia muito com os autores.

Assim, GROSS e SPEEG (Strasbourg) fazem aplicações de 2 a 6 minutos, em sessões semanais durante 3 a 5 semanas. Por vezes administram 2 sessões a mais, após repouso de 5 semanas. As doses usadas por êsses autores são de ordem de 400-600 r.e./semana, a dose total não ultrapassando de 3.000 r.e.

Já, CASTROVIEJO, que usa um aplicador de 40 mc de radium D+E com rendimento de 400 r.e./minuto, acha que não se deve ultrapassar os 3 minutos quando então já surge hiperemia conjuntival, fotofobia, lacrimejamento e às vezes dores durante 12 a 48 horas.

A dose varia com o caso. Após ceratectomia e nos doentes operados de pterígio recidivante, CASTROVIEJO faz 2 ou 3 aplicações de 1.200 a 1.800 r.e., no sentido de impedir a formação de vasos sanguíneos. Se os vasos já estão em via de formação, faz 3 a 5 aplicações, ou seja, dose de 1.800 a 3.000 r.e. No caso dos vasos já estarem desenvolvidos, segundo o calibre dos mesmos, êle chega a fazer 8 a 10 aplicações de 3 minutos para os obliterar, o que significa dose total de 6.000 r.e.

Em casos de irradiação profilática pós-operatória o primeiro tratamento é feito no dia seguinte ao ato cirúrgico e o segundo 48 h mais tarde. O olho fica em observação durante alguns dias ou semanas e, eventualmente, faz uma terceira e quarta aplicação se observar tendência à recidiva.

PAUFIQUE e ROUGIER fazem aplicação direta de contato, de 3 minutos. Para tratamento completo, preconizam quatro sessões com intervalos de 7 dias; deixam o olho em repouso durante 30 dias e, após isso, conforme o resultado obtido repetem nova série de quatro sessões. Êstes autores, entretanto, acham que êste modo de proceder é inconveniente para o doente por ter êste que voltar várias vezes ao consultório, e então utilizam-se de um segundo modo, que consiste em fazer uma só aplicação de 10 minutos, após deixar o paciente em repouso durante trinta dias e julgarem, no fim dêsse tempo, da eficácia do tratamento.

Em casos de lesões muito extensas, interessando córnea e conjuntiva, PAUFIQUE e ROUGIER, se utilizam do método de aspersão, que consiste em fazer caminhar o aparelho 1 mm acima da superfície a irradiar.

LEDERMAN para pterígio recidivado usa de 500 a 600 r.e., semanalmente.

Que a betaterapia é um excelente auxiliar na cura do pterígio, não temos dúvida.

PETROHELOS acha também que os raios beta trazem resultados excelentes em pterígio recidivado bem como nas episclerites.

Mesmo nos casos de pterígios muito espessos e congestos e já invadindo a área pupilar, notamos adelgaçamento e diminuição da congestão repercutindo por vêzes na própria acuidade visual, isso quando interessava a área pupilar.

Quanto aos tumores epibulbares não temos ainda experiência suficiente, portanto, limitar-nos-emos a dados fornecidos pela literatura, os quais não são ainda concludentes, havendo citações de bons resultados e por outro lado, registro de respostas negativas à betaterapia.

CASTROVIEJO e MOUTINHO não têm tido resultados de cura total nos hemangiomas epibulbares mesmo pequenos, bem como nas formações varicosas antigas. Nestes casos o que verificaram foi uma parada no desenvolvimento e mesmo inibição da neoformação vascular, e é justamente nisso que a betaterapia tem o seu valor.

MOUTINHO cita ainda um caso de epitelioma da borda livre de pálpebra inferior juntamente com epitelioma epibulbar semelhante. Após um mês de sessões de betaterapia de 400 r.e. de 4 em 4 dias os tumores haviam desaparecido completamente e esta cura se manteve perfeita até o último exame, isto é, oito meses após o tratamento.

Já ILLIF cita casos de resolução completa de angiomas epibulbares, nevus vasculares da carúncula, papiloma da carúncula e conjuntiva bulbar, bem como dermóide do limbo.

Dado o fato do método ser o mais simples possível, pois declina da anestesia geral e não requer hospitalização, ILLIF crê que essas vantagens são particularmente satisfatórias quando temos que tratar de crianças, e mesmo, muitos adultos preferem-no à cirurgia.

2) São muitas as complicações ?

De modo geral os vários autores consultados são quase unânimes em declarar que as complicações oriundas do uso da betaterapia, são praticamente inexistentes.

Geralmente a tolerância aos raios beta é grande. O que temos observado são queixas de ardor com lacrimejamento e hiperemia discreta nas primeiras horas que se seguem à aplicação das radiações.

LEDERMAN cita infecções e traumatismos do olho durante o uso de raios beta, o que se evita facilmente com os cuidados de técnica indispensáveis no uso do aparelho.

MERRIAN anota catarata após aplicação de Sr^{90} frisando, entretanto, que isso ocorre somente com o uso de altas doses (superiores a cinco mil r.e.).

Entretanto, não podemos ter isso por regra, pois MOUTINHO devido a um erro de dosagem de seu aparelho, durante certo tempo fez aplicações de raios beta indo até 18.000 r.e. distribuídos em 2 meses, usando de 1.500 a 2.000 r.e. por sessão. Jamais este autor viu a menor queimadura no olho irradiado, e os resultados terapêuticos, comparando as doses excessivas das primeiras aplicações com as doses corretas feitas posteriormente em outros pacientes foram semelhantes.

MOACIR ALVARO e GROSS e SPEEG não constatarem lesões cristalinianas após o emprêgo do raio beta. Atribuem isso ao fato de que as doses terapêuticas são ínfimas comparadas com as que seriam necessárias para lesar o cristalino.

Radionecrose, tem sido observada apenas quando do uso de uma única alta dose.

CASTROVIEJO nos casos de uso de dose excessiva, observou complicações como glaucoma absoluto, irritação, perfuração da córnea com endoftalmia e atraso na cicatrização de enxertos com formação de fístulas.

Esse atraso na cicatrização explica-se pelo fato de que os raios beta têm o poder de destruir as células jovens, fibroblastos, tanto assim que ultimamente a betaterapia vem sendo utilizada no pós-operatório de operações fistulantes anti-glaucomatosas, visando impedir a proliferação fibroblástica, notadamente nos melanodérmicos, em que ela é intensa, e leva frequentemente à obliteração das fístulas.

Paufique e Rougier em quatro casos verificaram o aparecimento de úlceras estritamente epiteliais, correspondendo a zona de contato do aparelho.

Às vêzes pode se desenvolver ceratite superficial. Pequenas sufusões hemorrágicas podem se constituir ao nível das terminações vasculares.

SUMMARY

Betatherapy in Ophthalmology

The present article refers to the answers given by the author to two questions made during a discussion on medical ocular treatment, describing indication and technics of betatherapy as complementary treatments on pterigium and epibulbar tumors, as well as points out the possible complications, which in his experience were rare and without significance.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — CASTROVIEJO, M. R. — La Bêthérapie dans la vascularisation cornéenne — *L'Année Thérap. en Ophthal.* IV : 377-385, 1953.
- 2 — GROSS, C. M. et SPEEG, P. — La Bêthérapie en Ophthalmologie — *L'Année Thérap. en Ophthal.* IV : 377-385, 1953.
- 3 — ILLIF, C. E. — Beta irradiation in ophthalmology — *Arch. Ophthal.* XXXVIII : 415-441, 1947.
- 4 — LEDERMAN, M. — Radiotherapy of non-malignant diseases of the eye — *British J. Ophthal.* XLI-I : 1-19, 1957.
- 5 — PAUFIQUE, L. et ROUGIER, J. — La Bêthérapie en pathologie oculaire. *An. Ocul.* 184 : 577-585, 1951.
- 6 — PETROHELOS, M. A. — The results of Beta irradiation in ophthalmology. *Am. J. Ophthal.* XXXV : 637-644, 1952.
- 7 — ALVARO, M. E. — Le traitement des maladies de l'oeil par le rayon beta, radium, *Bull. et Mem. Soc. Fr. d'Opht.* 393-399, 1949.