

R E V I S T A B R A S I L E I R A D E O F T A L M O L O G I A

Diretor responsavel e gerente

EVALDO CAMPOS

Diretores

JONAS DE ARRUDA e LINCOLN CAIRE



DEZEMBRO DE 1945

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

DEZEMBRO DE 1945

ÍNDICE

	Págs.
Jornadas Oftalmológicas de 1945 — Sessão inaugural	71
Saudação lida pelo Dr. Paiva Gonçalves	73
O ensino da Oftalmologia nos Estados Unidos — Geraldo Queiroga	77
Tratamento da sífilis ocular — J. Mendonça Barros	91
Necrológico do Prof. Carlos Charlin — Elcira Pinticart	109
Pterígio — C. Laborne Tavares	111
Sobre cirurgia do pterígio — Altino Ventura	138
Patogenia do pterígio vero — Pedro Falcão	141
Comentários ao relatório sobre pterígio	142
As suturas na operação de catarata — A. Bonfioli	149
Sociedade Brasileira de Oftalmologia	
Sessão de agosto	176
Sessão extraordinária para comemoração do 23.º aniversário.	178
Relatório do Dr. Lincoln Caire	178
Sessão de setembro	179
Relatório do secretário das Jornadas, Dr. Evaldo Campos.	181
Relatório do tesoureiro, Dr. Jonas de Arruda	183
Sessão de outubro	185
Preâmbulo do relatório apresentado pelo Dr. Evaldo Campos	186

VÁRIAS

V Congresso Brasileiro de Oftalmologia	188
Prof. Carlos Charlin	188
Dr. Klebs Filgueiras	188

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

ANO IV

DEZEMBRO DE 1945

NÚMERO 2

JORNADAS OFTALMOLOGICAS DE 1945

Sessão inaugural — Sábado, 1 de setembro

Local — Sociedade de Medicina e Cirurgia

Inaugurando as Jornadas Oftalmológicas de 1945, o Dr. Paiva Gonçalves, Presidente da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, ladoado pelos Drs. Natalicio de Farias, Jonas de Arruda e Evaldo Campos, membros da Comissão Executiva, convida para tomarem parte na Mesa Diretora da Sessão de instalação o Prof. Cesario de Andrade, Presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, Dr. Silvio de Almeida Toledo, Presidente da Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, Dr. Geraldo Queiroga, Presidente da Sociedade de Oftalmologia de Minas Gerais, Prof. Hilton Rocha, e Dr. Freitas Pinto, representante do Sr. General Dr. Souza Ferreira. Comunica achar-se no recinto como representante da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica o Dr. Costa Leite e dá a palavra ao Secretário da Comissão Executiva, Dr. Evaldo Campos, para a leitura do expediente, que constou de um ofício do Comandante da 4.^a Região Militar designando o Dr. José Bresser da Silveira como seu representante; da Sociedade de Oftalmologia de São Paulo credenciando os Drs. Silvio de Almeida Toledo, Moacyr Alvaro e Ciro de Rezende para representá-la; da Sociedade de Oftalmologia de Minas Gerais, representada pelos Drs. Geraldo Queiroga, Hilton Rocha e Laborne Tavares; da Sociedade de Oftalmologia e Otorinolaringologia de Porto Alegre designando os Drs. Hermínio Conde e Aldehir Esteves seus representantes; do Diretor do Instituto Nacional de Puericultura, indicando o Dr. João Tavares; do Presidente da Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários da Central do Brasil, indicando o Dr. Evaldo Campos; telegramas dos Drs. Ivo Correa Meyer e Luiz Assumpção Osorio desejando êxito aos trabalhos.

Findo o expediente, o Dr. Paiva Gonçalves leu a saudação que adiante publicamos. Em nome dos colegas dos Estados, falou o Dr. Silvio de Almeida Toledo. O Dr. Evaldo Campos pediu aos presentes que preenchessem os impressos distribuídos, afim de que fosse providenciada a reserva dos lugares para as excursões a Brocoió e Quitandinha e pediu que fornecessem um resumo dos comentários para a publicação, após o que foi suspensa a sessão por 5 minutos, sendo designado para presidir a primeira sessão ordinária, o Prof. Moacyr Alvaro.

Iniciada a primeira sessão ordinária sob a presidência do professor Moacyr Alvaro, convidou êste para compor a Mesa os Drs. Laborne Tavares, Joaquim Vidal, Paulo Veloso, Paulo Filho e Caldas Brito, dando inicialmente a palavra ao Dr. Geraldo Queiroga para a leitura do seu relatório.

Saudação lida pelo Presidente da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, Dr. Paiva Gonçalves

Cabe-me a honra, na qualidade de Presidente da Sociedade Brasileira de Oftalmologia — entidade responsável pela elaboração do programa destas Jornadas — de declarar inaugurado este certame. Cumpre-me, igualmente, e é com prazer que o faço, de, em meu próprio nome e no dos demais membros desta Casa, dirigir a todos vós, que aqui viestes, uma saudação mui cordial de boas vindas e de expressar-vos a satisfação de que nos achamos possuídos em vos ter em nossa companhia. Desejamos que vossa permanência nesta Capital seja a mais agradável possível e que o convívio conosco consiga revigorar em vossos corações o sentimento de amizade que nos une a todos vós, que cultuais a oftalmologia em diferentes regiões de nosso amado Brasil.

Por uma feliz coincidência de datas damos início às nossas atividades nas vésperas da Semana da Pátria, a primeira que se comemora após a vitória dos Exércitos da Boa Causa, em cujas fileiras se enquadram galhardamente nossos valerosos “pracinhas” precisamente na época em que amanhece um após guerra dando-nos esperanças de que seja o marco de uma nova era, de uma era em que aos direitos de liberdade espiritual se há de juntar o de se ser feliz na terra. E’ pois, justo que dirijamos uma oblata no sentido de que não tardem a ser satisfeitos os anseios da Humanidade, mesmo sem esperarmos a retirada da geração antiga da diplomacia e a transferências dos generais para as praças públicas transformados apenas em monumentos, como queria Rathenau. Que a angústia dos dias já vividos por nossa geração — tão martirizada por duas grandes e horrorosas guerras — não mais torture os corações; que a ambição, o ódio e a maldade, não mais bitolem as atitudes dos homens e que doravante eles tomem suas decisões com um sentido mais humano e cristão, eis os votos que neste instante dirigimos a DEUS.

As Jornadas Oftalmológicas de 1945, as terceiras em ordem cronológica, evidenciam uma vez mais como porfiamos, nós os oculistas do Brasil, em aprimorar a arte e a ciência oftalmológicas, numa inquietação nunca por demais louvada de debatermos problemas de ordem

clínica e doutrinária. Multiplicando as oportunidades de nos reunirmos, buscamos aclarar questões ainda sem solução universal, e fixar normas de conduta cujo escopo primário é o maior sucesso na terapêutica dos padecentes de olhos. Não bastavam os trabalhos congressuais que bienalmente devemos realizar em nossas terras nem os de caráter mundial, e por isso decidimos instituir estas Jornadas. Historicamente surgiram de uma visita primeiro feita por oculistas ban-deirantes aos seus colegas do Estado montanhês e da retribuição que êsses àqueles fizeram, visitas de simples conagraçamento e estudos. Modestas nas origens, despretenciosas na programação, assim foram as duas primeiras Jornadas e assim será esta, como o serão as que hão de por certo constar do calendário das atividades oftalmológicas brasileiras.

Não constituem, "strictu sensum", as Jornadas, realizações iguais às dos Congressos, pois mais desataviadas são na pragmática e menos pretenciosas na escolha dos temas submetidos a debates.

Conservam da ordem da "Table Ronde" imaginada pelo Rei Arthur, a processualística das revelações pessoais, o mesmo espírito que então inspirava os cavalheiros que em torno de uma mesa se agrupavam para declamarem em poemas as aventuras de que houvessem sido parte. E a nosso modo também temos nossas aventuras na clínica, assim apelidando as surpresas que nos desconcertam, os achados clínicos que nos espantam e tudo mais que de maneira atípica embaraça-nos na clínica. São as Jornadas como que sessões de Sociedades locais um tanto ampliadas, reuniões em que uma troca de vistas de interesse mais imediato, sem grandes doutrinações ou pretexto para revelações culturais, são levadas a efeito. O caráter mais marcante das Jornadas é o sentido prático de suas discussões, em que cada um procura se "liberar de la tutela paralizante del libro y de la revista, imponiendo a si mismo silencio a la imaginacion, la loca de la casa, madre de la fantasia y del error".

Se alguma dúvida ainda restar aos que temem pretender as Jornadas substituir ou comprometer o sucesso de nossos Congressos, será bastante dizer-lhes para atentar no programado e nos temas escolhidos.

Haverá, como sabeis, uma narrativa do que GERALDO QUEIROGA viu nos Estados Unidos, uma descrição de operações de pterígio e plástica por LABORNE TAVARES e LECH JUNIOR, uma exposição sobre suturas e iridectomias nas operações de catarata por BONFIOLI e CALDAS BRITO, além do estudo das heteroforias e visão binocular nos estrábicos por NICOLINO MACHADO, PAULO FILHO e BARBOSA DA LUZ, e

do fundo do olho em crianças de baixa idade por LUIZ ASSUNÇÃO e METON ALENCAR.

São, como se vê, temas de perfeita atualidade e de grande interesse clínico, alguns deles até figurando na pauta dos dois próximos congressos Pan Americano e Nacional, comprovando-se destarte que não pretendemos tarefa igual ao dêsses dois concílios.

Não temos dúvidas sôbre o valor dos trabalhos que vão ser apresentados — os nomes de seus autores são penhor — seguro da valia dos relatórios — menos arreceamos em afirmar que bem grandes serão os proveitos que tiraremos destas Jornadas.

Sem limites horários cerceadores de comentários, como nos congressos, com dialogação permitida dentro de certas normas, hão de merecer as comunicações trazidas a plenário apreciações em que cada qual nos transmitirá o fruto de suas experiências e nos revelará o acervo de suas observações no todo da vida clínica, senão mesmo a história de seus enganos ou erros, mais ilustrativos do que mesmo os sucessos. E tão cheios de ensinamentos são os erros que talvez algum dia ainda se decida a classe médica a promover uma Jornada de erros na clínica; será precisamente no dia em que se lograr sopitar a vaidade profissional. Sómente então, poderão os vaidosos, os dogmáticos, subscreverem o pensar de KUNG TIAN: “os sábios não falam, os talentosos falam e os estúpidos discutem as palavras dos talentosos”. Nestas Jornadas porém todos falarão e discutirão, por não caber a nenhum de nós qualquer ridículo epíteto. A nosso modo, todos somos sábios em questões de clínica oftalmológica e estúpidos, no conceito daquele pensador chinês, seríamos se não soubéssemos contestar o que não nos parece certo ou o que está em desacôrdo com nossa própria experiência. Havemos de argumentar com fatos, os quais somados dão corpo à ciência como as pedras conformam um edifício, sem nos esquecermos contudo, de que não será bastante ajuntar fatos para estabelecer regras e normas como não será suficiente amontoar pedras para se levantar um prédio. Devem ser sólidos e reais, perfeitamente seriados e em bôa base assentarem. O concurso de cada um há de ser de fatos concretos capazes de solidificarem nossos conhecimentos oftalmológicos. E mais felizes também seremos se conseguirmos usufruir o grande prazer da descoberta de novas verdades, prazer que já o filho do Rei Sargento, Frederico o Grande, considerava não inferior ao de pôr por terra velhos preconceitos e arraigadas convicções científicas.

A estas JORNADAS OFTALMOLÓGICAS auguramos um feliz êxito.

Além das preocupações médicas especializadas, teremos que aproveitar a oportunidade para estabelecer as normas das futuras Jornadas, regulamentando-as devidamente, na esperança justificada de que jamais sofram solução de continuidade e nunca percam o interesse já manifesto.

Renovando meus cumprimentos a todos os colegas presentes e enviando uma mensagem de saudade aos aderentes que não puderam comparecer, agradeço o comparecimento das Exmas. senhoras a esta solenidade.

Agradeço, também, em nome dos organizadores das Jornadas de 1945, o valioso auxílio que lhe deram a Municipalidade e os Laboratórios e Casas de óptica, e em nome da Sociedade Bras. de Oft., a eficiente atuação dos colegas Natalicio Farias, Jonas Arruda e Evaldo Campos que tiveram a seu cargo o preparo destas Jornadas.

RELATÓRIO

Ensino da oftalmologia nos Estados Unidos

DR. G. QUEIROGA

Chefe da Clínica de Olhos da Santa Casa

Antes de iniciar esta palestra, quero esclarecer que a nossa ida aos Estados Unidos em 1943 prende-se a um programa estabelecido pelo Congresso Pan-Americano de Oftalmologia, programa êste que visa homogeneizar a prática e ensino de oftalmologia nas Américas. Apoiam esta iniciativa o Departamento do Estado dos E.E. U.U., o Instituto de Educação Internacional e Fundação Kellogg. Esta oportunidade de conhecer a oftalmologia nos Estados Unidos é oferecida a oculistas da América Latina.

Os dados que colhi foram obtidos como residente acessório da clínica de olhos da Universidade de Iowa, no período de Outubro de 1943 a Dezembro de 1944. Os dados numéricos e alguns detalhes, obtive consultando o último catálogo da Universidade, publicado em 1944.

ENSINO DE OFTALMOLOGIA NOS ESTADOS UNIDOS

Antes de entrar diretamente no assunto — ensino da oftalmologia nos Estados Unidos — gostaria de vos apresentar a Universidade Estadual de Iowa, situada bem no interior dos Estados Unidos.

Iowa City, lugar onde se encontra a Universidade, é uma cidade pequena — 20.000 almas. Porém, neste corpo pequeno, uma intensa vida espiritual se agita, por ser esta cidade uma cidade universitária típica. Tivemos satisfação em sentir pela primeira vez o chamado espírito universitário, coisa de que, até então, tínhamos tido notícia. A Universidade ocupa uma área de 425 acres onde estão mais de 50 edifícios. Todo êste conjunto — o campus — oferece uma atração irresistível ao latino desavisado e perdido entre a imponência daqueles edificios, onde predomina o estilo renascença italiano num grupo e em outro, o estilo inglês e georgiano. A Universidade de Iowa foi criada pela primeira assembléia geral de Iowa, em 25 de Fevereiro de 1847. Em sua presente organização estão incluídas as escolas de Comércio,

Odontologia, Educação, Engenharia, Direito, Liberal Arts, Medicina, Farmácia e de Enfermagem. Dominando o campus está o Hospital geral, a maior unidade de todo o campus, construído à custa de uma apropriação feita pela Assembléia Geral de Iowa e Fundação Rockefeller. Este hospital custou a soma de 4.500.000,00 dólares, iniciando seu funcionamento em Novembro de 1928. Hospital de 700 leitos mantém um sistema de 21 ambulâncias para buscar e levar o doente indigente em sua residência. Este sistema de transporte está em funcionamento desde Abril de 1932 e tem salvo o hospital de grandes gastos com transportes de doentes, por ser menos dispendioso. O custo de cada paciente por milha, incluindo salário do "chauffeur", aluguel de garage, depreciação etc., é de um *cent* e meio ou 20 centavos. O hospital é 85 % para indigentes e 15 % para não indigentes. Para não acontecer haver mais doentes de que leitos os pedidos de admissão devem ser feitos com 1 mês de antecedência a menos que se trate de um caso de urgência. Em uma das alas do segundo andar funcionam os ambulatórios de dermatologia, otorrino, clínica médica, oftalmologia. A clínica de olhos tem neste mesmo andar a sua sala de cirurgia e enfermarias. Considero este fato de grande importância, em vista da facilidade de locomoção dos pacientes.

Vamos tomar a clínica de olhos da Universidade de Iowa como objeto desta palestra, visto que nela trabalhamos num período de 15 meses, como também, por ser esta clínica uma das mais completas no que diz respeito ao ensino de oftalmologia dos Estados Unidos. Esta clínica fornece ao residente, não só um treinamento de clínica oftalmológica propriamente dita, como também cirurgia, prática de laboratório e experimentação. Isto não acontece em muitas clínicas nos Estados Unidos, sobressaindo algumas pelo treinamento especializado que dá ao estudante em um dos itens acima apontados, por exemplo, somente treinamento clínico.

De passagem devo dizer que a clínica de Iowa tem como diretor uma figura mundialmente conhecida — Cecil S. O'Brien — e, como professor associado, Leinfelder. Não é de mais salientar, visto já ser do conhecimento de muitos, que o período acadêmico nas escolas de medicina americanas é de 4 anos acadêmicos, de 36 semanas cada ano. Durante o período de guerra este tempo ficou reduzido a 3 anos oficiais.

O primeiro contato que o estudante tem com a oftalmologia é no terceiro período do segundo ano. São preleções teóricas, feitas duas vezes por semana pelo chefe da clínica. É um curso didático sobre o

diagnóstico e tratamento das moléstias oculares mais comuns e a relação que existe entre a oftalmologia e a medicina geral.

Iniciado o terceiro ano, o aluno tem no primeiro e segundo períodos, o segundo contato com a oftalmologia. É um curso de oftalmologia aplicada à clínica médica e clínica neurológica. Também neste período são ensinadas as doenças dos olhos e anexos, porém, de uma maneira sucinta, não muito detalhada. Certa ênfase é dada à fundoscopia das atrofias ópticas e estase papilar em se tratando da oftalmologia aplicada à neurologia. Da mesma forma, isto é, feito quando se trata das formas clássicas das retinopatias hipertensivas. Cada estudante usa seu oftalmoscópio elétrico — que consta de seu arsenal, ao lado do microscópio e instrumentos de disseção — e dá no fim da aula a sua impressão oral quanto ao caso.

Sobre esta questão de fundoscopia quero deixar assinalado aqui o ponto de vista do falecido Prof. Santa Cecília. Para ele a oftalmoscopia não deve ser feita por estudante que não pretenda se especializar, visto que, é preferível um desconhecimento absoluto deste ramo da endoscopia, de que em conhecimento relativo. Tenho hoje o mesmo ponto de vista, mais firme que outrora.

Neste curso de oftalmoscopia e doenças do olho e anexos colaboram, além do chefe da clínica, o professor associado, o assistente do professor e assistentes da clínica. Estas aulas são dadas na clínica a pequenas turmas de estudantes à medida que os casos vão aparecendo; ou então os casos são procurados de antemão nas enfermarias de clínica médica e neurologia, isto 3 vezes por semana.

O último contato que o aluno tem com a oftalmologia ainda como estudante da Escola de Medicina, faz-se durante todo o quarto ano. Em pequenas turmas eles acompanham de perto o trabalho diário da clínica, desde a apresentação pela manhã ao chefe da clínica dos casos novos vistos pelos assistentes no dia anterior, até o tratamento rotineiro feito nestes casos comuns a toda a clínica.

É esta a instrução oftalmológica que tem o estudante quando no seu curso de quatro anos através da Escola de Medicina. Este programa ficou muito sacrificado em consequência do esforço de guerra.

Quando se analisa à primeira vista este programa de instrução, chega-se à conclusão de que o estudante deixa a escola com um cabedal de conhecimento realmente notáveis em oftalmologia. De fato, para uns poucos, isto é verdade, porém, para a maioria, isto não acontece. O estudante é sempre o mesmo. Com ou sem microscópios e oftalmoscópios, ele falta às aulas e queixa-se de que está sendo mal ins-

truido. Passaremos agora a analisar os cursos graduados da oftalmologia. Êstes diferem segundo as Universidades. Em algumas são exigidos 3 anos de treinamento especializado. Êste treinamento não é estandarizado em tôdas elas; assim, enquanto que em certas universidades obtem-se um treinamento ótimo em clínica e, relativamente pouco ou nada em cirurgia, em outras, dá-se o contrário. A única Universidade que exige quatro anos de treinamento é a Estadual de Iowa, na sua clínica de olhos. O chefe da clínica diz, orgulhoso mesmo, que êle quer transformar os residentes em "consulting ophtalmologist". Foi nesta Universidade que passamos 15 meses como residente auxiliar, sendo desta Universidade que vamos descrever o curso graduado de oftalmologia.

O pretendente deve preencher certas condições, tais como: enviar uma ficha de petição à residência da clínica, ao seu chefe. Nesta êle deve declarar o nome da universidade em que estudou e, quase sempre, o chefe da clínica procura, previamente, algumas informações, sobre o candidato em expectativa. Estas formalidades são necessárias, porque o número de residentes é limitado a oito (8). E' um curso intensivo de quatro anos, incluindo-se anatomia, embriologia, anatomia patológica, bacteriologia, fisiologia, bioquímica, física, óptica, refração, motilidade ocular, oftalmologia, cirurgia, e prática de laboratório.

Nêste período também são feitas palestras e conferências. Em cooperação com outros departamentos êstes oito residentes devem frequentar um curso de física e zoologia. Como disse acima, o curso é limitado a oito residentes que já tiveram no mínimo um ano de residência em um hospital geral e tem a aprovação, ou melhor, a aquiescência do corpo clínico permanente (STAFF) da clínica de olhos. Êstes residentes são obrigados a dar plantões noturnos conforme o quadro de chamadas previamente feito; recebem como honorário cem (100) dólares, mensalmente. Os quatro anos de residência são divididos da seguinte forma:

1.º ano — a) primeiro semestre — Nêste período o residente não toma parte nos trabalhos da clínica, porém, emprega êstes seis meses estudando anatomia e histologia do olho. O livro usado para êste fim é o clássico livro de SALZMANN, tradução inglesa por E. BROWN. Êste livro deve ser lido por extenso e a aplicação desta leitura é feita no microscópio de dissecção. Declaro que nunca havia feito dissecções de olho no microscópio de dissecção. São realmente notáveis os detalhes anatômicos que se obtêm por êste meio, como também, desta forma afastam-se dúvidas e firman-se conceitos sobre anatomia mi-

croscópica ocular. Os olhos a dissecar são mantidos em álcool, afim de enrigecer suas estruturas, e são também dissecados dentro dêste meio. No tocante à anatomia microscópica as disseccões são feitas no laboratório de anatomia, sôbre músculos, vasos e nervos da face, órbita, nervos craneanos, em especial os sétimos primeiros pares craneanos e suas relações anatômicas.

b) Segundo semestre do primeiro ano de residência. O residente começa a frequentar a clínica propriamente dita e fazer refrações. Por uma ficha impressa êle saberá o que fazer. Como método de medida das ametropias usa-se a retinoscopia com cilindros e o contrôlle final com cilindros cruzados. Nesta ficha impressa para refração ainda estão assinalados a tomada do ponto próximo de acomodação, ponto próximo de convergência, verificação de forias e o poder de convergência ou divergência em função de dioptrias prismáticas. Fazendo rotineiramente êstes exames, fica-se constatando como, relativamente, são frequentes as insuficiências de convergências em olhos amétropes e emétopes.

2.^o ano — a) primeiro semestre — anatomia patológica. Estas aulas são dadas pelo chefe da clínica e cada um dos residentes, no microscópio, segue a descrição que é feita ao correr da lâmina no microscópio. Para cada série de lâminas correspondente a um olho enucleado existe fichado um breve esboço do caso, com seu diagnóstico clínico e um amplo e detalhado estudo anátomo-patológico. Êste fichário obedece a uma classificação nosológica, sendo assim, muito facil, por exemplo, obter-se uma série de lâminas para o estudo do glaucoma.

A inclusão do olho enucleado é feita em celoidina. Geralmente a espessura do corte é de 10 micra, porém, em casos especiais, para estudo de camadas da retina o corte é de 3 micra. Os cortes são feitos em série e corados por diferentes métodos. Usa-se hematoxilina como método de rotina; o MALORY, para tecido conectivo; HELD VAN GIESON para cortes em que haja degeneração de fibra nervosa quando se deseja um contraste. Sistemáticamente cada série de cortes é corada pelos 3 métodos.

b) Segundo semestre — O residente deve fazer o exame de doenças externas do olho e anexos. Também a êle é permitido fazer pequenas intervenções extra-oculares. Frequenta a sala de cirurgia e faz aquinesia e anestesia ocular. Quanto à cirurgia, todos têm chance de operar no mínimo 1 vez por semana, 2 ou 3 casos, auxiliados pelo chefe da clínica ou assistentes. Os métodos cirúrgicos ensinados são

as técnicas mais fáceis e que dão melhores resultados em mãos do cirurgião que não vai operar com muita frequência. Não há malabarismo de técnica, porém, precisão e segurança. Assim, na operação de catarata a abertura da câmara anterior é feita com lança e aumentada lateralmente à tesoura. Esta técnica, como vêem, não é tão rápida quanto a abertura da câmara anterior com a faca de GRAEFE, porém, é mais fácil, mais segura, sendo o astigmatismo post-operatório muito pequeno, visto que, a câmara anterior é aberta mais à custa de tecido escleral do que de tecido corneano. Também, por este processo, é mais fácil a colocação de suturas profundas que reduzem muito as hemorragias na câmara anterior e prolapso da íris.

3.º ano de residência — 1.º semestre — O treino cirúrgico continua no mínimo uma vez por semana. Inicia-se neste período o estudo e prática de bacteriologia ocular. Sistemáticamente, como rotina do pre-operatório às operações intra-oculares faz-se uma semeadura no agar sangue do material colhido na conjuntiva. Este material não é colhido passivamente no fundo do saco conjuntival e sim raspando-se ligeiramente o epitélio da conjuntiva palpebral inferior e semeando-se no agar-sangue e posto na estufa 37º. As leituras são feitas em 24 e 48 horas. Sob o ponto de vista clínico, o que interessa de início é a classificação da bactéria pelo aspecto da colônia, e também — chamo a atenção para este ponto — se há hemólise ou não. Por menor que seja o grau de hemólise, a operação de um caso, por exemplo, é protelada para mais tarde. A bactéria é considerada como patogênica. Este é um conceito absolutamente prático. Se existe dúvida na classificação da bactéria pela colônia, faz-se então a sua identificação pela bacterioscopia e repicagem em meio especial. Isto acontece sobretudo no grupo corynebacterium. Quanto à bacterioscopia são feitas sistematicamente 3 lâminas; uma é corada pelo gram e as duas outras pelo WRIGHT e GIEMSA, com o fim de pôr em evidência uma possível eosinofilia. Quando estivemos cuidando desta parte ficamos impressionados com a frequência de conjuntivites alérgicas e eosinofilias consequentes. A respeito da colheita do material ela deve ser feita diretamente no foco de inflamação. Assim, no caso das conjuntivites, este é colhido no fundo do saco; da margem das pálpebras, no caso de blefarites; da base ou margem das úlceras da córnea. Em resumo, o material é colhido no foco máximo de infecção.

Os meios de cultura especiais são indicados, por exemplo, quando se suspeita que uma conjuntivite angular é causada pelo bacilo de MORAX-AXENFELD; neste caso o meio agar-chocolate é preferido.

Também o meio de LOEFFLER é usado quando se suspeitar de uma conjuntivite diftérica, e o meio agar-líquido acético quando se suspeitar de infecção gonocócica.

b) Segundo semestre do terceiro ano de residência — Cabe agora o estudo e prática sobre estrabismo. A clínica de olhos em Iowa é uma das que possuem um departamento de tratamento ortóptico para o estrabismo. Este departamento é chefiado por uma técnica diplomada nesta especialidade em oftalmologia. Para o estrabismo existem fichas especializadas onde a anamnese é cuidadosamente relatada e a refração ocular é minuciosamente feita. O equilíbrio muscular é pesquisado, bem como o poder de convergência e divergência em função de dioptrias prismáticas. Isto, antes e depois da correção óptica. Ainda como exame de rotina na clínica o doente é examinado rapidamente ao amblioscópio de WORTH onde é verificado se existe percepção simultânea com ou sem fusão. Pelo teste dos 4 pontos corados de WORTH pesquisa-se a visão binocular com ou sem paralelismo das linhas visuais, como também é posta à prova a existência de supressão. Exemplificando, se há paralelismo dos eixos visuais o doente, usando óculo vermelho-verde com o vidro vermelho sobre o olho direito, verá 4 pontos, sendo dois pontos verdes, um vermelho e outro avermelhado ou esverdeado, segundo o olho direito ou esquerdo seja o olho predominante. No caso de haver dissociação no paralelismo dos eixos visuais, porém, com visão binocular, o doente verá cinco pontos luminosos — três verdes e dois vermelhos. No caso de haver supressão do olho esquerdo, o estrábico verá dois pontos vermelhos. No caso de haver supressão do olho direito o doente verá três pontos verdes.

Ainda um teste de rotina ao exame do estrabismo é o teste vermelho-verde de LANCASTER. Por ser muito prático e relativamente pouco conhecido, faremos uma rápida descrição. O paciente, usando óculo vermelho-verde com o vermelho sobre o olho direito, tem em sua mão direita uma lanterna que projeta um círculo vermelho sobre a parede. O médico tem em sua mão uma lanterna que projeta luz verde sobre a parede. Desta forma o olho direito recebe sobre sua fovea somente a imagem do círculo vermelho e o olho esquerdo, somente a imagem do círculo verde. Se cada olho está em condições de receber somente uma imagem de per si — ou a verde ou a vermelha — o reflexo de fusão é quebrado. Nestas condições o examinador dirige o seu círculo verde para diferentes pontos cardinais e manda que o paciente superponha o seu círculo vermelho nêstes diferentes pontos. É oportuno recordar que ambas as imagens são foveais. No

caso de haver um perfeito equilíbrio muscular o doente dirige o círculo vermelho exatamente sobre o círculo verde. No caso de haver dissociação muscular, visto que o reflexo da fusão foi quebrada pelo teste, isto não acontece. Porque as duas imagens se formam em pontos correspondentes, na fovea, o paciente tem a impressão de que uma superpõe a outra, porém, a prova objetiva de sua dissociação muscular é evidente aos olhos do examinador. Este é um esboço rápido do que seja o teste vermelho-verde de LANCASTER. Não cabe a mim, no momento, entrar em detalhes.

Com a sua ficha de estrabismo devidamente preenchida com estes dados, o doente é levado ao departamento ortóptico. Uma técnica diplomada se encarrega do exame ao synoptophoro e estereoscópios. Na última fase de tratamento, para que o reflexo de fusão seja mantido e para que a estereoscopia seja mantida ou desenvolvida, o jovem estrábico recebe emprestado um estereoscópio simples para continuação dos exercícios em sua própria casa.

A oclusão é largamente empregada não só quanto ao tempo, frequência e intensidade. Em função do tempo é usada desde 1 mês até 2 meses ou mais; quanto à frequência, a oclusão é feita várias vezes, caso a acuidade visual oscile de melhor a pior novamente; quanto à intensidade, usa-se desde a oclusão parcial, permitindo alguma visão até a oclusão total impedindo a visão lateral. Em país pobre como o nosso, parece-me, devíamos tirar o máximo partido do que se obtém com a oclusão.

Quando o estrabismo não é possível modificar-se com estes tratamentos clínicos, o caso é novamente apresentado pela manhã ao chefe da clínica, juntamente com doentes novos e antigos. Este decidirá o método cirúrgico a seguir. Não vi uma só vez a operação ser dirigida de uma só vez a dois músculos em uma mesma seção cirúrgica. Exceção, é claro, no caso de estrabismo paralítico. A anestesia usada frequentemente é a geral com o emprego do pentotal.

4.º ano de residência — a) primeiro semestre — *Neurooftalmologia*.

Uma importância toda especial é dada ao valor do campo visual nas afecções do sistema nervoso e suas repercussões oculares. Isto é feito de modo prático, mantendo-se contato direto entre a clínica de olhos e a clínica neurológica. Deste modo o residente tem oportunidade de observar que muitas vezes um abalo nistagmiforme ao olhar lateral, associado a escotomas para-centrais e outras modificações de campo visual, são com frequência os sinais precursores de uma es-

clerose em placas que se inicia. Tem êle oportunidade de observar as modificações clássicas no campo visual em consequências de lesões nas vias ópticas, para não falar na cooperação indispensável do oftalmologista na diagnose das hipertensões craneanas junto ao clínico e neuro-cirurgião.

O método de campimetria usado é o de BJERRUM.

b) — Segundo semestre.

Nêste último semestre de estudo post-graduado e especializado, o residente mantém o contato entre o serviço social do hospital e a clínica de olhos. Êle tem sôbre a sua mesa uma lista, enviada pelo serviço social, de todos os doentes novos e antigos, que deverão comparecer à clínica em dias préviamente marcados pelo serviço social. Em geral, recebe-se esta lista de quinzena em quinzena. A organização dêste serviço social é muito interessante, como também importante, e, sôbre êste assunto entrarei em detalhes. O serviço social mantém contato com médicos dos municípios e cidades vizinhas ao hospital, sendo paciente indigente (e êste é um dos grandes problemas nossos) préviamente examinado afim de justificar a sua vinda ao hospital. Um sumário dêste exame e diagnóstico, bem como uma prova evidente do estado de indigência do paciente, são enviados ao serviço social do hospital. O doente será atendido num período de 30 dias com data préviamente marcada. Para os casos de emergência, estas exigências desaparecem. Feita a lista de doentes para um próximo período, suponhamos uma quinzena, esta é levada à mesa do residente. Os casos novos, de primeira consulta, são apresentados na manhã seguinte ao chefe da clínica, que opina sôbre o diagnóstico e tratamento. Os casos de cirurgia são apresentados com todos os exames complementares já feitos. Também cabe ao residente, nêste período fazer o pre-operatório de todos os casos, bem como acompanhar o chefe da clínica em suas visitas matinais nas enfermarias. Além disso, todos os chamados inter-urbanos concernentes a doentes da clínica, devem e são resolvidos por êle.

Com referência aos doentes antigos, aqueles de segunda ou terceira consulta, cabe ao residente fixar a época da próxima consulta. Tivemos a oportunidade de verificar a importância dêste detalhe no tratamento do glaucoma. Cada glaucomatoso devia voltar à clínica para um novo exame, regra geral, de 6 em 6 meses. Para que o movimento dêstes doentes fosse regular, o residente enviava ao serviço social um cartão impresso, com o nome do doente e diagnóstico, juntamente com a data que o paciente deveria voltar ao hospital. Tivemos:

a oportunidade de observar como o doente se sentia bem neste ambiente de supervisão contínua e real por parte do hospital e do médico.

Findados os 4 anos de residência, o médico está pronto a ser examinado no "American Board of Ophthalmology". Neste exame, o candidato tem ocasião de mostrar conhecimentos de refração através de perguntas a ele feitas como no exame de um caso. Deve revelar conhecimentos de anatomia patológica pelo exame de lâminas a ele apresentada; conhecimentos de clínica pelo exame de casos clínicos e conhecimentos de cirurgia, em operações feitas em animais.

Com o seu certificado de aprovação pode iniciar sua clínica especializada ou então voltar para a Universidade e funcionar como assistente do chefe da clínica. Nesta posição ele tem oportunidade de examinar doentes particulares e também fazer algum trabalho de experimentação e, para isto, o ambiente é vasto.

Sinto que devo incluir nesta palestra a instrução oftalmológica que recebem as enfermeiras. A escola de enfermagem foi organizada em 1898, com um curso de 2 anos. Mais tarde, em 1902, este curso foi aumentado para 3 anos. A idade exigida para a matrícula varia entre 19 e 32 anos. Além disso é exigido um exame médico completo e certificado de aprovação no curso secundário. A estudante do curso de enfermagem paga uma taxa de matrícula e mensalidade para cobrir as suas despesas nos 3 anos de curso, incluindo sua residência nos dormitórios da Universidade.

O curso de oftalmologia para enfermeiras inicia-se no segundo ano. É um curso rápido sobre anatomia e fisiologia do olho e anexos, bem como as afeções oculares mais comuns e os cuidados que a enfermeira deve ministrar a estes casos. No terceiro e último ano a enfermeira entra em contato com a clínica. Deve permanecer, no que toca a clínica de olhos, 2 semanas nesta clínica. Neste período ela aprende a fazer curativos oculares, preparo do material a ser usado na clínica diariamente (esparadrapo, gazes, colírios) e frequenta a sala de cirurgia onde seu papel é prestar imediata assistência ao doente e operador. Tendo recebido seu diploma pode funcionar como instrumentadora, na sala de cirurgia, ou como supervisora na clínica.

O que foi relatado a respeito do curso de Oftalmologia aos estudantes de medicina, nos cursos post-graduados das enfermeiras, constitui um curso regular. Porém, com a guerra, houve necessidade de um programa de emergência. O curso normal de medicina, que se compõe de quatro anos acadêmicos, de 36 semanas cada um, ficou reduzido a três anos oficiais. O curso especializado de oftalmologia

que normalmente era de 4 anos, também se adaptou a esta nova condição. Assim, quem estivesse incumbido de cuidar de moléstias externas devia fazer também bacteriologia ocular. Quem examinasse os doentes antigos, fazia também refrações, e assim por diante. Os pedidos de exame das enfermarias eram distribuídos igualmente pelos residentes em exercício.

Cito aqui, de passagem, em sistema de aula — um curso por correspondência — ao qual o candidato inscrito pagava uma taxa e recebia, por carta, instruções práticas de oftalmologia com perguntas sobre a matéria, perguntas estas que deviam ser respondidas e devolvidas.

Aquí ficam as impressões que colhi na clínica de olhos da "State University of Iowa" sobre o ensino e prática de oftalmologia. Na clínica desta Universidade pude verificar a veracidade da seguinte equação: trabalho + organização + crítica = progresso.

* * *

Relatório referente à bolsa de estudos durante nossa permanência na clínica de olhos da "State University of Iowa", sob a chefia do Professor C. S. O'BRIEN, no período de 23 de Outubro de 1943 a 15 de Dezembro de 1944.

Iniciamos a trabalhar uma semana após nossa chegada, ou melhor, em 1.º de Novembro de 1943.

Residíamos no hospital, onde dávamos plantão de 4 em 4 dias, sendo que nosso trabalho na clínica iniciava-se às 8 da manhã e terminava às 5 da tarde, sob a supervisão de Dr. O'BRIEN e Dr. LEINFELDER.

Até Julho fizemos refrações e examinamos doentes de enfermarias. Neste primeiro semestre, à noite, fazíamos disseções no laboratório de anatomia, sendo que estas disseções versavam sobre músculos, vasos e nervos da face, nervos craneanos e conteúdo da órbita.

Segundo semestre — Em Julho passamos a examinar moléstias externas dos olhos, juntamente com doentes de enfermaria. Em Setembro foi-nos confiado o exame de doentes já matriculados na clínica que voltavam à mesma. Tivemos assim oportunidade de verificar o bom resultado das operações de catarata, bem como o valor do serviço social no tratamento do glaucoma.

Durante ambos semestres tivemos a oportunidade de fazer microdisseções e estudar histologia e anatomia patológica do olho. Sobre

anatomia patológica tínhamos aulas aos domingos, pela manhã, aulas estas dadas por Dr. O'BRIEN.

Obtivemos nosso treino cirúrgico assim: — Em 19 de Novembro de 1943 fizemos nossa primeira operação e em 13 de Dezembro de 1944, a última.

Nas nossas operações, num total de 59, fomos assistidos por Dr. O'BRIEN (46 vezes); Dr. LEINFELDER (11 vezes); e por outros assistentes 2 vezes. Estas operações foram assim distribuídas: 28 cataratas, 11 estrabismos, 6 enucleações, 5 dicisões de catarata, 2 plásticas de pálpebra, 2 exenterações do olho, 2 extirpações de saco lacrimal, 1 ciclodialise, 1 iridectomia, 1 dacriostomia.

Queremos salientar que o treino que recebemos fôra idêntico aos dos outros residentes da clínica. Por isto, ficamos agradecidos.

* * *

O original em inglês dêste relatório foi enviado ao Instituto de Educação Internacional, Departamento de Estado, Diretoria do Congresso Pan-Americano de Oftalmologia e Fundação Kellogg.

Rua Felipe dos Santos, 369.

Belo Horizonte — Minas — Brasil.

* * *

O relatório do Dr. Geraldo Queiroga foi comentado pelos Drs. Natalicio de Farias, Paulo Filho e Joaquim Vidal, que pediram esclarecimentos, gentilmente prestados pelo relator.

Antes de prosseguir a sessão, o Dr. Evaldo Campos informa ter recebido um telefonema do Dr. Lech Junior comunicando o seu regresso no dia seguinte para Campinas, em vista do falecimento de pessoa de sua família.

O Prof. Moacyr Alvaro informa não ter podido comparecer o Dr. J. Mendonça Barros por motivo de doença, mas seu relatório seria enviado para publicação.

E como nada mais houvesse a tratar, foi encerrada a sessão, sendo distribuídos 84 convites para a excursão à Ilha de Brocoió.

RELATÓRIO

Tratamento da sífilis ocular

J. MENDONÇA DE BARROS

São Paulo

Escolhendo como tema a ser apresentado em uma reunião de Mesa Redonda de Oftalmologistas "Tratamento da sífilis ocular", nossa intenção foi tão somente, provocar discussão sobre um dos capítulos mais importantes de nossa especialidade, em que cada oculista possa manifestar o resultado de sua experiência pessoal e confrontá-la com o que vem exposto nos livros, resultado da prática alheia. Evidentemente, é um assunto em que pouco ou mesmo nada se poderá adicionar ao que está estabelecido, às vezes já de há muito tempo; da troca de idéias, no entanto, acreditamos, algo de prático se poderá obter.

Procurando ser tão esquemáticos quanto possível, lembremos, de início, que o tratamento da sífilis ocular não difere, em linhas gerais, dos métodos empregados quando a lues se localiza em outros órgãos. Isto em linhas gerais, porquanto em certos casos especiais há certas normas terapêuticas que devem ser modificadas.

Ademais, devemos ter em linha de conta que não são muito numerosos os casos em que, com certeza, podemos firmar o diagnóstico de *Sífilis ocular* predominando os aparentemente inespecíficos em que a sífilis poderá estar em jogo. São, evidentemente, duas faces do problema, o que nos conduz a considerar:

1. Os casos em que o aspecto morfológico da lesão ocular é concludente (protosifiloma localizado externamente, papilas e condilomas irianos); co-existência de secundarismo ou lesões outras, alhures situadas, e nitidamente de natureza luética; história francamente positiva, sorologia etc.; queratite parenquimatosa aliada aos outros elementos da tríade de HURCHINSON, fundo de olho em sal e pimenta etc.
2. Os aparentemente inespecíficos e em que a sífilis poderá estar em jogo, em indivíduos com história negativa, sorologia também negativa e em que se poderá pensar em uma *prova terapêutica*.

Tratamento da sífilis ocular — De um modo geral o tratamento da sífilis ocular não difere do proceder em outras localizações do mal, dissemos no início.

Várias acusações pesam sobre nós oftalmologistas, no modo de considerar o ataque ao mal. Umam giram em torno ao emprêgo de alguns medicamentos que a prática não oftalmológica tem condenado, por perigosos ou menos adequados, por suscetíveis de serem substituídos por outros de valor terapêutico maior (as soluções aquosas de bismuto, por exemplo, certos preparados mercuriais, etc.); outras por não levarmos em conta o doente, de um modo total, e nos limitarmos à observação pura e simples do fenômeno ocular e não fazermos uso (por timidez e receio infundado) de preparados verdadeiramente ativos como os arsenicais trivalentes, por exemplo.

Não padece dúvida que para a instituição de uma terapêutica anti-sifilítica eficiente, que vise sobretudo a doença de que o paciente é portador (sífilis) antes que a manifestação que, no momento o aflige (a ocular) mas que pode não ser a mais grave que o atinge, é necessário, antes de mais nada, a resolução de certos problemas:

1.º — A alteração ocular pertence a que fase da sífilis ? Trata-se de uma manifestação da sífilis adquirida ou congênita ? Recente ou tardia ?

2.º — A lesão ocular é a única manifestação clínica da sífilis ?

3.º — O paciente já fez anteriormente uso de qualquer medicamento ? Quando, que espécie, e que quantidade ? Foi o tratamento adequado ou irregular ?

4.º — Qual o estado dos emunctórios ?

Ante êsse esquema a ser preenchido e que poderá ser criticado pela sua complexidade, mas cuja defesa resulta facil porquanto visa êle tão simplesmente colocar o especialista em condições de tratar bem o doente e, dest'arte, cumprir rigorosamente sua obrigação como médico, brota logo a conclusão de que, sozinhos, não estamos perfeitamente aparelhados para cuidar adequadamente do sifilítico: necessitamos a cooperação de um especialista que nos dirá das possibilidades de se tratar de uma sífilis recente ou tardia, congenita ou adquirida, da existência de outras manifestações do mal etc. e, como diz MOORE, é bem o caso em que, para o paciente, dois médicos são melhores que um só.

Das condições enumeradas as mais importantes a serem decididas são: trata-se de uma manifestação de uma sífilis adquirida recente ou tardia e do modo porque o paciente se tratou antes.

A *história* nem sempre elucida bem, porque todos estamos habituados a ver como ela é variável na boca de um mesmo doente, de um dia para outro, antes que se resolva a nos dizer a verdade inteira, quando a isto se dispõe ou é possível, porque há condições que emudecem completamente um paciente, mesmo que o silêncio lhe esteja causando enorme mal; a *sorologia* também apenas nos dirá se o doente é ou não um sífilítico, dentro de certa probabilidade. A colaboração de um sífilígrafo nos é proveitosa:

- a) ele nos dirá, tanto quanto possível, da fase da infecção e todos sabemos que é ela que condicionará o tipo de terapêutica a ser usada, respeitadas certas contraindicações ou, melhor, com certos cuidados em casos especiais;
- b) receberá o doente de volta, depois de realizada a nossa tarefa, que geralmente termina quando o doente se restabelece por completo ou se cicatriza a manifestação ocular, isto é, quando obtemos a *cura sintomática*, para continuar a terapêutica que visa a erradicação, a cura biológica na sífilis recente, tarefa que não mais nos compete.

Assim procedendo, estaremos, acreditamos, cumprindo rigorosamente a nossa obrigação, com perfeito conhecimento de causa e observância de todos os cuidados necessários porque estaremos considerando que

- a) o doente é antes de tudo um sífilítico e é a sífilis que deverá ser rigorosamente tratada;
- b) em matéria de sífilis é preferível não fazer qualquer tratamento a tratar mal. O tratamento insuficiente, mal orientado, apenas irá perturbar as reações imunitárias orgânicas com consequente malefício tardio. Numa irite da sífilis recente, por exemplo, é preferível dar apenas atropina e nada mais, a fazer uso de medicamento que produzirá apenas um alívio momentâneo enganador.

Eis um caso demonstrativo do valor dessa colaboração:

Paciente feminina, 49 anos de idade, casada, senhora respeitável, atingida de surto agudo de Irido-ciclite em O.E., com todo seu cor-

tejo sintomático. O clínico que nos envia a doente, informa que a sorologia é fortemente positiva e pede-nos orientar a terapêutica. O sífilógrafo nos informa depois: a paciente está em franco secundarismo. Tratava-se, portanto, de uma irite de sífilis recente. Quem o pensaria? O culpado de tudo, o marido, mantém-se de lado, temeroso de nós e da mulher e só mais tarde é que sabemos a história completa. E' evidente que a terapêutica será determinada visando a cura biológica da sífilis recente, possível de ser obtida".

Outro caso:

Rapaz de 16 anos, consulta em companhia do pai, dizendo sofrer de OE. há mês e pouco. Apresenta córnea turva, exsudatos finos à face posterior da córnea, tindal do aquoso, sinequia posterior às 9 horas, vítreo bastante turvo. Reagindo a pupila parcialmente à instilação de atropina, podemos aperceber, através a turvação dos meios, papila intensamente turgida e numerosas hemorragias no polo posterior. O doente exhibe resultado de exame de conceituado laboratório da Capital, inteiramente negativo. Conta que há 5 meses teve uma ulceração no prepúcio, dizendo o pai ter sido "fogagem". E' enviado ao sífilógrafo que se espanta com o estado sorológico, visto encontrar alterações do tipo secundário tardio no sulco balano-prepucial e nas coxas. Apresenta, além disso, adenite rotulada como de tipo sífilítico. Longe do pai, êle diz que teve um contato suspeito, ulceração no penis, tratada com "algumas ampolas de Arsenox, nada mais usando depois". Foi pedida nova reação de WASSERMANN, então positiva, e instituída a terapêutica conveniente.

Sífilis adquirida — As mais frequentes manifestações oculares da sífilis adquirida são: no período secundário as *irites* (de tipo plástico ou nodular), as cório-retinites (de tipo difuso, disseminado, juxta-papilar) e as neurites ópticas. Na sífilis secundária precoce, segundo WOODS, baseado em relatório do Johns Hopkins Hospital, há 111 casos de sífilis ocular em 2.413 doentes, uma incidência de 4,5 por cento. Em 309 casos de sífilis secundária recidivante, houve comprometimento ocular em 29, isto é, 9,3 por cento. E' a irite a manifestação mais frequente da sífilis secundária (73,3 por cento do total das complicações oculares). Não se deve esquecer da irido-recidiva, em relação com tratamento não adequado. São também frequentes as alterações do nervo óptico na sífilis recente desde uma simples hipermia até nítidas inflamações do nervo.

Na sífilis adquirida tardia, entre as lesões de tipo inflamatório, a mais frequente é uma uveíte generalizada, com queratite secundária.

Baseado nos números de MOORE, diz WOODS que em 3.240 pacientes 109 tinham tal uveíte, donde uma incidência de 3.1 por cento. Podem ainda ser encontradas lesões neuro-oculares da neuro-sífilis meningo-vascular tardia, sendo que uma das alterações mais características é a paralisia de vários nervos cranianos, sobretudo os destinados ao globo ocular. O 6.º é provavelmente o mais atingido, frequentemente em concomitância com comprometimento do 7.º e 8.º. Os outros nervos motores oculares, o 3.º e o 4.º, vêm a seguir. Entre as lesões degenerativas neuro-oculares, ocorrem na neuro-sífilis parenquimatosa, especialmente tabes e tabo-paralisia, as pupilas de ARGYLL-ROBERTSON, paralisias dos nervos óculo-motores e atrofia primária do óptico. O 3.º par é o mais atingido nesta fase e forma.

Tratamento — A terapêutica das lesões oculares da sífilis recente compreende o emprêgo do arsênico trivalente, do bismuto, do mercúrio. Sobre a penicilina ainda não se pode, no momento atual, fazer grandes afirmações.

De um modo geral, os oculistas não são muito amigos do arsênico. E isto não se passa só no nosso meio, como em tôdas as partes do mundo, pelo que se depreende da literatura. Diz MOORE que a superstição persiste na medicina como na religião, sendo que uma das mais difíceis de ser combatido é o temor dos oftalmologistas pelos possíveis efeitos deletérios dos medicamentos arsenicais sobre o olho, o que se reflete nos dados encontrados na literatura oftalmológica, felizmente se tornando gradativamente mais raros, de que mesmo os trivalentes e seus derivados não devem ser usados no tratamento da sífilis ocular, especialmente na atrofia óptica. E' facil encontrar o ponto de partida dêste conceito e a sua forma de desenvolvimento: data do uso do atoxyl no tratamento da tripanosomiase e sua experimentação na sífilis, originando frequentemente uma ambliopia tóxica. A condenação lançada sobre êsse preparado foi transferida, injustamente, para o salvarsan; foi aumentada por um tempo pela falta de compreensão do mecanismo de desenvolvimento da recidiva ocular em pacientes com sífilis recente, tratados de maneira inadequada e estava em processo de morte quando foi revivido pela introdução da tripar-samida na terapêutica da neuro-sífilis.

Os trabalhos de ZIMMERMANN e IGRSHEIMER (cit. MOORE) parecem demonstrar que a arsênamina e seus derivados (inclusive os óxidos de 914) não possuem efeito deletério sobre as estruturas oculares. E' verdade que SKIRBALL e THURMON relataram recentemente que os arseno-benzoís produzem neurite óptica o que, porém, não está de acôrdo com outros pesquisadores.

Segundo ZIMMERMANN os efeitos diretos e indiretos dos arseno-benzóis sobre o olho podem ser assim classificados:

1. *Verdadeiras reações tóxicas* — Unicamente hiperemia conjuntival que é característico frequente da crise nitritoide e que precede a fluxão cutânea. As outras estruturas oculares nunca são danificadas pelas arsênaminas ou arsenox. Raramente pode haver uma manifestação ocular tóxica sob a forma de queratite superficial ou úlcera de córnea, associada à dermatite exfoliativa post-arsenical.

2. *Choque terapêutico ocular — reação de Jarisch-Herxheimer* — Pode surgir, no início da terapêutica arsenical, uma intensificação de uma lesão já existente, uma recrudescência em uma lesão quiescente ou o aparecimento inesperado de um processo inflamatório em estruturas anteriormente aparentemente não comprometidas.

Os sintomas e sinais de uma irido-ciclite podem, temporariamente, mostrar-se piores 24-48 horas após a primeira dose de arsênico, um paciente com sífilis secundária e olhos aparentemente normais pode ver desencadeada uma uveíte aguda etc. Para ZIMMERMANN a reação de HERXHEIMER apresenta importância clínica apenas em pacientes com neurite óptica ou atrofia óptica primária, citando casos pessoais e retirados da literatura em que houve violenta exacerbação inflamatória e hemorrágica em uma neurite óptica já existente, com dano permanente à visão, em consequência de uma grande dose inicial de arsênico. Cita também casos de atrofia óptica primária em que a visão, que estava baixando, foi subitamente extinta após o início da terapêutica arsenical. Acha, como o faz STOKES, que em tais casos o tratamento deve ser iniciado com um metal pesado ou com doses muito pequenas de um arsenical para evitar o choque terapêutico. MOORE acha que essas reações devem ser muito raras porquanto em sua grande experiência lhe foi dado observar apenas uma vez em uma neurite óptica, e nenhuma na atrofia óptica.

3. *Oftalmo-recidiva* — Recidiva é consequência frequente da terapêutica arsenical inadequada da sífilis recente. São especialmente frequentes irido-recidiva ou neurite óptica, como fenômenos isolados ou parte de uma neuro-recidiva. Estas lesões não são devidas aos arsenicais: decorrem antes de seu uso moderado, são curadas por tratamento arsenical intenso e adicional.

Os arsenicais penta-valentes, contrariamente aos tri-valentes que, como vimos, não apresentam *per se* influência nociva sobre os olhos,

são passíveis de originar ambliopias tóxicas de gravidade extrema, que podem conduzir à cegueira rápida. Como seu campo de ação útil se restringe à neuro-sífilis infantil, êste medicamento é desprovido de qualquer valor útil nas lesões inflamatórias e exsudativas das capas oculares.

Dos metais pesados, no momento atual é para o bismuto a predileção unânime de todos os especialistas, sendo usado sob a forma, preferentemente, de suspensão oleosa (0,20 de bismuto metálico por semana, em uma ou duas injeções) ou de preparados óleo-solúveis (0,06-0,07 por injeção), séries de 15 injeções bi-semanais. São formalmente desaconselhadas as suspensões e as soluções aquosas, como ainda o determinou a Primeira Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis.

O mercúrio só poderá substituir o bismuto em casos excepcionais, quando haja contraindicação formal ou intolerância por êste medicamento. Segundo a referida Conferência, nêsses casos far-se-á uso na primeira série de um mercurial solúvel (cianeto) na dose de 0,01 e 0,02 por injeção, série de 20 injeções tri-semanais; nas séries seguintes um mercurial insolúvel (salicilato) na dose de 0,05 por injeção, 15 injeções, duas por semana. Há especialistas que, na sífilis ocular, preferem iniciar sempre o tratamento usando o mercúrio solúvel.

O tratamento poderá ser contínuo ou descontínuo, caso em que são entremeadas fases de repouso entre as séries de que se comporá o tratamento de acôrdo com esquemas estabelecidos entre outros pela Primeira Conferência a que já aludimos. A preferência de MOORE é para o tratamento contínuo.

Como dissemos, temos a impressão que todo o tratamento será melhor executado em colaboração com o sifilologista, mas se desejarmos assumir a sua responsabilidade poderemos proceder da maneira considerada a seguir, o que representa a primeira fase de um tratamento sistemático, destinado a procurar obter o alívio sintomático do paciente, para posterior encaminhamento ao especialista que o orientará para o futuro, dado que esteja terminada nossa missão, ficando o paciente de voltar ao consultório de tempos em tempos, caso não mais apresente qualquer queixa ocular, para o respectivo controle.

Mesmo nos casos em que temos tido oportunidade de encaminhar o doente ao sifilologista para que êste oriente e execute o tratamento, não apreciamos perder de vista o cliente, pelo menos durante a fase aguda de seu processo. E' observando contínua e atentamente a evo-

lução do processo ocular que podemos aquilatar da necessidade seja de um tratamento coadjuvante (vitaminas, vaso-dilatadores) seja, mesmo, da modificação do tratamento específico adotado. Mais que os esquemas gerais vale a observação pessoal de cada caso, porque algumas vezes temos que nos afastar radicalmente dos primeiros.

Eis um caso bastante elucidativo:

R. N., 35 anos, br. Br., solteiro, residente em S. Paulo. E' visto a 14-5 dêste ano, informando que há 4-5 meses sentiu turva a visão de OD., consultando-se, então, com oculista com o qual está desde então em tratamento, com medicação de natureza polivalente, compreendendo o Bismuto. De ontem para cá notou, com alarme, turvar-se visão de OE., sentindo cerração e parecendo-lhe estar tudo escuro.

Como seu médico assistente se ausentara de S. Paulo, procurou-nos.

O exame demonstra em OD. reliquat de Irite, com pigmento sôbre a cristaloide anterior e exsudatos muito finos à face posterior da córnea. OE. em midriase máxima por atropina.

Fndus — OD. papila com suas margens borradas, foco parcialmente exsudativo na cório-retina, p. baixo e lado nasal da papila.

OE. papila também turva; foco de retinite difusa, grande, exsudativo para baixo e para o lado nasal da retina. As artérias mostram-se de calibre muito reduzido.

A história pregressa do paciente indicava lesão inicial de lues há 5 anos, tratamento feito de maneira muito irregular, sem qualquer orientação.

Foi pedido exame com sifilologista, tendo-se instituído terapêutica pelo nitrito de sódio e vitamina B, de início.

Dias depois foi feito o exame com o sifilologista que revelou, ao lado dos dados da história referente à lesão inicial e tratamento mal feito, pressão arterial de 20 x 6.

Na suposição de tratar-se de uma lesão de recidiva, foi feito exame de líquido céfalo-raquidiano que resultou inteiramente negativo.

A possibilidade de um comprometimento vascular, a existência da alteração neuro-retiniana aconselhava a medicação pelo metal pesado de início. A observação diária do paciente demonstra, no entanto, que a terapêutica está sendo inoperante: o processo progride, atingindo

outras membranas oculares, surgem exsudatos finos à face posterior da córnea, a íris começa a se turvar, surge tindal do aquoso e a seguir turvação total dêste, as margens pupilares se mostram borradas, formam-se sinequias posteriores; o edema de córnea progride sempre, formando-se pregas na membrana de DESCOMET. Aparece a injeção ciliar e as dores surgem, alarmando sobremodo o doente.

Tendo-se em vista o progresso sempre crescente do mal, entendemo-nos com o especialista e passou-se a usar a néo-arsfenamina, em doses rapidamente crescentes, atingindo 0,60 onde as injeções são espaçadas semanalmente. Podemos apreciar como se processa a involução de tudo e ao fim de poucos dias, depois de algumas doses de arsênico, já os sinais de inflamação anterior iam em franco retrocesso. Os resultados parecem ter correspondido ao risco corrido.

E' preciso acentuar, em matéria de tratamento da sífilis ocular, a frequência com que coexistem alterações oculares com as de outros órgãos. Assim como fizeram observar MOORE e GIESKE:

1. Na irite recente, em 95,5 % dos casos de sua observação havia secundarismo recente.
2. Na irite recidivante em 11,2 % havia recidiva cutâneo-mucosa e em 14,8 neuro-sífilis.
3. Na irite tardia neuro-sífilis em 12 %, sífilis cárdio-vascular em 14,8 e lesões cutâneas ou ósseas tardias em 31,4 %.

Por êsses números se vê a frequente associação da irite tardia com as alterações cárdio-vasculares, de importância maior e condicionando uma terapêutica cuidadosa para se evitar um resultado fatal.

Embora MOORE não veja necessidade disso, como se viu atrás, um resto de timidez aconselha-nos a fazer uma espécie de amaciamento do doente antes de iniciarmos uma terapêutica arsenical em casos de sífilis ocular. Com efeito: viu-se que a reação de HERXHEIMER pode surgir em olhos aparentemente indenes e nos em que, clinicamente, já pudemos evidenciar alteração de qualquer estrutura, sendo importante sobretudo a que se passa para o lado do nervo óptico. Achados de MOORE e GIESKE mostram, que, por exemplo, a Irite precoce está associada a lesões do nervo óptico em 15,3 % dos casos, a recidivante em 24,1 e a tardia em 8,2 %. Ora todos sabemos que em um caso de Irite, na sua fase intensamente exsudativa, nem sempre se consegue

obter visão do fundus de maneira a se saber se há ou não comprometimento da retina e nervo óptico. Assim a terapêutica compreenderá:

1. Bismuto em suspensão oleosa, 0,15 a 0,20 por semana, atingindo a dose total de 1,50 a 2 gramas. Dissemos que há especialistas que preferem, de início, ministrar o cianeto de mercúrio, na dose de 0,01 a 0,02 por injeção, 20 injeções tri-semanais. MOORE prefere iniciar o tratamento já com o arsênico; parece-nos, porém, mais prudente, aliás de acôrdo com notáveis sifilologistas, fazer preliminarmente a série de metal pesado.
2. A seguir, sem repouso, uma série de Arsênico trivalente (néo-arsfenamina, néo-salvarsan ou outro similar), iniciando-se com 0,15 e 0,30, ou 0,30 e 0,45 na 1.^a semana; na segunda 0,45 e 0,60 e da 3.^a semana em diante 0,60 por semana até perfazer aproximadamente 6 grs. como dose total da série.

A lesão ocular habitualmente cicatriza prontamente mas o tratamento deverá ser continuado, usando-se o método contínuo ou o descontínuo, de acôrdo com as preferências individuais ou a resistência do paciente, alternando-se séries de arsênico com bismuto pelo menos após um ano ter-se a sorologia tornado persistentemente negativa. Parece-nos que a missão do oftalmologista termina, já o dissemos, quando a lesão ocular cicatriza: o paciente será então encaminhado ao especialista em sífilis para que exerça sôbre o mesmo a necessária vigilância e o controle devido, ficando a nosso cargo apenas uma revisão periódica rotineira, caso o doente não apresente qualquer queixa ulterior.

Caso se prefira usar o Arsenox devemos nos lembrar que as doses são as seguintes: início com 0,02, passar a 0,04 e a seguir a 0,06, repetindo esta dose até o total de 0,60, isto no homem; na mulher principiar por 0,01 ou 0,02, passar para 0,03 e 0,04 até o total dito. Note-se que as séries empregadas por MOORE abrangem cerca de 1,20 grs. De modo geral as doses do autor americano são maiores que as recomendadas em nosso meio, possivelmente porque a resistência do elemento humano com que aquele autor trata seja maior que a verificada no nosso meio.

Sífilis tardia — Nas complicações verificadas na fase tardia da sífilis, em que dominam as Uveites generalizadas como vimos (entre

as manifestações inflamatórias) o tratamento pode ser bem menos intenso, sendo as séries de arsênico e bismuto mais curtas.

Uma citação especial merece o tratamento da *atrofia óptica simples*. Todos sabemos, que não tratada, a evolução de tais casos é fatal, indo inexoravelmente para a cegueira, cegueira bilateral em 90 % dos casos, dentro de 3 anos do início dos sintomas, em 100 % dentro de 9 anos.

No que diz respeito à visão, o tratamento da atrofia óptica primária na era pre-arsenical era totalmente sem esperanças, a cegueira se produzindo como se nada tivesse sido feito. A introdução dos arsenicais (arsfenaminas) não mudou praticamente o panorama, os pacientes tratados com êsses medicamentos em combinação com o bismuto, mercúrio e iodetos, tornando-se cegos da mesma maneira e tão rapidamente como os não tratados.

Os casos de atrofia óptica são justamente aqueles em que mais hesitação existe no emprego dos arsenicais pelos oftalmologistas; de um modo geral há pessimismo completo por parte dos oculistas e sifilologistas no tocante à conservação da visão. Estudos recentes, porém, com especialidade os da clínica do John's Hopkins Hospital indicam que êsse pessimismo não é justificavel e que não raramente pode-se conservar a visão mediante tratamento adequado. Qualquer forma de tratamento, para obter sucesso, depende da existência de um número suficiente de fibras íntegras no nervo óptico. Como uma fórmula grosseira, MOORE estabelece o seguinte: se a acuidade visual central no olho melhor igual ou superior a 20/60, há 50 % de possibilidade de se reter visão util; visão de 10/200 a 20/60, mau prognóstico; com menos do que isto, cegueira é quasi fatal a despeito de todo tratamento.

O que importa, em suma, é o diagnóstico precoce e instituição pronta do tratamento.

O tratamento local não parece ter proporcionado grande sucesso: os vaso-dilatadores, simpatectomia, injeções retro-bulbares de atropina, ciclodialise, LAGRANGE falharam por completo.

MOORE é pelo uso da malarioterapia, como método de escolha para o início do tratamento, seguido da terapêutica apropriada. Faz uso do sôro arsenobenzolizado por via sub-dural (introdução na cisterna magna) como uma fase ulterior quando o processo progride.

Seu esquema compreende:

1. Malária.
2. Néó-arsfenamina ($6 \times 0,30 - 0,60$).
3. Bismuto (10 injeções) e Iodeto de potássio.

4. 10 silverarsfenamina 0,30.

Bi-Arsênico por 2 anos.

5. Em caso de parada da queda funcional séries alternadas de

6. Caso haja progresso, fazer tratamento sub-dural.

A técnica d'êste tratamento sub-dural (SWIFT-ELLIS), relativamente complicada, não nos interessa em minúcia, por fugir à nossa alçada. Enviamos os interessados ao magnífico livro de MOORE, de leitura obrigatória para quem se interessa pelos problemas de tratamento da sífilis em geral.

E' necessário o controle oftalmológico cada 3 meses. Exame de líquido céfalo-raquidiano cada 6 meses.

Sífilis congenita — Woods classifica as manifestações da sífilis congenita em 3 períodos:

1.º — do nascimento até os 2 anos. E' um período análogo à fase precoce da sífilis adquirida. Lesões atingem principalmente estruturas muco-cutâneas e ósseas; ainda: Coroidite (sal e pimenta)

2.º — do 2.º ao 8.º ano. Lesões mais frequentes e que nos interessam: queratite parenquimatosa e, mais raramente, neuro-sífilis.

3.º — inicia-se na puberdade e as lesões mais frequentes são a queratite parenquimatosa, surdez (lesão do 8.º) e neuro-sífilis.

Segundo Woods o tratamento das complicações oculares da sífilis congenita precoce é essencialmente o da sífilis congenita. Em geral o objetivo do tratamento é, primeiramente, salvar a vida da criança da grave toxemia concomitante à infecção sífilítica, e, em segundo lugar, a cura sintomática e absoluta da doença. A preparação arsenical de escolha é a sulfarsfenamina, que apresenta grande tolerância e mais facilidade de manejo, por poder ser aplicada por via intramuscular. Fazer também o bismuto e o mercúrio, êste sob a forma de pomada em fricção.

Entre as manifestações da sífilis congenita merece um reparo especial a *Queratite parenquimatosa*. Aquí, ainda, a experiência de

MOORE se contrapõe de certa maneira ao consenso mais ou menos unânime encontrado em nossos livros e que diz respeito:

1. à resistência desta evidente manifestação de lues congenita à terapêutica anti-sifilítica;
2. à incapacidade que o tratamento tem de impedir o ataque ao segundo olho.

E' o reconhecimento precoce uma necessidade, dado que o tratamento da queratite unilateral frequentemente impede o comprometimento e, conseqüentemente, a baixa visual do outro olho, afirma MOORE. Sua preferência é pelo velho salvarsan (606), alternando com séries de Bismuto; atribue muitas falhas a doses muito pequenas do medicamento. A experiência de KLAUDER e VANDOREN (cit. MOORE) formalmente contraindica o uso do iodeto de potássio nêstes casos. O tratamento deve ser contínuo, consistindo em um mínimo de 30 injeções de preparação arsenical, 40-60 de sub-salicilato de bismuto, antes que se permita repouso. O tratamento deve ser continuado por um período mínimo de 2 anos.

Um auxílio poderoso temos no emprego da febre (malária, hétero-proteína etc.). Desde que a terapêutica seja bem orientada é possível se prevenir o ataque ao segundo olho; assim na estatística de CARVIL e DERBY (cit. MOORE) e ROBINSON, em cerca de 62 pacientes, apenas em 2 o olho normal foi atingido subsequentemente.

O esquema de KLAUDER e VANDOREN compreende:

1.º — febre — malária, vacinas etc. Se a primeira é usada não fazer uso do arsênico ou Bismuto, nesta fase, porque ambos são anti-maláricos. Empregando-se vacinas, usar êsses medicamentos entre as crises.

2.º — tratamento anti-sifilítico — Arsenical trivalente (néo-arsfenamina, néo-salvarsan etc.), alternando com sub-salicilato de Bi. No início da terapêutica podemos empregar Bi e Arsênico, ao mesmo tempo, aquele sob a forma lipossolúvel. Assim far-se-á:

1-9 semanas — Néó-salvarsan.

Bi lipossolúvel 8 doses, 2 por semana no primeiro mês.

10-19 " — Bi, 10 doses semanais.

20-29 " — Néó-salvarsan, 10 doses semanais.

30-39	semanas	—	Bismuto, 10.
40-44	"	—	Néo-salvarsan, 5 doses.
45-54	"	—	Bi, 10.
55-59	"	—	Néo, 5.
60-69	"	—	Bi, 10.
70-73	"	—	repouso
74-83	"	—	Bi.

Este esquema é um pouco violento para o nosso meio, devendo-se procurar fazer a adaptação de acôrdo com cada caso, servindo êle apenas como um meio de orientação.

E' evidente, e isto não serve só para êstes casos, que podemos fazer uso de medicações auxiliares. No caso da queratite parenquimatosa, por exemplo, tem havido alguns resultados surpreendentes com a Riboflavina que é conveniente não ser esquecida.

As manifestações aparentemente inespecíficas — Como dissemos no início, há numerosos casos, aparentemente inespecíficos, em que a sífilis poderá estar em jogo, não obstante a existência de uma sorologia francamente negativa. Como agir neles ?

Há uma convicção bastante arraigada em nosso meio e que diz respeito ao emprego da medicação anti-luética: se bem não faz, mal não pode fazer, é uma frase que se ouve com certa frequência.

O emprego da terapêutica anti-luética não é uma cousa tão desprovida de riscos ou inconvenientes para ser encarada daquela forma. Antes de iniciá-la, devemos esgotar os meios ao nosso alcance, procurando dados que nos autorizem a suspeitar de sífilis, sobretudo da sífilis congenita. A colaboração com o especialista é, aqui, também inestimável que poderá encontrar disseminados pelo organismo pequenos sinais que nos autorizem a instituir uma terapêutica enérgica. O que importa, sobretudo, é ver se êste surto aparentemente inespecífico não está em relação com uma sífilis adquirida mal tratada ou, mesmo, uma sífilis recente. E isto êle poderá nos dizer com relativa segurança. Devemos ter em mente que nunca se deverá dar tratamento como um test terapêutico ou de outra forma a um paciente em que se suspeite de sífilis recente, até que se esteja certo do diagnóstico. O test terapêutico só é aplicável à sífilis tardia.

Esgotados, porém, os meios de investigação, afastada a possibilidade de se tratar de sífilis recente, não se encontrando explicação alguma para uma afecção ocular seja ela uma queratite, uma irite ou uma neuro-retinite, podemos em desespero de causa fazer uso da tera-

pêutica, tentando um diagnóstico *ex-juvantibus*. A resposta a êle nos obrigará a um tratamento ulterior como se se tratasse de uma sífilis tardia, isto é, menos acentuado e menos rigoroso e nos moldes já apontados, embora saibamos que, de acôrdo com as pesquisas de STOKES, O'LEARY e MOORE, o tratamento anti-sifilítico e, em particular, o arsenical muitas vezes exerce um efeito não específico nítido sôbre lesões inflamatórias não sifilíticas dos olhos. MOORE cita 14 casos em que, pacientes com uveite crônica, foram submetidos à mais exaustiva pesquisa inteiramente negativa para qualquer evidência de sífilis; em que todos os outros tratamentos feitos, compreendendo tuberculina, hétero-proteinoterapia, extirpação de todos os focos concebíveis, foram incapazes de produzir qualquer melhoria no estado ocular e nos quais um tratamento prolongado pela néo-arsfenamina, dado em último recurso, produziu nítida melhoria, em 8 dêles, havendo uma cura permanente e completa.

* * *

Considerações finais

A guisa de considerações finais e como um resumo de tudo que ficou dito atrás e aproveitando a oportunidade para encaixar alguns elementos de importância sôbre os quais tenhamos passado por cima queremos dizer:

1. No tratamento da sífilis ocular deve-se tratar a sífilis como uma infecção de todo o organismo e tentar prevenir as complicações oculares que afetam a acuidade visual.

2. Para tratarmos adequadamente o caso e tendo em mente a sífilis como uma infecção de todo o organismo, devemos procurar localizar o fenômeno ocular dentro do quadro geral da sífilis, isto é, estabelecer, tanto quanto possível, a que fase da mesma ela pertence, sobretudo se se trata de uma manifestação recente ou tardia. Para isto é essencial a colaboração do sifilologista e, algumas vezes, de outros especialistas.

3. Devemos ter sempre em mente a frequente associação de alterações oculares, sobretudo da sífilis adquirida, a de outros órgãos da economia. Assim as irites que se encontram na sífilis recente, em 95,5 % dos casos está acompanhada de sífilis secundária precoce; a

irite recidivante em 14,8 % é de neuro-sífilis e a irite tardia em 14,8 acompanha a sífilis cárdio-vascular. Essas associações, por vezes, exigem cuidados maiores, sobretudo do ponto de vista terapêutico, que a lesão ocular que o aflige.

4. O tratamento das alterações oculares da sífilis recente poderá ser feito na base do Arsenical trivalente, do Bismuto e do Mercúrio. Após uma primeira série de 1,5 a 2 grs. de Bismuto em suspensão oleosa, iniciar-se-á a terapêutica pelo arsenical trivalente, que compreenderá injeções a princípio de dose pequena, mas crescendo rapidamente de maneira a atingir 0,60 nos homens e 0,45 nas mulheres e continuando até o total de 6 grs. e 4,5 grs. respectivamente. Far-se-ão a seguir séries alternadas de Bismuto e Arsênico, com ou sem repouso, de acôrdo com o critério a ser adotado, parecendo, no entanto, que o primeiro é mais acertado. O mercúrio substituirá o Bismuto naqueles casos de intolerância invencível.

5. O papel do oculista termina com a cicatrização do processo ocular. O doente será encaminhado, então, ao especialista em sífilis para que continue e oriente a terapêutica, ministrando-se a informação do estado ocular inicial, do resultado do tratamento e do modo porque êste vem sendo orientado.

6. Devemos nos abster do uso das soluções e suspensões aquosas de Bismuto, bem como dos arsenicais penta-valentes. O emprego dêstes na neuro-sífilis exige um cuidadoso controle oftalmológico, sobretudo sob o ponto de vista perimétrico, sendo útil lembrar que a falta dêste já conduziu um médico à barra dos Tribunais, nos Estados Unidos (Supreme Court of Appeals of Virginia, relatado no JAMA), tendo a referida Côrte decidido que há responsabilidade médico-legal do médico no caso de desenvolvimento da ambliopia triparsamídica, concordando em que o penta-valente é um medicamento poderoso "que deverá ser administrado apenas debaixo de controle ocular". Lembremos que a concentração em complexo vitamínico B, segundo as idéias de MUNCY, parecem exercer certo efeito inibidor no desenvolvimento do comprometimento ao óptico.

7. Segundo as idéias atuais os arsenicais trivalentes não têm qualquer ação tóxica sobre qualquer das membranas oculares, com única exceção das conjuntivas que apresentam, precedendo ou concomitantemente à crise nítritoide, certo grau de hiperemia. Quando esta

hiperemia surge no decurso da injeção, interromper imediatamente esta e proceder como em um caso de crise nitritoide.

8. O olho doente poderá, porém, apresentar por ocasião do uso do Arsênico, o que se denomina de choque terapêutico ou reação de HERXHEIMER que, apesar de rara, é de se temer nos casos de nevrite óptica ou atrofia óptica primária.

9. A reação de recidiva é outro fenômeno ocular observado nos doentes mal tratados. Pode haver recrudescência das lesões quando se descontinua o uso do arsênico e se inicia o metal pesado. Recidivas podem ser semelhantes ou se dar no mesmo sítio que as lesões originais ou afetam estruturas antes não atingidas, em particular o sistema nervoso e o olho (irite, uveite, querato-irite).

10. A sífilis tardia exige um tratamento mais brando, sendo as séries de arsênico e bismuto mais curtas. Não há razão de ser para a contra-indicação que já foi generalizada mas que hoje já perde terreno ao uso do arsênico trivalente na atrofia óptica. E' êle, mesmo, uma necessidade, representando, ao lado das medidas outras necessárias, o único meio de se estacionar o processo atrófico. Fazer a malária e em seguida o Arsênico e Bismuto, alternadamente. O tratamento de SWIFT-ELLIS fica como um recurso posterior.

11. Na sífilis congenita os medicamentos usados são os mesmos, podendo-se empregar, sobretudo no primeiro período, a sulfarsfena-mina que apresenta a vantagem de sua tolerância pelas crianças e o uso intra-muscular. O Bismuto e o mercúrio, êste sob a forma de pomada mercurial, são os outros componentes da terapêutica.

12. A queratite parenquimatosa da lues congenita é melhor tratada com o uso da febre, do arsênico, do bismuto. Não usar de maneira alguma o iodeto de potássio que parece prolongar o tempo de evolução da queratite, segundo os achados de KLAUDER e VANDOREN.

13. Na sífilis recente trata-se a doença; na tardia o paciente. Na primeira visa-se a cura biológica do mal enquanto esta não é suscetível de ser obtida na tardia (MOORE). Aqui o primeiro fim da terapêutica é o alívio sintomático, a restauração quanto possível, da normalidade anatômica ou, se isto é impossível, da normalidade funcional.

14. Nos casos de alterações de tipo inflamatório em que a sífilis poderá estar em jogo, não obstante a negatividade absoluta de todos os exames que, com a segurança relativa dos mesmos, pode afastar a existência de uma sífilis recente, podemos empregar o tratamento como um test terapêutico: este nunca poderá ser dado a um paciente que se suspeite de sífilis recente, sendo aplicável apenas à sífilis tardia (MOORE). Deve-se lembrar, no entanto, que uma resposta positiva, sobretudo se o arsênico foi usado, não implica em certeza de que o paciente seja um sífilítico dado que aquele medicamento pode exercer ação benéfica em casos comprovadamente de natureza não luética.

* * *

Os dados usados neste trabalho foram retirados de um certo número de trabalhos e livros, devendo ser citados os dois seguintes cuja leitura é quasi obrigatória a todos os estudiosos. Referimo-nos ao livro de MOORE sobre Moderno Tratamento da sífilis, edição de 1943, CHARLES C. THOMAS, e o trabalho de Woods sobre Sífilis ocular, publicado no American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal diseases, vol. 27, Março, 1943, n. 2.

Domingo — 2 de setembro

O dia foi destinado a uma excursão à ilha de Brocoió, bellissimo recanto da Guanabara, proporcionada pelo Prefeito e pela Organização Henrique Lage, que pôs à disposição da Comissão Executiva duas confortáveis embarcações para o transporte dos participantes.

Infelizmente, o mau tempo afugentou mais de metade dos excursionistas, tendo comparecido apenas 34 pessoas, que foram recompensadas pela sua coragem, com um magnífico passeio. A Prefeitura do Distrito Federal nos ofereceu uma feijoada à francesa, muito apreciada por todos, que voltaram deslumbrados com a paisagem.

Cabe aquí o agradecimento da Comissão ao Prefeito do Distrito Federal e aos dirigentes da Organização Henrique Lage pelas atenções dispensadas.

Segunda-feira — 3 de setembro

Pela manhã, foram os participantes das Jornadas recebidos no Serviço do Dr. Ruy Rolim, na Cruz Vermelha Brasileira, onde foram executadas 3 operações de pterígio pelo Dr. Ruy Rolim, uma delas com enxerto de conjuntiva de coelho para cobrir a brecha operatória.

Foi livre a tarde. Às 20.30 horas, no Anfiteatro da Cruz Vermelha Brasileira, gentilmente cedido pelo seu Presidente, General Dr. Ivo Soares, reuniram-se os membros das Jornadas, na segunda sessão, sob a Presidência do Prof. Hilton Rocha, que convidou para tomar parte na Mesa os Drs. Lineu Silva, Nicolino Machado e Edilberto Campos.

Iniciando a sessão, o Presidente comunica aos presentes ter recebido informação do falecimento do Prof. Carlos Charlin, de Santiago, Chile, designando o Dr. Silvio de Abreu Fialho para expressar os sentimentos da Assembléa, o que foi feito, tendo o orador proposto um minuto de silêncio à memória do extinto. Ainda falou a Dra. Elcira Pinticart de W., oculista chilena, ex-assistente do Prof. Charlin, ora entre nós como bolsista do Ministério do Exterior, que leu a seguinte oração:

Profundamente emocionada me levanto para rendir un postrer homenaje al que fuera mi profesor de Oftalmología — Dr. Carlos Charlin Correa — que ha fallecido en Santiago.

No es desconocido para Uds. el nombre del Prof. Charlin. Ha sido durante 25 años el formador de numerosos oftalmólogos chilenos cuyos nombres figuran entre los oculistas americanos, me refiero entre ellos a los profesores Cristobal Espildora Luque y Juan Verdaguer y a los doctores: Barrenechea, Costa, Schweitzer, Amenabar, O'Relly, y muchos más.

Profundo observador del enfermo supo valorizar los pequeños hechos para con ellos llegar al sólido edificio del diagnóstico preciso. Fruto de esa minuciosidad en el estudio del enfermo, verdadero libro para él, es el síndrome de neuritis del nervio nasal y que ya se llama Síndrome de Charlin. Así también diferenciaba las actitudes del hístico ocular del ciego. Así aceptaría más tarde los hechos nuevos que la tuberculina a pequeñas dosis le iría mostrando.

De su afán por anotar detalladamente y día a día lo que el enfermo le confesaba sentir y lo que él observaba de nuevo en el cuadro local fué acumulando experiencia y observando analogías que lo llevó a salirse de la especialidad para ir al campo inagotable de las enfermedades esenciales: neuralgia del trigémino, asma, ocena, reumatismo, cefaleas, afecciones de la piel, etc.

De sus obras solo mencionaré las mayores: Tratado de Oftalmología 1925, Lecciones de Clínica Oftalmológica 1941, Tuberculinothérapie dans les algias faciales idiopathiques 1940, tomo segundo Tuberculinoterapia en afecciones esenciales, ocena, 1943.

Su labor, ampliamente comprendida en la sociedad chilena encontró un generoso donante quien para honrar la memoria de un deudo, facilitó la construcción de un edificio apropiado para el servicio de oftalmología. Esta es la Clínica del Salvador donde desde 1926 funciona un policlínico, hospitalización y la sección dedicada a la Cátedra de Oftalmología.

Con el fallecimiento del profesor Charlin pierde la Universidad de Chile un gran maestro. Maestro que no solo enseñó con entusiasmo a sus alumnos sino que formó una escuela más amplia, algo más sólido como es la oftalmología chilena.

* * *

A seguir, é dada a palavra ao Dr. Laborne Tavares, que leu o seguinte relatório:

RELATÓRIO

P t e r í g i o

DR. C. LABORNE TAVARES

Livre-docente de Clínica Oftalmológica da
Universidade de Minas.

Afecção ocular conhecida desde a mais remota antiguidade, deve seu nome mais comum ao diminutivo grego de *ptéros*, com o significado de pequena asa (pterygion), pela semelhança grande com a asa de inséto.

CELSE o chamava de *unguis*; os franceses de *onglet*; os antigos cirurgiões ingleses o denominavam de *web* (teia, tecido), e os alemães de *das Flügelfell*.

DEFINIÇÃO E LOCALIZAÇÃO — A afecção consiste em espessamento de uma porção da conjuntiva bulbar, especialmente da camada profunda fibro-vascular, revestindo a forma de um triângulo, cuja base, ordinariamente, é voltada para a carúncula lacrimal e cujo vértice, esbranquiçado e semi-opaco, dirige-se para a circunferência da córnea, avançando sobre esta, algumas vezes, até o seu centro. É o pterígio interno. Menos comumente a base do pterígio pode estar situada no ângulo temporal da conjuntiva formando o pterígio externo ou existir um de cada lado, dando a variedade dupla.

Na literatura oftalmológica, excepcionalmente, têm sido relatados casos da afecção situada na parte superior ou inferior do globo ocular, segundo já anotava STOEBER, em 1837 (1).

TRÂVERS (2) apresentou, em 1820, 2 casos de pterígios situados na parte superior do olho, embora, pela descrição, um dêles pareça um falso pterígio. BEER (3) viu 3 pterígios sobre o mesmo olho.

No gênero das observações extraordinárias, quasi teratológicas, cita MACKENZIE (3) um caso descrito e figurado por SCHIMIDT de um pterígio tão semelhante a um músculo, que se julgaria tratar-se de um vício de situação de um músculo reto superior do olho.

Tomando sua origem por traz da pálpebra superior, contornava a parte superior do globo ocular e, oferecendo o aspéto de uma ca-

mada de fibras musculares, vinha ter à circunferência da córnea, onde se espessava e se tornava quasi tendinosa e, em face da pupila, entrecruzava suas fibras com as da córnea ! Este *soit disant* pterígio foi operado com êxito !

Embora a afirmação, desde PAULO DE EGINA, de que “o pterígio, habitualmente cresce no grande ângulo e, daí avança, pouco a pouco sôbre a córnea”, as exceções apontadas têm sido numerosas.

WECKER, em citação do Dr. ANTONIO C. IBAÑEZ (6) escreve que, segundo MIDDLEMORE, o pterígio se encontra ordinariamente na ordem seguinte:

- 1.º — pterígio interno em um só olho;
- 2.º — pterígio interno em cada olho;
- 3.º — pterígio interno e outro externo no mesmo olho e
- 4.º — pterígio interno associado a outro, situado para cima ou para baixo.

Geralmente se encontra um só pterígio sôbre um mesmo olho, não obstante observaram-se casos em que existiram até cinco sôbre o mesmo órgão. (BEER, 3; VELPEAU, 5).

CUVIER viu um caso de pterígios quádruplos em um olho e MALGAT descreveu êsse achado nos 2 olhos.

ANTONIO IBAÑEZ (trab. cit.) publica um caso de pterígio infero-interno em um olho e infero-externo no outro olho, o que é raro. As estatísticas entre nós quasi não têm assinalado essas exceções.

E' assim que a de MOACYR ALVARO (7), em 1932, apura para 917 pterigianos 97,93 % de pterígios internos, sendo: 32,93 % para o olho direito; 27,37 % para o olho esquerdo e 37,63 % para ambos os olhos; 2,07 % de pterígios externos, sendo: 1,41 % para o olho direito a 0,66 % para o esquerdo, sem fazer menção de nenhum caso de implantação anormal da afecção.

Na estatística de SOUZA QUEIROZ (8) abrangendo cinco anos, no Instituto Penido Burnier, de Campinas (1934-1938) e 27,049 doentes novos, foram encontrados 1.093 (4 %) portadores de pterígio, dos quais 59,6 % interno, monocular; 37,8 % interno binocular; 0,36 % duplo monocular; 0,82 % duplo num olho e simples no outro; 0,27 % externo monocular; 0,82 % duplo binocular; 0,09 % externo binocular e 0,09 % interno num olho e externo no outro, também não se anotando aquelas grandes anormalidades de implantação.

No nosso serviço particular, da Casa de Saúde São José há, relativamente, pouco tempo em funcionamento, podemos anotar, em 46 casos de pterígios, 24 internos unilaterais e 22 internos bilaterais, com, ainda, 4 casos em que a afecção era também externa, sendo que dêsses pterígios duplos um caso era em um só olho, nada existindo no olho oposto.

A aderência do vértice ou cabeça do pterígio sobre a córnea é semelhante a de um tendão sobre o osso, no dizer de LAGRANGE, e o pescoço ou colo, região de passagem, da cabeça para o corpo, embora formando, por vezes, pregas conjuntivais, com fundos de saco superior e inferior, nunca dá passagem livre ou tunel a um instrumento, como uma sonda, de um lado a outro, o que diferencia a afecção genuína do pseudo ou falso pterígio devido a recobrimentos conjuntivais de ulcerações ou queimaduras da córnea.

O corpo pterigiano, estendido em leque, é fracamente aderente ao plano profundo, deslizando com facilidade sobre êle e dele destacando-se sem esforço.

VARIEDADES — Tendo em vista a predominância que êles julgavam haver na constituição tissular da massa pterigiana CUVIER, PETREQUIN e DESMARRES haviam admitido 4 variedades no pterígio:

1.^a) — o *celuloso*, no qual o tecido celular sub-conjuntival é mais ou menos espesso;

2.^a) — o *vascular* que se distingue pelo desenvolvimento dos vasos da base ou vértice do pterígio;

3.^a) — o *carnoso* que apresenta ainda vascularização mais intensa e consistência sarcomatosa e

4.^a) — o *gorduroso* que seria uma degeneração do carnoso após um longo tempo.

Simplificando essa classificação já WHARTON-JONES, em 1862 (5) o dividia em tênue ou membranoso ou espesso ou musculoso, o que corresponde às variedades tênue e crasso.

FÓRMAS CLÍNICAS — Admitem-se, em geral, 3 fórmas clínicas para o pterígio:

1.^o) — o estacionário, pálido, delgado e pouco vascularizado, no qual a faixa de progressão, constituída por uma zona opalina, pouco saliente, de bordos paralelos, recortados em festões, regularmente arredondados, não é vista a olho nú;

2.º) — o progressivo, vermelho, volumoso, com vasodilatação subconjuntival, em que a zona progressiva é perfeitamente vista mesmo a olho nú, tumefeita, de cor acinzentada, correspondendo à extremidade da cabeça do pterígio;

3.º) — o maligno, cujo desenvolvimento, ao contrário dos precedentes, é mais rápido e costuma recidivar várias vezes.

A êsse propósito, é clássica a observação de TRAPEZONTZIAN e GONIN, citados por MORAX na Enciclopédia Francesa de Oftalmologia (9) em que, após cerca de 6 intervenções sobre um pterígio externo, anômalo, terminou-se por não se conseguir desvelar a córnea que se tornou opaca. E' contudo duvidoso que se tratasse de um pterígio verdadeiro, embora o diagnóstico inicial fosse êsse.

EVOLUÇÃO — Com uma marcha, em regra, lenta e sem perturbações irritativas de vulto, a conjuntiva bulbar correspondente ao pterígio se espessa formando-lhe o *corpo*; posteriormente atinge o limbo corneano, alongada e estreitada, conformando-lhe o colo ou *pescoço* e, finalmente, invade a córnea, sob o aspêto de uma ponta irregularmente arredondada, constituindo-lhe a cabeça ou *vértice*. Quase sempre destaca-se na frente dêste vértice, em plena córnea e separada dêle por estreita zona transparente, uma mancha acinzentada ou esbranquiçada, não vascularizada, devida à alterações de camadas superficiais dessa membrana.

As variações para mais ou para menos ocorrem, com frequência, podendo a cabeça do pterígio não ultrapassar a zona limbar da córnea ou, pelo contrário, avançar até o meio do meridiano horizontal desta. A conjuntiva bulbar pode se redobrar e formar fundos de saco que não se comunicam mas que podem ser inspecionados por uma sonda de ponta romba e constituídos pelos bordos superior e inferior do pterígio separados por uma goteira da conjuntiva subjacente.

Fora dessa evolução mais comum, o pterígio pode sofrer inflamações, haver aderências em alguns pontos dos folhetos conjuntivais e daí surgirem quistos de retenção que, como complicações da afecção, também, por vezes, aparecem em pleno tecido pterigiano.

Outras vezes em princípios ou em meio dessa marcha, detem-se o processo mórbido e fica estacionário, temporária ou definitivamente, sem causa bem conhecida e sem regressão, apenas mais pálido, menos vascular, menos suculento, com a área de progressão corneana quase invisível.

EXAME BIO-MICROSCÓPICO — Segundo BERLÍNER (10) no estudo bio-microscópico do pterígio, o maior interêsse está na córnea onde são vistas as modificações iniciais, constituídas pela presença de pequenas opacidades, acinzentadas, próximas do limbo, na zona de BOWMAN. Tais opacidades, que podem ser confluentes, precedem sempre à invasão da córnea pela cabeça do pterígio, deixando entre elas e esta, uma área transparente.

LËNI SCHÖENIGER, que as descreveu, acredita que elas se formam nos lugares em que os nervos atravessam a membrana de BOWMAN.

Trabalhos de MOACYR ALVARO (11) feitos sôbre cortes de peças por êle colecionadas, confirmam os estudos anteriores de SCHÖENIGER, REDESLOB e outros, mostrando que “os pontos de infiltração da córnea são representados por pequenas néo-formações em forma de bolhas localizadas nos pontos em que terminações nervosas atravessam a membrana de BOWMAN”.

Aliás, desde HÜBNER, em 1897, TRAPEZONTIAN em 1901 e BISTIS em 1926 (12) que uma peculiar transformação de natureza degenerativa na córnea, às vezes precedendo o pterígio constituído, era constantemente anotada.

O exame à lâmpada de fenda, segundo MERIGOT DE TREIGNY (13) é de capital importância, tanto no ponto de vista do diagnóstico positivo como para saber se o pterígio é ou não progressivo, pois quanto mais numerosas e volumosas são as ilhotas de SCHÖENIGER tanto mais ativa em seu crescimento deve ser a afecção. Além disso, verifica-se uma formação opalina correspondente à cabeça do pterígio e, de maneira inconstante, lesões epiteliais anteriores da córnea, discerníveis à fluoresceína.

DIAGNÓSTICO — A séde, a fôrma típica, as características anatômicas e a história clínica do desenvolvimento do pterígio facilitam, extraordinariamente, o seu diagnóstico que se torna de certeza com o exame bio-microscópico. Destarte, dêle podemos diferenciar a esclerite, os tumores epibulbares, o pênfigo conjuntival, as flictenas limbicas e os pseudo-pterígios ou cicatrizes conjuntivais pterigóides, devidas a uma prega conjuntival fixada a uma superfície da córnea por ocasião de uma lesão esfoliativa de lâminas dessa membrana; erosão, úlcera, causticação, ferimento cortante, queimadura, etc. O pseudopterígio que pode ocupar qualquer posição, além da área da fenda palpebral, pode ter fôrma não triangular e, quando oferece essa morfologia, tem uma cabeça irregular, não arredondada quase sempre, pouco

vascularizada e deixa passar, por baixo do seu pretense colo, uma sonda fina de um lado ao outro, na maioria das vezes.

No verdadeiro pterígio evoluido, além da forma triangular, na sua localização clássica, reconhecem-se na formação patológica 2 bordos com 2 goteiras, superior e inferior, em que a sonda pode penetrar mas não atravessar, vascularização seguindo a direção longitudinal e pregueamentos da conjuntiva que convergem para a cabeça, assim como espessamento da conjuntiva correspondente ao corpo do pterígio, que se torna mais frouxa, mais móvel do que a normal, bulbar.

Na história clínica, vamos encontrar a lentidão de desenvolvimento da afecção, sempre no sentido de uma extensão corneana, com poucos incômodos oculares, anunciados por pequenos acessos de irritação conjuntival, angular, vermelhidão e escassa secreção catarral, a esse nível.

LESÕES — Além das produções macroscópicas que podemos apreciar e das alterações bio-microscópicas já descritas, há lesões microscópicas dignas de nota.

Desde pelo menos 1875 que HORNER chamava a atenção para as pequenas lesões corneanas que permitiam o avanço da conjuntiva sobre a córnea.

E do mesmo parecer eram, segundo PANAS (14), ARLT, SAE-MISCH, ARLT e GOLDDZIEHER que colocavam o pterígio no quadro das afecções da córnea.

ARLT, em cortes de conjunto, compreendendo pterígio e olho, indicava lesões da córnea com rutura da membrana de BOWMAN que, enrolada, era enterrada em uma massa epitelial em via de regressão situada entre o córion conjuntival e as camadas profundas, normais da córnea.

GOLDZIEHER, em exame histológico de um olho com pterígio, verificou espessamento do epitélio ao nível da cabeça da afecção com destacamento e rutura da membrana de BOWMAN e néo-formação, à custa do estroma corneano, de uma camada de espessas fibras, com núcleos abundantes. Afinal FUCHS, após centenas de exames, não encontrando lesões ulcerativas da córnea, verifica pequenas manchas cinza-pérola, que encara como focos iniciais.

Os estudos de REDESLOB, TREIGNY e SCHÖENIGER nos mostram a perfeita constituição dessas ilhotas de FUCHS. Trata-se de uma massa vesicular, não coravel e sempre em conexão com a emergência

de um pequeno tubo nervoso que acaba de atravessar a membrana de BOWMAN (Figs. 1 e 2). Quadro I.

QUADRO I



1º estágio da ilha de Fuchs
A membrana de Bowman atravessada por um filete nervoso. No orifício superior uma célula migradora e um espaço claro—
(Merigot de Treigny)

Fig. 1



Estádio terminal da ilha de Fuchs. A massa das ilhas levanta a superfície epitelial.
(Léni Schöniger)

Fig. 2

A camada epitelial difere nas partes conjuntival e corneana e, às vezes, se encontram células estelares que, para MAYER, seriam de natureza epitelial, em via de metamorfose regressiva.

Quanto ao estroma pterigiano seria o mesmo da conjuntiva apenas mais fibrilar e mais rico em células migradoras, contendo vasos conjuntivos de grandes malhas, com infiltração inflamatória em alguns casos e sem nenhuma em outros.

FREQUÊNCIA DO PTERÍGIO — Na Europa o pterígio é tido como entidade nosológica relativamente pouco frequente, atingindo em França, segundo MERIGOT DE TREIGNY (15) a 0,37 % apenas. A velha afirmativa, de 121 anos atrás, feita por HEINEKEN (16) de que o pterígio é tão comum na Madeira que merece o epíteto de *endêmico* naquela ilha, onde existiria em mais de 50 % da população, já foi refutada por A. RODRIGUES (17) o qual diz que, em 18 anos de prática oculística, só ali encontrou menos de 15 % desta afecção entre todas as outras oculares por ele vistas.

Na América, na Austrália, na África e na Ásia, o pterígio é comumente encontrado em vários países desses continentes. No Brasil sua frequência é bastante grande, o que já tem chamado a atenção de oculistas patrícios e alienígenas.

CAUSAS — Um dos pontos mais discutidos no estudo do pterígio é o de sua etiologia. Teorias várias têm sido arquitetadas para a explicação da natureza do processo dá lugar a esta lesão e que determina a invasão corneana.

Uma das mais antigas, a inflamatória, supõe a existência de uma inflamação da conjuntiva e de pequenas ulcerações crônicas do limbo. Defendida por SCARPA, ARLT, HISCHEBERG, VON GRAEFE, etc., não tem,

contudo, uma base histo-patológica, em muitos sem inflamação conjuntival e em todos sem ulcerações da córnea, segundo os trabalhos de FUCHS.

Este, por sua vez, fundando a teoria pinguecular, segundo a qual todo pterígio seria derivado de uma pinguécula degenerada, tem a contradição de vários autores que apontam inúmeros casos de pterígios não precedidos de pinguécula. No número destes está HUBNER. Outros admitem, apenas, coincidência frequente.

REDESLOB renovou a teoria tumoral, baseada em recidivas operatórias e aparente malignidade do pterígio e procurou assemelhar este com um fibroma.

LEMOINE e VALOIS pensam em uma perturbação trófica, sugestão já assinalada por FUCHS e apoiada por PANAS, sob o caráter de uma lesão involutiva tal como acontece com o gerontoxon, a pinguécula, as alterações verrucosas senis da lâmina vítrea e do nervo ótico.

Esta patogenia estaria de acordo com vários fatos: ausência, na maioria das vezes, de inflamação verdadeira; maior frequência da afecção nos indivíduos de mais de 40 anos, ficando as exceções a cargo de predisposições individuais e concorrência de outros fatores como artrismo, alcoolismo, etc. Modernamente, DIMITRI já está evoluindo para uma lipidiose. Veremos isso adiante.

PANAS não se recusa a admitir a ação de irritantes locais como o vento, o pó, a lagrimação persistente, etc. mas os considera secundários. MORAX, no capítulo sobre o pterígio, da Enciclopédia Francesa de Oftalmologia, acha que "tudo o que se tem dito sobre as influências climatéricas ou outras no desenvolvimento do pterígio deve ser considerado como pura hipótese e não merece ser assinalado".

BECKER, STRAUB, BISTIS e RODRIGUES não dão maior importância ao pó (RUATA).

Entretanto, a maioria dos autores que têm longa prática da patologia oftalmológica tropical, com ELLIOT e RUATA à frente, insiste sobre o papel preponderante desses fatores. Segundo RUATA (18) a explicação de ELLIOT sobre o desenvolvimento, quase constante do pterígio do lado interno do olho, é dada pelo fato de que as lágrimas, limpando a superfície da conjuntiva das partículas de pó que aí penetram, as reúnem e as lançam para o lado das vias de excreção, no ângulo interno, produzindo uma irritação mecânica, sobretudo da conjuntiva bulbar, do lado nasal.

SACHSALBER chegou mesmo a criar uma patogenia da pinguécula e do pterígio segundo a qual eles resultariam do atrito repetido exer-

cido sobre a conjuntiva bulbar, nasal, por finos pêlos da carúncula, o que não explicaria a existência dessas afecções no lado temporal.

RUATA assinala ainda a presença do diplobacilo de MORAX-AXENFELD em cerca de 70 % dos casos de pterígio por ele examinados em sua longa permanência no Oriente, ascendendo sua estatística a centenas de exames. Julga que o pó e vento representam uma importante ação mecânica, talvez mesmo química, que predispõe para a infecção, agravando ainda a inflamação local.

Entre nós essa influência do pó, do vento e do calor tem sido constantemente incriminada e a maior frequência da afecção nas margens dos grandes rios e nos altiplanos subtropicais é apontada, comumente.

Em relação à concomitância da conjuntivite diplobacilar não conhecemos estatísticas nacionais a respeito, havendo em nossas observações citadas, sobre 46 casos, 31 desta conjuntivite e 15 sem ela.

DIPONEGORO e HOUWER (19) incriminaram as radiações infravermelhas como o mais importante fator etiológico dando pouco valor às irritações pelo pó, vento e estado higrométrico do ar.

Afinal, alguns chegam mesmo a estabelecer uma relação de hereditariedade dominante no pterígio, como faz STREBEL, J. (20), que, em uma árvore genealógica de uma família, aponta a hereditariedade dominante da afecção em 3 gerações.

TRATAMENTO — Firmado o diagnóstico de um vero pterígio e, sobretudo quando o avanço de sua cabeça sobre a córnea já ultrapassa de alguns milímetros o limbo corneano, os oculistas, em geral, fazem a indicação operatória da afecção.

Entretanto, nem sempre foi assim, havendo, no passado, uma longa disputa em torno do tratamento médico-medicamentoso do pterígio com afirmativas de curas radicais em muitos casos. Parece não ser lícito descrever, por completo, dêsses depoimentos que envolvem nomes como o de DECONDÉ, MACKENZIE e outros mas pensar antes nas exceções que ocorrem, por vezes, na marcha, progressão, estacionamento e até mesmo regressão do pterígio. Em nossa própria estatística, citada, tivemos um caso de pterígio interno do olho direito, com triquiase das pálpebras inferiores de ambos os lados e conjuntivite sub-aguda. Feita a elétricoagulação dos cílios em triquiase e tratada a conjuntivite com sulfato de zinco e resorcina, a doente, sentindo-se melhor, desaparece do ambulatório receando a operação indicada. Dois anos e meio depois volta com um novo surto de conjuntivite,

notando-se que o pterígio do olho direito havia desaparecido, deixando apenas tênue opacidade corneana avançando cerca de um milímetro para o centro, no diâmetro horizontal da córnea. Instada para confessar haver sido submetida a uma operação, sempre negou o fato de que dizia ter grande receio.

O Prof. MOACYR E. ALVARO, nos seus "Estudos sobre o pterygium" (21), observando sistematicamente à lâmpada de fenda 153 doentes da afecção, notou o desaparecimento de vasos néo-formados e de pontos de infiltração, isolados, na córnea em direção aos quais se movimentam, muitas vezes, as "pontas de chama" da zona acinzentada pterigiana, à medida que se tratava o doente corrigindo-lhe eventual defeito de refração, eliminando uma conjuntivite, etc. Notou ainda que a própria vascularização do pterígio ia diminuindo até desaparecer a hiperhemia deixando-o branco e com orla estreita.

Os tratadistas aconselham a só operar os pterígios seguramente progressivos e MERIGOT DE TREIGNY (loc. cit.) lembra a opinião de WEEKERS, segundo a qual a maioria dos casos evolue de tal sorte que o tratamento médico é suficiente e que se deve recordar ser uma operação inútil ou mal executada, um verdadeiro "golpe de chicote" para um pterígio.

E' preciso ainda anotar-se que estudos modernos sobre a natureza química do pterígio nos acenam com a possibilidade do tratamento medicamentoso da afecção de modo até há pouco desconhecido.

BEARD, H. H. e DIMITRY, TH. J. (22), estudando a constituição química do pterígio, verificaram que cerca de 50 % de seu material estrutural é constituído por substâncias solúveis no clorofórmio, talvez gorduras ou ácidos gordurosos, que, ao se esgotarem no clorofórmio, deixam o resíduo pterigiano semi-transparente.

Que a aplicação tópica do cloreto de colina, sólido, na cabeça do pterígio, trazia mudanças anunciadas por grande engorgitamento dos vasos sanguíneos, no corpo da excrecência e desaparecimento das substâncias gordurosas e que a formação e transporte de fosfo-lipídios ocorrem tal como quando a colina remove as substâncias gordurosas do fígado (ação lipotrópica de BEST).

Acham, por isso, justificavel a pergunta: — "E' a formação do pterígio devida a uma deficiência de colina no adulto?" respondendo eles mesmos ser isto possível, pois a colina dá resultados que classificam como dramáticos.

A utilização da diatermo-coagulação no tratamento da afecção deu bons resultados a MONBRUN, embora não tenha impedido as reincidências temidas. Entre nós é partidário dessa fisioterapêutica o

Dr. TEONILLO AMORIM (23) que adota uma técnica especial com um eletrodo indiferente, em forma de alça circundante da massa pterigiana, sobre a qual aplica a ponta do eletrodo ativo, coagulando-a sob a ação de uma corrente de 100 miliampères, aproximadamente. Julga-a sem perigo, obtendo sequência operatória rápida e recidivas menos frequentes.

Em matéria de persistência e paciência, tanto para o médico como para o doente, parece-me que o *record* foi batido, no tocante ao tratamento fisioterápico, pelo Dr. WILLIAM C. FINOFF que apresentou à Sociedade Oftalmológica do Colorado, como seu presidente, em 21 de novembro de 1931, o caso de um paciente com um extenso e espesso pterígio recorrente, mostrado um ano antes àquela Sociedade e tratado depois pela aplicação de um *termóforo* a 138° F.

Dividindo o pterígio em 3 partes, para fins de tratamento, tocava, alternativamente, em cada parte com a ponta do termóforo por cerca de uma vez em 3 semanas. Edemas, hemorragias e obliteração de paredes vasculares resultavam do toque e duravam 10 dias.

Com a continuação do tratamento o pterígio mostrou-se delgado e pouco vascularizado, passando de caso sem esperança, no seu dizer, a aspeto muito melhor, inclusive quanto à visão (24).

Também o Dr. DANIEL B. KIRBY (25) empregou um novo método para excisão elétrico-cirúrgica do pterígio, usando a corrente de alta frequência. Após anestesia local, instilação-infiltração de novocaina, descola a cabeça e liberta o pescoço da excrescência bem como o seu corpo, fazendo 2 secções lineares, acima e abaixo da conjuntiva aderente, em direção à prega semi-lunar até a base pterigiana, que é atravessada por agulhas, pelas quais passa a corrente de alta frequência até coagular o tecido. Excisa este tecido até 1/2 milímetro da base coagulada e recobre a esclera desnuda com conjuntiva sã. Diz ter obtido ótimos resultados durante 5 anos de aplicação da técnica.

Contudo ainda é do consenso majoritário que a terapêutica mais segura do pterígio progressivo é a cirúrgica a que tem recorrido os oculistas de todos os tempos desde CELSO com seu gancho pontudo e sua alça de fio, passando por AETIUS e PAULO D'EGINA, que usavam uma crina de cavalo até ACREL que foi o primeiro a circunscrever a cabeça do pterígio com o bisturi, retirando-o, por completo, em 1771.

Daí por diante os métodos e modificações cirúrgicas têm se multiplicado, rapidamente, contentando-se alguns, como RICHTER e SCARPA a fazer a excisão simples da cabeça enquanto outros como COCCIUS, em primeiro lugar, recorria à sutura dos lábios da ferida conjuntival após a extirpação da massa pterigiana, segundo nos informa RUET

em 1854; enquanto ARLT e PAGENSTECHER assim como GALEZOWSKI deixavam-na em seu lugar, recuada para o lado da base.

DESMARRES, pai, em 1855, tendo em vista que o pterígio é, em suma, a própria conjuntiva pouco alterada, resolve utilizá-lo para recobrimento da esclera em operação que imaginou e cujas pequenas modificações, inclusive a de MAC-REYNOLDS, têm concorrido para melhorar, sensivelmente, o prognóstico quanto à reincidência do mal. Dentre elas, uma das mais interessantes é a de HUG MILLER (descrita em Am. Jour. of Opht., Série 3, Vol. 20, 1937, p. 165).

Embora o autor afirme que as recidivas são reduzidas ao mínimo, resta, entretanto, muitas vezes, especialmente nos pterígios volumosos, um aspéto desgracioso post-operatório, pois que, havendo apenas mudado de lugar, permanecem êles visíveis em sua totalidade, por bastante tempo, até que se atrofiem.

Ora sabemos quanto o lado estético é reclamado pelos clientes e mais pelas clientes que procuram, por vezes, o oculista com um fim puramente cosmético, exigindo a retirada de pterígios estacionários, não incomodativos e não prejudiciais à visão. Colimando êsse desiderato e, mais, o afan de evitar recidivas, inúmeras são as técnicas operatórias propostas cuja descrição seria impossível dentro dos limites dêste trabalho. Por isso limitar-me-ei a indicar algumas mais originais ou mais eficientes no conceito estatístico ou clínico dos respectivos autores.

Abandonadas que foram as operações de recuo simples e da ligadura do pterígio, ficaram em campo apenas as excisões, as resecções submucosas, as transplantações, as autoplastias e os enxertos como meios terapêutico-cirúrgicos.

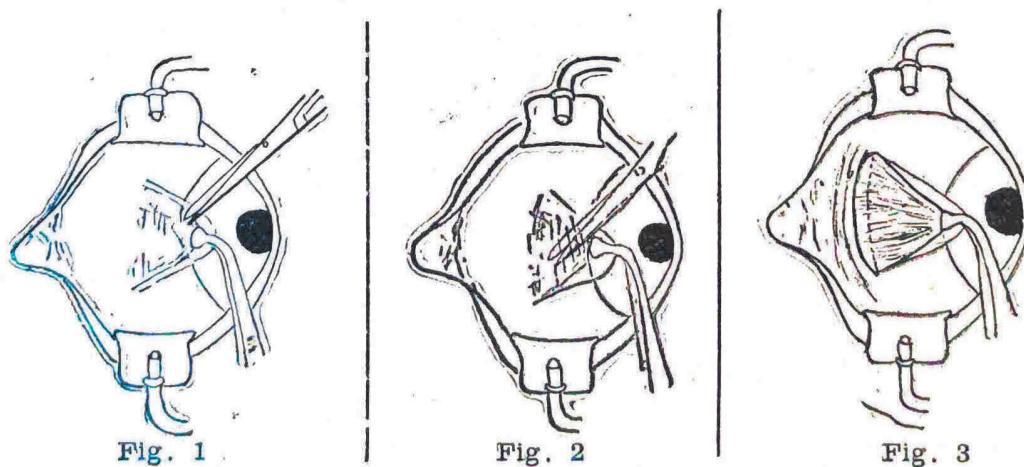
EXCISÕES — As excisões simples, sómente da cabeça pterigiana, têm rareado cada vez mais enquanto as excisões do pterígio por inteiro, com ou sem sutura do lábio conjuntival, ainda são largamente usadas, sobretudo pelos operadores ocasionais ou principiantes, dada a facilidade de sua execução. Entretanto parecem dar o maior contingente de recidivas e de retrações conjuntivais pelo que figuram em minoria nos centros cirúrgicos e oftalmológicos.

RESECÇÕES SUBMUCOSAS — As resecções submucosas do pterígio foram atualizadas entre nós pela paciente observação e tino clínico do grande oculista brasileiro, Dr. EDILBERTO CAMPOS que, sem suspeitar de trabalhos semelhantes aos seus, idealizou uma técnica perfeita, lógica e cirurgicamente, que tão grandes vantagens trouxe à terapêutica da afecção.

Foi em 30 de agosto de 1936 que sua primeira comunicação, sob o título de “Nova Orientação na Operação do Pterígio” (reseção sub-mucosa) (26) é levada ao conhecimento da Sociedade Brasileira de Oftalmologia e, em 3 de setembro do mesmo ano, à Academia Nacional de Medicina. Baseando seu trabalho em 66 observações, resume a sua operação da seguinte maneira: “Após ter destacado, cuidadosamente a cabeça do pterígio, prende-se esta entre os dentes de uma larga pinça de fixação, distende-se o triângulo de conjuntiva e, com tesouras rombas bem amoladas, dissecar-se paulatinamente a camada superficial epitélio-adenóide, do pterígio, começando-se muito próximo da pinça e indo até à base do triângulo. Isto feito, resseca-se toda parte submucosa do pterígio que se apresente distendida pela pinça e recobre-se a esclerótica com a lâmina epitelial dissecada. Pode-se, então, suturar o retalho com a episclera por um ponto de colchão, empregando-se fio de cabelo de mulher, dobrado, ou de seda muito fino ou ainda, se se desejar, deixá-lo sem sutura. De qualquer maneira, a cicatrização se faz em todos os casos sem retração e sem maior perigo do que nos antigos processos. As vantagens são:

- a) — nenhuma retração cicatricial por mais largo que seja o pterígio;
- b) — rapidez e simplificação da operação;
- c) — redução da espessura da conjuntiva após a cura;
- d) — muito menos incômodos para os operados do que nas operações plásticas conhecidas, as quais exigem mais pontos de sutura”. (Figuras 1, 2, 3 — Quadro II.)

QUADRO II



Resseção submucosa
Processo Edilberto Campos

Avisado, mais tarde, por colegas amigos, de que já haviam sido publicadas algumas técnicas semelhantes à sua, volta ao assunto, em

1937, publicando sob o título de “Ressecção sub-mucosa do pterígio” (27) um honesto resumo dos trabalhos de WIBO, de Bruxelas, em 1925, sobre o método proposto por ZIEGLER no Congresso Internacional de Washington em 1922; de OTTO EDESKUTY, da Colômbia, publicado em 1934 e de DUQUE ESTRADA (do México), publicado em 1936, os quais, tendo muitos pontos de contáto em face da idéia fundamental, diferem, contudo, um pouco do processo do autor brasileiro, quer na extensão das excisões, quer na espessura da lâmina conjuntiva destinada ao recobrimento da esclera, quer, ainda, quanto aos resultados finais.

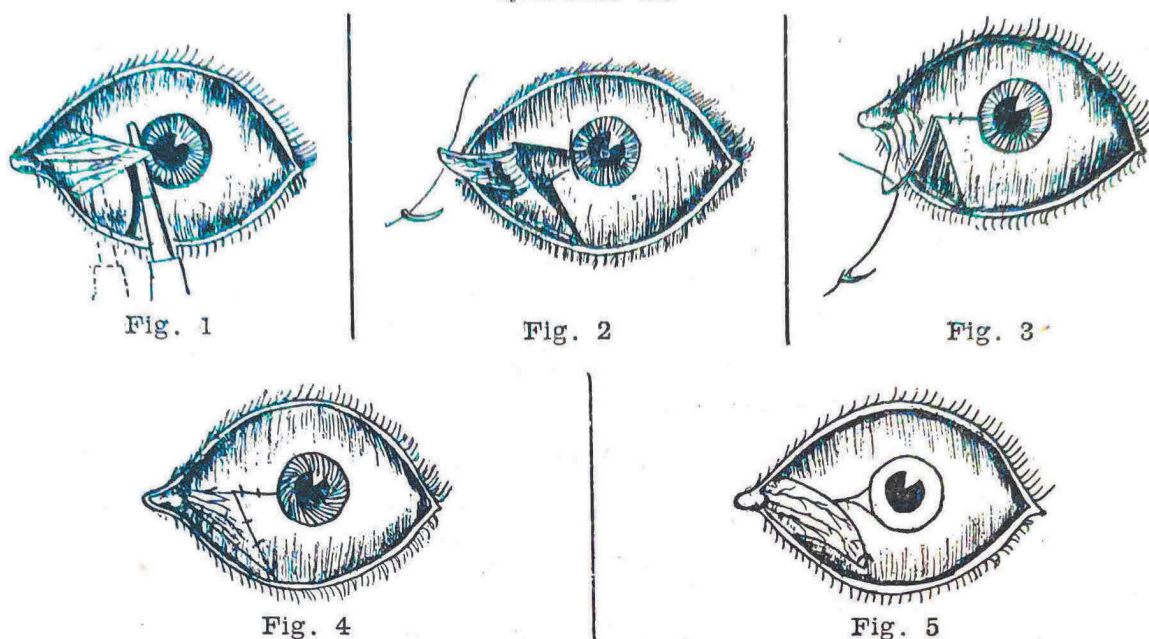
Seja como for, um grande mérito teve o eminente oculista pátrio reacendendo e renovando o interesse por êsse método operatório o qual, com suas modificações, seus conselhos e suas observações posteriores, tão bons resultados tem trazido à solução do problema, sempre atual, da eliminação de um pterígio. Em suas mãos a questão da recidiva baixou a um nível tal que, em 1939, em trabalho apresentado de colaboração com o Dr. EVALDO CAMPOS, ao 3.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia, em Belo-Horizonte, (28) puderam os autores afirmar que, sobre 200 operações de pterígio pela ressecção sub-mucosa, apenas houve 7,5 % de reincidências e que estas baixavam à medida que a técnica se aperfeiçoava, tanto que, nos últimos 150 operados, a porcentagem mínima, nos casos revistos, fôra de 3,33 %.

Isto mostra ser bem justa a designação que quase todos os oculistas brasileiros dão a essa intervenção cirúrgica, pelo nome do seu autor e criador, entre nós.

Pessoalmente, tenho obtido os melhores resultados do uso dessa técnica com o menor número de reincidências além das outras vantagens apontadas pelo iniciador da mesma, ficando-me a impressão de que é de mister maior generalização do processo para que depoimentos semelhantes sejam trazidos à publicidade.

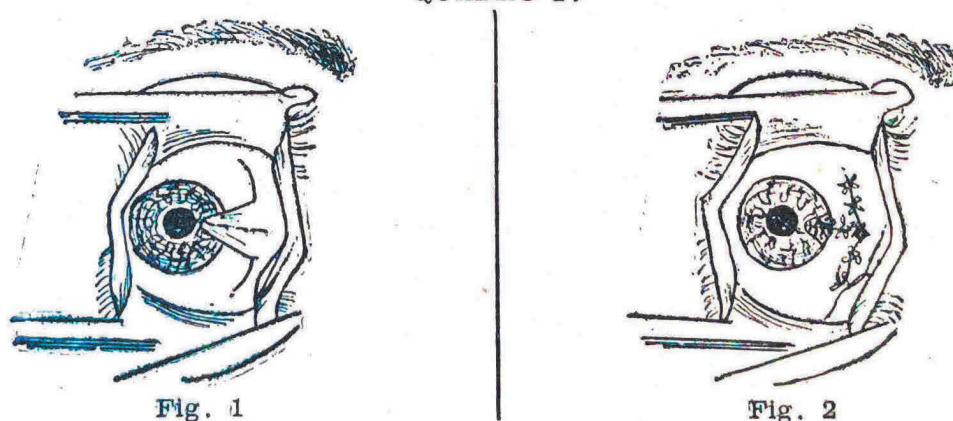
TRANSPLANTAÇÕES — O tipo fundamental das intervenções cirúrgicas, chamadas de transplantações ou desvios do pterígio, foi a operação de DESMARRES, pai, por êle ideada, por não se satisfazer com os outros processos em voga. Destacava toda a massa pterigiana e incisava os bordos superior e inferior até sua base, de cuja extremidade inferior fazia partir outra incisão, paralela ao limbo e dêle distante cerca de 4 milímetros, numa extensão de 10 a 15 milímetros. Dissecados os lábios dessa incisão, a cabeça do pterígio é fixada por um ponto de sutura na vértice inferior da mesma e os dois lábios da mucosa suturados pela frente por um ou dois pontos. (Quadro III — Figs. 1 a 5.)

QUADRO III

Oper. de DESMARRES-
AUG. MILLIER

A área desnuda é também recoberta por uma ou 2 suturas que aproximam os 2 lábios conjuntivais, visinhos (29). Uma das modificações a êsse processo foi a instituída por KNAPP que dividia longitudinalmente o pterígio dissecado em duas metades e praticava, para cima e para baixo, uma incisão conjuntival paralela ao limbo corneano em cada uma, fixando a metade respectiva da excrescência e suturando os lábios da mucosa (Figs. 1 e 2 — Quadro IV).

QUADRO IV



Processo de KNAPPS

MAC REYNOLDS, com pequena variante, generalizou, entretanto, o processo primitivo, pois, segundo WIENER-ALVIS (30), a técnica daquele autor tornou-se quase unanimemente usada na América. Destacando a excrescência, tal como DESMARRES, descolava a conjuntiva para baixo dela e no sentido do plano mediano, formando um tunel sob o qual sepultava a cabeça do pterígio e parte de seu corpo, fixando

aquela por um ponto de sutura feito com um fio de seda, armado com 2 agulhas. Embora haja quem repete, ao que parece, com razão, de ilógico, anti-cirúrgico e anti-anatômico semelhante processo, por se afrontarem duas superfícies, uma recoberta de epitélio e outra sangrenta, que só após maceração e reação inflamatória poderão se unir, a verdade é que grandes estatísticas são publicadas louvando os resultados obtidos com o mesmo.

Há, nesta técnica, como também nas outras, um cuidado especial a se observar, segundo o bom conselho de MAGGIORE (31): verificar, anteriormente, como regra absoluta, a possibilidade da existência de uma conjuntivite ou uma dacriocistite que podem infectar a área de córnea desnuda ou o tunel conjuntival a se fazer, ainda facilitando a reincidência.

OPERAÇÕES PLÁSTICAS — Várias operações plásticas têm sido propostas para a cura cirúrgica do pterígio.

A mais conhecida e mais vulgarizada, inicialmente, foi a de TERSON, descrita para a localização interna e que procurava evitar a reincidência facilitada por uma cicatriz situada na direção do antigo pterígio, para isso substituindo toda conjuntiva doente por uma autoplastia, por escorregamento, de conjuntiva sã.

Da técnica, muito simples, consta, em primeiro lugar, a excisão retangular do pterígio, começando por pregar sua base entre os dentes de uma pinça, à distância razoável da carúncula e incisá-la no sentido vertical, formando o lado interno do retângulo. Seguindo uma linha que continuasse a do terço superior da córnea, faz outra incisão partindo da extremidade superior do lado interno e indo até à córnea. Quanto à secção do lado inferior, será orientada pela extensão do mal, mais ou menos paralela à superior, vindo da extremidade inferior da linha vertical de incisão até o limbo, completando o quadrilátero.

Dissecada toda a massa pterigiana e destacado seu ápice da córnea, a sua superfície de implantação será cuidadosamente curetada e, até mesmo, gálvano-cauterizados os pontos opacos não susceptíveis de sair com a raspagem, aplicando a ponta rubra do instrumento, com moderação e não muito proximamente, de cada vez.

Em um terceiro tempo, liberta, com incisões paralelas ao limbo, um retalho conjuntival suficiente para se adaptar à superfície desnuda, fixando-o com pontos episclero-conjuntivais no lábio superior do retângulo, para evitar sua descida da alta situação em que deve ficar e onde será recoberto, em parte, pela pálpebra superior. Segundo

TERRIEN (32) os resultados imediatos são excelentes e os tardios parecem superiores aos dados por outros processos.

O próprio TERSON introduziu uma modificação ao seu método retirando, na parte superior uma pequena rodela de tecido corneano, igual a que subtrai pelo trépano ao nível da cabeça do pterígio e trocando os 2 discos de logar.

PROCESSO A. PAULO FILHO — Seguindo a idéia básica de TERSON, foi proposta e publicada entre nós, pelo Dr. A. PAULO FILHO (33) uma engenhosa técnica para a cura cirúrgica do pterígio, com minúcias e variantes oftalmo-cirúrgicas que a individualizam e caracterizam.

Como o próprio autor o diz: “O processo operatório que ora nos interessa é uma variante do método de excisão do pterígio e recobrimento da área escleral exposta por meio de um retalho conjuntival, superior, adelgado ou desbastado e abaixado para a realização das suturas. (Autoplastia por escorregamento)”.

Em sua execução, adota a seriação seguinte:

“1.º) — Secção ou desinserção do segmento apical do pterígio, de modo a deixar a córnea livre de qualquer vestígio daquela hiperplasia.

2.º) — Remoção definitiva deste mesmo segmento, após libertação dos planos sotopostos.

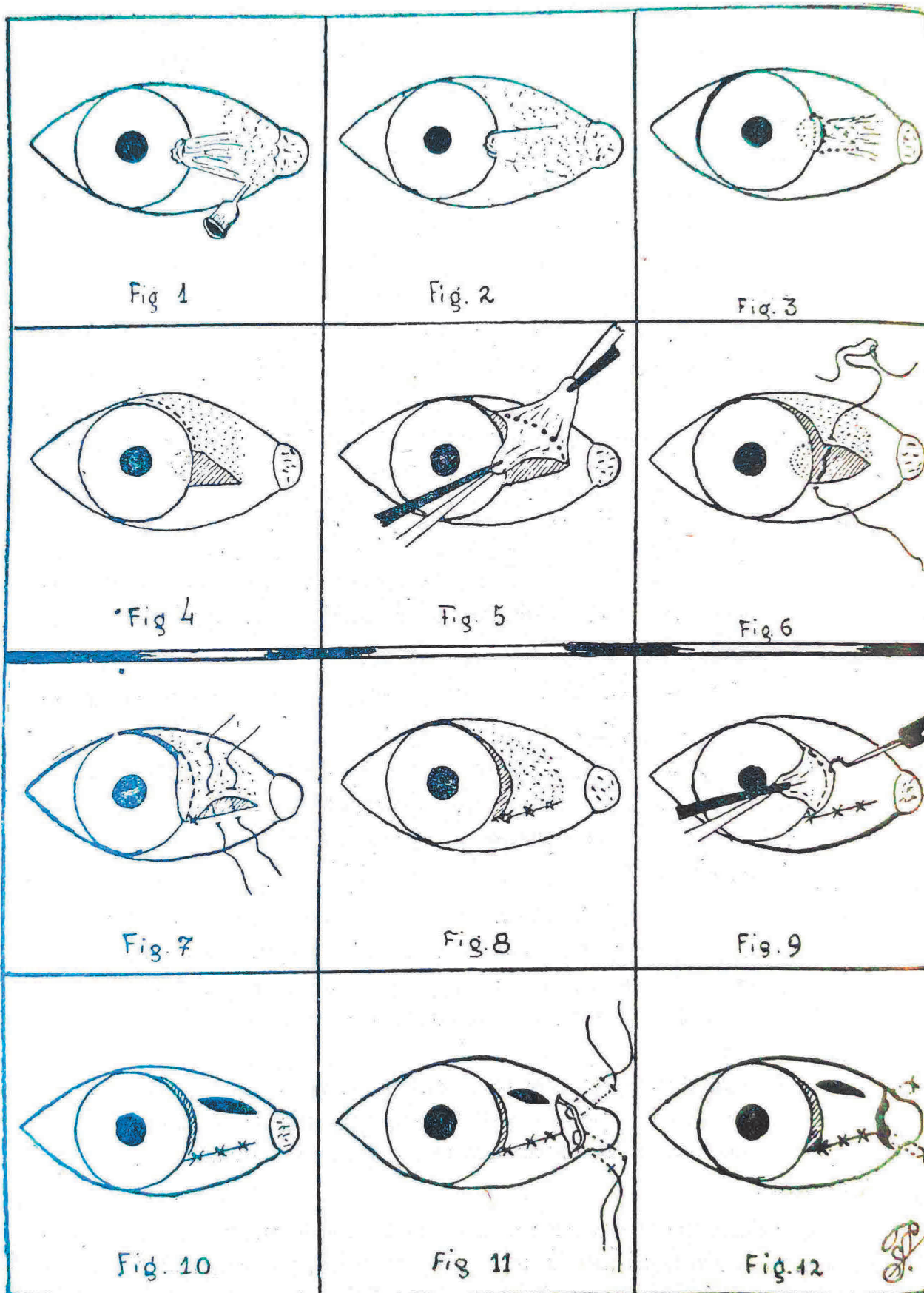
3.º) — Desbastamento máximo do retalho conjuntival a ser aproveitado de modo que fique aderente ao epitélio estratificado da mucosa apenas delgada camada de tecido conjuntivo-coreal.

4.º) — Ajustamento dos lábios da mucosa por meio de 2 ou 3 pontos, de modo que a futura linha de cicatrização fique oculta atrás da pálpebra inferior, sem exercer trações fortes sobre o retalho conjuntival deslizado.”

Em caso de exagerada tensão mucosa, que possa ameaçar a ruptura desta ao nível dos pontos esclero-conjuntivais, pratica ainda uma incisão em botoeira, milímetros acima da linha de sutura da conjuntiva deslizada.

Para refazer a prega semi-lunar em casos de pterígios volumosos e deformantes ainda ajunta uma incisão vertical, perpendicular à linha de sutura primitiva e, com 2 pontos em “U”, passando pela região

QUADRO V.



caruncular, amarrados na pele da região pré-sacular, invagina ou se-
pulta o retalho interno, constituído após a secção conjuntival.

Está visto que o processo é descrito para o pterígio interno, como
se verifica nos desenhos do autor patrício (Figs. do Quadro V).

PROCESSO GOMEZ-MARQUEZ — Interessante processo operatório
contra o pterígio foi o descrito pelo Dr. GOMEZ-MARQUEZ, perante a
XVI Assembléia da Sociedade Oftalmológica Híspano-Americana (34).

Parte da consideração de que, em última análise, essa afecção
deve ser aproximada mais dos tumores do que de qualquer outra lesão
orgânica, visto “sua relação etiológica, evidente, com irritações ocula-
res, crônicas; seu carater de néo-formação conjuntivo-fibrilar; sua
tendência a crescer e invadir a córnea; sua propensão para persistir,
crescer e reproduzir-se uma vez extirpado; a frequência com que em
sua massa aparecem degenerações quísticas”, fatos que pertencem, por
completo, ao quadro das neoplasias e ao conceito fundamental de
tumor, segundo a clássica definição de CORNIL e RANVIER, isto é,
“TÔDA MASSA CONSTITUIDA POR UM TECIDO DE NOVA
FORMAÇÃO QUE APRESENTA TENDÊNCIA A CRESCER
E PERSISTIR”.

Embora sua fôrma de membrana triangular, semitransparente e
sua maneira especialíssima de crescer difiram, notavelmente, das néo-
formações tumorais, guarda êle, entretanto, “o carater neoplástico que
lhe é inherente por sua condição DE MASSA NEOFORMADA
QUE PERSISTE E CRESCE”.

Destarte, julga o autor que deve ser tratado como um tumor, isto
é, extirpado na totalidade de sua massa e ainda com uma porção da
conjuntiva sã que o circunda, visto como, em sua opinião, o pterígio
só teria possibilidades de reprodução se permanecessem células tumo-
rais que entrassem em contáto com a conjuntiva limbar.

Argumenta com o fato de que as intervenções de TERSON, HOTZ
e DUVERGER, etc., intuitivamente, pois que êles não o expressam de
modo categórico, baseiam-se no receio que têm êsses autores de con-
táto dos bordos da exereze com o limbo, na suspeição de que aqueles
possuem células capazes de renovar a néo-formação. E pergunta: —
“que são células que originam néo-formações orgânicas não fisioló-
gicas, senão células neoplásicas?”

Por isto resolveu extirpar, o mais radicalmente possível, do vér-
tice à base, tudo que lhe pareça tumor bem como a conjuntiva em que
esta se assenta desde o limbo nasal até à carúncula, recobrando a fe-
rida aberta em conjuntiva sã, bulbar, do olho oposto.

A operação se faz nos seguintes tempos:

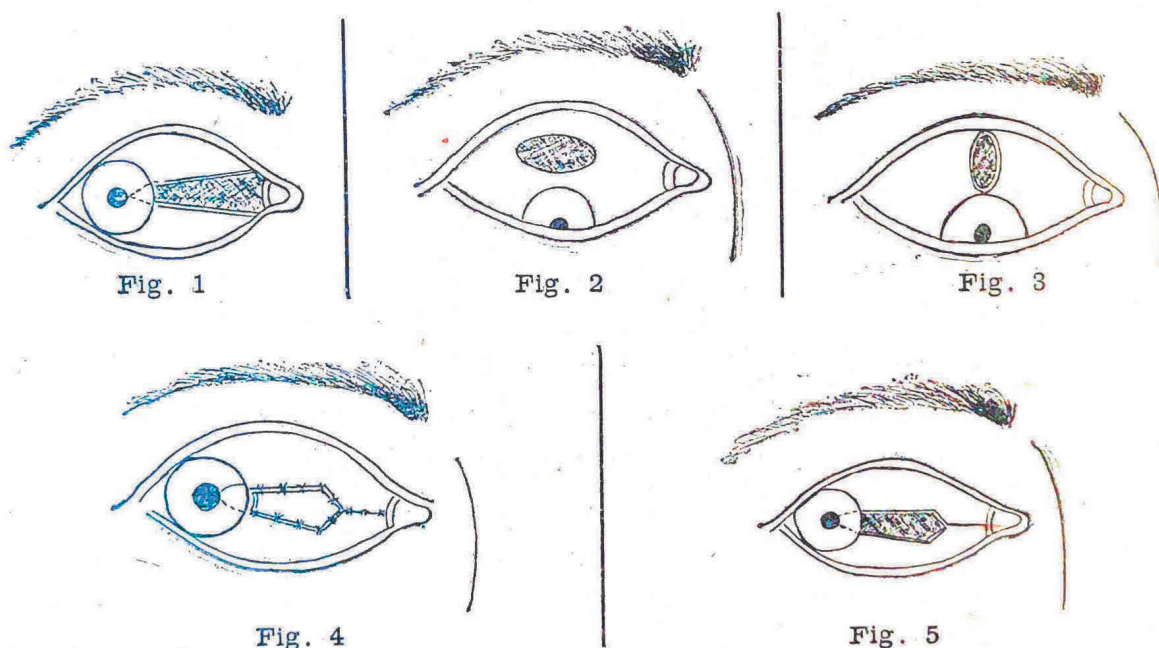
1.º) — Após prévia anestesia cocaínica, de ambos os olhos, ablação do pterígio com lâminas superficiais da córnea, deixando a ferida constituída de tecidos sãos; o corte da base deve ser rente à carúncula (Fig. 1);

2.º) — retirada de um retalho oval, do olho são, na proximidade do fundo de saco conjuntival superior, com grande eixo horizontal, quando há abundância de tecido no fórnice superior ou de grande eixo vertical no caso contrário (Figs. 2 e 3) Quadro n.º V;

3.º) — fixação, por pontos de sutura, do retalho aos bordos da superfície cruenta (Fig. 4);

4.º) — libertação da conjuntiva, na ferida do olho congênere, aproximação dos bordos e sutura para recobrir a perda de substância.

QUADRO VI



Processo de GOMEZ-MARQUEZ

No caso de escassa conjuntiva no olho oposto (conjuntivites crônicas, especialmente tracoma com retração cicatricial) o autor deslisa a parte mais interna dos bordos da ferida operatória e a sutura, diminuindo assim a superfície a ser recoberta pela conjuntiva do lado são, que é sempre a preferida por não ter suspeita de neoplasia (Fig. 5).

E' assinalada a dificuldade do processo mas, absoluto êxito quanto a recidivas.

OPERAÇÃO DE BLATT — Uma original técnica foi proposta por BLATT (35) em 1932 e denominada reimplantação do pterígio.

Achando o autor que, quando o pterígio é tratado pelos antigos métodos cirúrgicos resulta, frequentemente, desgraciosas irregularidades da conjuntiva, ideiou um método que dá superfícies lisas, praticamente não diferenciáveis da conjuntiva normal. Para isso destaca o pescoço e corta a cabeça do pterígio, cureta a superfície corneana por ela invadida, até torná-la bem transparente e, com 2 incisões, partindo do limbo, liberta tôda a massa pterigiana até sua base, formando, com esta, um retalho quadrangular. Coloca 4 fios de sutura, um em cada ângulo, corta a base e inverte o retalho, suturando aquela para o lado da córnea. Se não há necrose, os pontos podem ser retirados no 5.º dia.

Dá um grande valor estético a essa nova operação mas não nos diz dos resultados quanto às reincidências.

OPERAÇÃO DE H. ARRUGA — No número das operações plásticas contra o pterígio, amparada pelo grande nome e alto tirocínio cirúrgico de seu autor, está a que é preconizada por HERMENEGILDO ARRUGA, justificada, segundo seus argumentos, especialmente nos países tropicais, onde, em certas regiões, cêrca de 15 a 20 % de indivíduos adultos são portadôres de pterígio, ainda que em mínimo grau, no seu dizer, em ambos os olhos.

Verificando que muitos indivíduos, mesmo não tendo o pterígio, exibiam, contudo, a conjuntiva bulbar, em contáto com o ar e com a luz, muito espêssa, notadamente em sua parte interna, veio-lhe a idéia de que êsse espessamento favorecia a presença ou desenvolvimento daquela excrescência. Por isso, resolveu empregar um processo operatório baseado na substituição de tôda a conjuntiva hipertrofiada por conjuntiva delgada e sã, obtendo "com êle, resultados melhores do que com as técnicas mais usadas, especialmente: com implantação para baixo ou para cima do vértice do pterígio e com a plastia da mucosa labial" (36).

Segundo sua descrição, desenvolve-se a intervenção nos seguintes tempos:

- a) — "Tinge-se, com uma solução alcoólica de violeta de gen-
ciana a 10 %, a conjuntiva da parte superior do globo

ocular em uma extensão aproximada a que assinala a figura I (superfície ponteadas) dependendo a dita extensão da quantidade de conjuntiva que se quer extirpar na base do pterígio; (Quadro n.º VII).

- b) — extirpa-se o pterígio começando por seu vértice e continuando a separá-lo da córnea primeiro e da esclerótica depois, em toda a extensão em que a conjuntiva está engrossada, inclusive até a borda da carúncula, si for necessário, como se representa, graficamente, nas figuras 2 e 3;
- c) — pratica-se uma incisão da conjuntiva colorida pela violeta de genciana, levantando um retalho de conjuntiva que se diseca da esclerótica e da cápsula de TENON (fig. 4). Prolonga-se a dissecação para cima e para dentro, na zona da conjuntiva não tingida, para permitir o deslização do retalho conjuntival colorido, para baixo e para dentro, afim-de recobrir toda a esclerótica da base do pterígio, posta a descoberto;
- d) — com um ponto de sutura por seda de espessura média, se faz baixar o retalho de conjuntiva colorida para baixo e para dentro. Este ponto de sutura, assinalado na figura 5, traz o extremo súpero-interno do retalho ao limbo corneano e é o único que exerce tração, pois uma vez amarrado, os bordos do retalho colorido se adaptam sem tração nenhuma aos bordos da ferida conjuntival que ocupava a base carnosa do pterígio." Completa-se a operação com outros pontos de sutura entre os lábios conjuntivais, retirados 4 a 6 dias após. Não se sutura ao nível do limbo corneano da região pterigiana. Os vasos sanguíneos ficam em direção contrária aos que existem na base dos pterígios, o que tem grande importância para o autor.

EXCISÃO COM AUTOPLASTIA MUCOSA (DUVERGER) — Havendo DUVERGER se utilizado de vários processos cirúrgicos contra o pterígio, obtendo quase igual porcentagem de sucessos e insucessos no tocante às reincidências, resolveu instituir nova técnica, fazendo a excisão da massa excrescente e substituindo-a por um retalho mucoso bucal, que retirou do lábio inferior (37).

A execução desta operação clássica e muito divulgada tem de interessante, no 1.º tempo, a retirada, de um só golpe, em bloco, da totalidade do segmento corneano do pterígio, prendendo este pelo pes-

coço, por uma pinça de fixação, a 1 milímetro do limbo esclero-corneano e transfixando-o com uma faca de DE GRAEFE, de corte virado para a córnea e penetrando em suas lâminas superficiais por meio de movimentos de vai-vem.

No 2.º tempo, após dissecação, o corpo do pterígio é seccionado, por tesouras, a meio caminho entre o limbo e a carúncula, deixando uma ferida cruenta, retangular.

No 3.º, uma injeção submucosa de novocaina a 4 % anestesia o terço médio da face interna do lábio inferior, donde será retirado um retalho, fino e delicado, mas íntegro, de 2 a 3 centímetros de extensão sobre um centímetro de largura, alongado sob a forma de um crescente. Lavado em soro fisiológico, é colocado sobre uma lâmina asséptica com a superfície epitelial bem vigiada.

No 4.º tempo, o retalho é cuidadosamente distendido sobre a ferida operatória e suturado por 2 pontos angulares, superior e inferior e fixado sobre a esclerótica por 2 a 3 pontos laterais que o reúnem à conjuntiva restante, deixando-se o bordo corneano livre. Curativo oclusivo simples, sem antissépticos. Na manhã seguinte parece esfacelado mas, 48 horas após, já está vascularizado.

Os fios são retirados no 3.º dia, quando se suprime o curativo oclusivo. Afirma nunca haver visto esfacelo do retalho nem infecção secundária, só anotando uma recidiva porque o retalho, muito curto, foi contornado, na sua extremidade inferior, pelo pterígio reincidente.

QUADRO VII

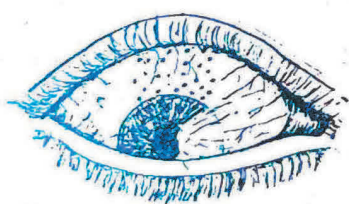


Fig. 1

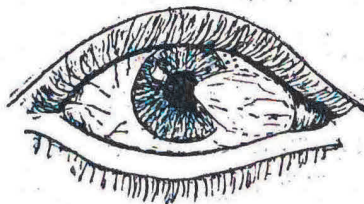


Fig. 2

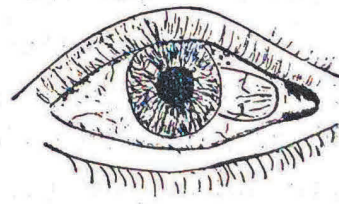


Fig. 3

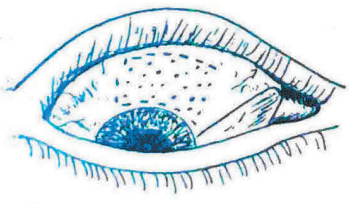


Fig. 4

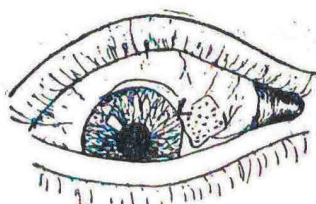


Fig. 5

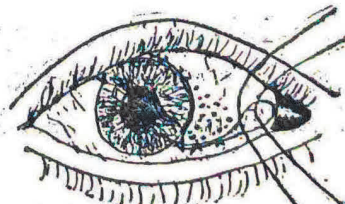


Fig. 6

Processo de ARRUGA

Outras operações plásticas, com enxêrto de THIERSH, de fina pele, como a do pavilhão da orelha, foram tentadas, tendo como paradigma a de HOTZ, sem nenhuma vantagem, apresentando, pelo contrário, alguns inconvenientes de permanente diferença de aspêto e coloração, muitas vezes deselegantes quando não incomodativos pelo que têm sido pouco usadas e vão sendo relegadas ao esquecimento.

COMPLICAÇÕES APÓS A OPERAÇÃO DO PTERÍGIO — As complicações mais comuns após as operações de pterígio, mal conduzidas, dizem respeito às retrações cicatriciais conjuntivais, que produzem limitações na excursão do olhar para fóra ou para dentro, determinando, algumas vezes, diplopia.

Outras vezes permanecem saliências angulares desgraciosas, com surtos inflamatórios, periódicos, ou formação de quistos conjuntivais pelo redobramento ou inclusão de grupos celulares da mucosa ocular.

Infecções, secundárias, com maior ou menor dano ou perigo para o olho, têm sido observadas.

Excepcionalmente são anotadas consequências mais sérias como a que nos é descrita por B. F. PAINE (38) que dela viu um só caso e ouviu o relato de outro na clínica do Dr. WALLACE RALSTON.

Tratava-se de um estrabismo divergente consecutivo à operação de pterígio com secção involuntária ou insciente, do reto interno.

O segundo caso dizia respeito a um homem de 33 anos, em que o cirurgião quiz remover a excrescência até à "raiz", como êle disse.

A operação fôra feita 6 meses antes e dela restava, além de uma feia cicatriz, que se estendia à pálpebra superior, formando um simbléfaro, mais uma divergência do olho direito, com exotropia de 35º prismáticos, para perto e 37º prismáticos para longe, medindo, aproximadamente, 23º perimétricos.

Nêste caso, a operação corretora, mais difícil, não poudo evitar uma ligeira limitação da abducção do olho direito, assim como uma enoftalmia de quase 3 milímetros.

ESCOLHA DO TRATAMENTO — Seguindo-se o conselho, quase unânime, dos tratadistas, o pterígio estacionário, membranoso, que não

determina nenhum incômodo e que não tem nenhuma tendência para invadir o centro da córnea, não deve ser operado. Quando, porém, é ele extenso e progressivo, secundado por fenômenos irritativos, diminuição ou perturbação visual e, sobretudo, se há limitação de motilidade do globo ocular, o parecer unânime é que se o opere. Trata-se, entretanto, de conselhos empíricos, embora, do ponto de vista clínico, justificáveis e bons, devidos aos ensinamentos que as observações têm proporcionado. A verdade, porém, é que não se conhecendo a natureza do mal que se tem em vista, tanto em medicina geral como em oftalmologia, não se pode firmar um critério terapêutico adequado, como bem nos lembra GOMEZ-MARQUEZ, no seu citado trabalho.

E' o que acontece com o pterígio, cujo conceito etiológico não é preciso e permanece ainda ignorado, forçando inseguranças nas técnicas operatórias e nos tratamentos medicamentosos.

Eis porque parece ser digno de aplauso e de interêsse todo esforço bem conduzido no sentido do esclarecimento causal desta excrescência ou da melhor orientação de sua cura. E' pois, um problema aberto ao estudo e à perquirição científica e que espera uma solução definitiva em dias de tanto progresso das ciências médicas.

Enquanto isto, afigura-se mais razoavel aconselhar-se cada um com as revelações estatísticas das grandes clínicas oftalmológicas, onde, continuamente, está sendo renovada a luta na direção do melhor êxito e no abandono da rotina e da estagnação de métodos e de técnicas operatórias.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — VICTOR STOEGER — Manuel Pratique d'Ophthalmologie. Bruxelles, 1837. Pag. 187.
- 2) — TRAVERS — Synopsis of the Diseases of the Eye. pl. VI, fig. 3 e 4, p. 424 — London, 1820. Cit. de W. MACKENZIE — Traité Pratique des Maladies de l'oeil — Paris, 1856. Pag. 350.
- 3) — W. MACKENZIE — Loc. cit., pag. 349.
- 4) — WHARTON, JONES — Traité Pratique des Maladies des yeux — Paris, 1862, pag. 652.
- 5) — ANTONIO C. IBAÑEZ — Un caso raro e outro excepcional de pterígio. Arq. de Oftalm. Hispano Amer. T. XXXIII, 1933, pag. 678.
- 6) — MOACYR ALVARO — O pterígio em São Paulo — Dados Estatísticos. Rev. de Oftalm. de São Paulo — Vol. II, n.º 2, Dez. 1932. Pag. 107.
- 7) — DR. SOUZA QUEIROZ — Algumas considerações sobre o pterígio. Ophtalmos — Vol. I, pag. 461.

- 8) — MORAX — Chap. XXX — Pterigion. *Encycl. Franç. d'Ophthalm.* Pag. 897, 1906.
- 9) — BERLÍNER — *Biomicroscopy of the eye* — Vol. 1, pag. 305. Hoeber, edit.
- 10) — MOACYR ALVARO — "Estudos sobre o pterygium". *Arq. de Cl. Oft. e Oto-rino-laring.* Porto Alegre, Ano V, N.º 1, 1938, pag. 116.
- 11) — Cit. DUKE-ELDER — *Text-Book of Ophthalmology* — Vol. II, pag. 2000, Mosby Comp. 1938.
- 12) — MERIGOT DE TREIGNY — *Neoform. et tumeurs de la Conj.* *Traité d'Ophthalmologie* (Soc. Franç. d'Opht.) 1939, Masson & Cie., Edit. pag. 626.
- 13) — PH. PANAS — *Traité des Malad. des yeux.* T. II, 1894, pag. 259, Masson, Edit.
- 14) — MERIGOT DE TREIGNY — *Loc. cit.*, pag. 628.
- 15) — HEINEKEN — *Medic. Reposit.* Vol. XXII, pag. 15 — London, 1824. (Cit. de W. MACKENZIE — *Loc. cit.*, pag. 351).
- 16) — RODRIGUEZ, A. (Madeira) — *Arch. de Oft. Hisp. Americana.* Tomo XXX, 1930, pag. 84.
- 17) — RUATA — *Oftalmologia dei Paesi Caldi*, 1938, pag. 3.
- 18) — DIPONEGORO e HOUWER (*Folia Opht.* Orientalia, 1936, V. 2, Oct. p. 195, res. de Am. Jour. of Opht. Ser. 3, Vol. 20, 1937, p. 660.
- 19) — STREBEL, J. — Dominant inheritance of pterygium. *Klin. M. F. Augenh.* 1937, V. 99, July, p. 35 — in *Am. Jour. of Opht. Ser. 3* — Vol. 20, 1937, p. 1281.
- 20) — MOACYR E. ALVARO — Estudos sobre o pterigyum. *Loc. cit.*, pages. 115 e 116.
- 21) — BEARD, H. H. and DIMITRY, I. J. — Some observations upon the Chemical Nature of the Pterygium. *Amer. Jour. of Opht.* Vol. 28, N.º 3, 1945, pages. 304 e 305.
- 22) — THEONILLO AMORIM — Sobre uma nova technica na diathermo-coagulação do pterygio — *Trab. do 1.º Cong. Brasil. de Opht.* 2.º Vol., pag. 831, 1936.
- 23) — DR. WILLIAM C. FINOFF — Advanced Pterygium (re-presentation). *Am. Jour. of Opht. Ser. 3, Vol. 15, p. 642.*
- 24) — DANIEL B. KIRBY — Electro-surgical excision of pterygium (A new method) DANIEL B. KIRBY — *Am. Jour. of Opht.* 1943, Vol. 26, p. 301.
- 25) — DR. EDILBERTO CAMPOS — "Nova Orientação na Operação de pterygio" (Ressecção sub-mucosa) — *Brasil-Médico*, 17-X-1936, Ano L, pag. 903, N.º 42.
- 26) — DR. EDILBERTO CAMPOS — Ressecção submucosa do pterygio. *Brasil-Médico*, 16-X-1937, N.º 42, Ano LI, pag. 1058.
- 27) — DRS. EDILBERTO CAMPOS e EVALDO CAMPOS — Sobre a ressecção submucosa do pterigio. *Ophthalmos*, Vol. I, pag. 527.
- 28) — F. TERRIEN — *Chirurgie de l'Oeil et de ses annexes*, 1927, p. 389.
- 29) — WIENER-ALVIS — *Surgery of the eye*, 1939, pag. 209.
- 30) — MAGGIORE — L. *Manuale di Oculistica*, 1938, Milano, pag. 275.
- 31) — F. TERRIEN — (*Loc. cit.*) pag. 393.
- 32) — DR. A. PAULO FILHO — Contribuição ao Tratamento do Pterígio — (*Separata do Brasil Policlínico* — Vol. I — 1939 — N.º 1).

-
- 33) — DR. GOMEZ-MARQUEZ — Un nuevo procedimiento operatório contra el pterigion. Arch. de Oftalm. Hisp. Americ. 31.º Ano, tomo XXXI, p. 87, 1931.
- 34) — BLATT, N. — Zeit. fur Augenh. 1932, vol. 76, Jan., p. 161 (in Amer. Jour. of Opht. Ser. 3, Vol. 15, 1932, pag. 454).
- 35) — H. ARRUGA — Operación para el pterigion. Ophtalmos, Vol. I, 1939-1940, pag. 518.
- 36) — DUVERGER et VELTER — Therap. Chir. Ophtalm., pag. 129, Masson et Cie., Edit., 1926.
- 37) — B. F. PAINE — Severance of medial rectus muscle in an operation for pterygium. Reattachment. Am. Jour. of Opht. Ser. 3, Vol. 15, 1932, p. 1055.

Rua Emboabas, 82 — B. Horizonte, Minas.

Depois da leitura do relatório, o Dr. Jonas de Arruda leu o trabalho enviado pelo Dr. Altino Ventura, de Recife, publicado a seguir.

Sobre Cirurgia do Pterigio

(A propósito da auto-plastia conjuntival a Paulo Filho)

ALTINO VENTURA

Recife

Com a presente comunicação, temos em mira tão sómente divulgar os excelentes resultados por nós obtidos com a interessante modificação de técnica introduzida na cirurgia do pterígio por PAULO FILHO.

Não é uma modificação processual, como bem assinala seu autor, mas apenas “uma síntese de alguns tempos principais de processos cirúrgicos perfeitamente conhecidos”.

Afecção ocular frequente, com formal indicação operatória, o pterígio foi, em todos os tempos, objeto de preocupação dos oculistas que, animados com a facilidade de sua remoção cirúrgica, operavam largamente. Daí a multiplicidade de processos e modificações. Mas contrariando sua aparente simplicidade, o P. tem uma acentuada tendência à recidiva e as investigações sobre sua etio-patogenia poucos benefícios trouxeram até que a biomicroscopia, permitindo conhecer melhor as condições da rede vascular e da implantação desta hiperplasia conjuntival no tecido corneano, forneceu orientação mais racional ao problema.

Não vamos reproduzir aqui, com a sequência rigorosa dos tempos, a técnica proposta por PAULO FILHO. Diremos apenas que ela consiste: na secção ou desinserção do segmento do pterígio; libertação dos dois folhetos conjuntivais; resecção do folheto interno (sub-mucoso); adelgaçamento do folheto externo, coreal que recortado e mediante deslizamento recobrirá a episclera, a qual será fixado por ponto, próximo ao limbo; ajustamento dos lábios da mucosa e restauração do bordo límbico.

E', portanto, uma autoplastia por escorregamento, modificação do primitivo processo de TERSON, mas sobre êste levando as seguintes

vantagens: a) deslissamento para baixo, à custa de um retalho mais amplo; b) resecção sub-mucosa, eliminando assim a camada essencialmente nutritiva; c) fixação episcleral do retalho, que impede seu deslocamento pelos movimentos inevitáveis no post-operatorem.

NOSSAS OBSERVAÇÕES

Já ultrapassa de uma centena o número de pterígios por nós operados pelo processo PAULO FILHO. No entretanto só relatamos 52 observações de operados que foram revistos no mínimo 6 meses após a intervenção. Destas operações, 31 foram praticadas na Enfermaria de Santa Clara, Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina do Recife, Serviço do Prof. F. Figueiredo, havendo referência à intervenção em A.O., na mesma data, providência tomada afim de evitar a superlotação da enfermaria. As outras 11 operações foram feitas na nossa clínica privada. Finalmente as 10 restantes referem-se a doentes operados no ambulatório do aludido serviço, pelo Dr. HUMBERTO BELTRÃO, nosso companheiro de trabalho. Tomamos a iniciativa de pedir essa colaboração no desejo de cotejar os resultados de um mesmo processo cirúrgico nas mãos de operadores diferentes.

Nêstes 52 pterígios operados por autoplastia conjuntival surgiram 3 recidivas, alcançando uma percentagem de 5,7.

Praticávamos outróra, *quasi* sistematicamente, o processo de sepultamento de MACREYNOLDS, com o qual obtivemos uma percentagem de recidiva pouco mais elevada do que com a autoplastia conjuntival a PAULO FILHO.

Nossa preferência por esta última técnica não é ditada sómente pela menor incidência na repetição da hiperplasia; é também porque julgamo-la mais anatômica, de vez que é uma plástica, acarretando o mínimo de alteração no globo. Realmente, no processo de sepultamento, maxime nos grandes pterígios, denominados crassus, o volume a ser sepultado no fundo de saco determina uma saliência no globo, o que muito incomoda e preocupa o operado e que exige certo tempo para se atrofiar. Sendo uma síntese de tempos cirúrgicos com finalidade plástica pode se adaptar e resolver os mais diversos tipos de pterígio, bastando modificar determinado tempo cirúrgico.

* * *

OBSERVAÇÕES

Operações de pterigio praticadas na Enfermaria de Santa Clara, Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina, Serviço do Professor F. Figueiredo:

DATA		Idade	Olho ope- rado	PROCEDÊNCIA
2- 8-44	Maria das Dores do Espírito Santo	58	O D	Canhotinho
13- 8-42	Francisca da Silva	60	O E	Cordeiro Recife
16- 8-42	Escolastica B. Coelho	78	A O	Torre Recife
28- 8-42	Minervina Ferreira Campos ...	53	A O	Vitoria
4-12-43	Helena Maria da Silva	40	A O	Belo Jardim
10- 2-43	Maria M. da Conceição	27	O E	Caruarú
4- 3-43	Etelvina da Silva	37	A O	Caruarú
20- 7-43	Maria Lopes	75	O E	Agua Fria Recife
31- 8-43	Josefa Francisca da Conceição .	13	O E	João Alfredo
5-10-43	Amara Inacia da Conceição	35	O E	Ipojuca
19-10-43	Maria Madalena da Conceição .	45	A O	Vitoria
5- 5-44	Maria Antonia da Conceição ..	52	O E	Afogados
23- 5-44	Antonia Francelina da Conceição	44	A O	Limoeiro
9- 8-44	Francisca Eloi do Espírito Santo	58	O D	Lagôa dos Gatos
22- 8-44	Eufrosina Regueira	35	A O	Catende
27- 9-44	Joana Generosa OD	25	A O	Pau d'Alho
4-10-44	Maria Francisca da Conceição .	60	A O	Caruarú
24-10-44	Severina da Silva	35	O D	Vitoria
1-12-45	Severina Jeremias	25	A O	Pau d'Alho
17- 3-45	Jovelina Arruda	40	A O	Surubim

CLÍNICA PARTICULAR

22- 3-44	Antonio Leite	49	O E	R. Augusta, 228 Recife
4- 4-44	Antonio Alves Freitas	27	O D	Sertania
17- 4-44	Ana Florencio Gouveia	33	O D	Monteiro Pb.
24- 4-44	Maria Leopoldina Cardozo	42	O D	R. João Pessoa Maceió
27- 6-44	Irmã Julieta de São José	38	O E	Casa Forte, Recife
12- 7-44	Olindina Melo Albuquerque	48	O D	Lagôa Comprida Limoeiro
28- 7-44	Joaquim Moreira Barros	17	O D	Recife
1- 8-44	Dalila Costa Campos	30	O E	R. Aurora Recife
5- 9-44	Dr. Pedro Velho Pessoa Albu- querque	52	O E	Timbaúba
6- 9-44	Ana Florencio Gouveia	33	O E	Monteiro Pb.
6-10-44	Pedro Velho Pessoa Albuquerque	52	O D	Timbaúba

Número

19	Maria de Araújo	OD
24	Julieta Barreto	OE
28	Manoel Alves Pequeno	OD
31	José Santos	OE
34	Paula Maria da Conceição	OD
35	Maria C. Soares	OE
51	Maria José Lira	OD
170	Severina Bezerra	OD
105	Amélia P. da Silva	OE
226	Mario Castro	OE

ESTES DOENTES FORAM
OPERADOS PELO DR.
HUMBERTO BELTRÃO

Estão grifados 3 (três) doentes em quem verificou-se recidiva.

Iniciando a discussão do relatório, o Dr. Pedro Falcão leu as seguintes palavras:

PATOGENIA DO PTERÍGIO VERO

“O exame sistemático e metódico de muitos milhares de doentes, sempre executado no campo oftalmológico como no oro-rino-faringológico, despertou-nos a curiosidade para a coincidência de certos achados patológicos quer sinusais, quer nasais, e a coexistência da pinguécula e do pterígio. E esta curiosidade levou-nos à observação cuidadosa de algumas centenas de casos outros, apreciados em suas manifestações rigorosas quanto ao estado ocular e seus correlatos de vizinhança, e deu-nos, então, a convicção daquilo que, em primeira mão, trazemos ao conhecimento dos prezados colegas e companheiros destas “Jornadas Oftalmológicas de 1945”.

* * *

Um único ponto realmente obscuro perdurava no capítulo do *Pterígio*, e era o referente à sua *Patogênese*. Que elementos externos — como poeira, calor, luz excessiva e o próprio vento — irritavam a conjuntiva bulbar, sobretudo em sua zona menos protegida — a correspondente à fenda palpebral — já era sabido; que, nas pessoas idosas, tal irritação condicionava a formação ou aparição da pinguécula, também já era conhecido; que certas e determinadas doenças crônicas das conjuntivas favoreciam o desenvolvimento ou agravação daquela, já era sabido igualmente; que certas pinguéculas, tidas por alguns como a 1.^a fase do pterígio, se convertiam em verdadeiro pterígio, igualmente era sabido; porém, por que mecanismo e, sobretudo, porque nuns doentes o mal não ultrapassava da pinguécula, ao passo que, noutros, ia até a invasão corneana extensa sob a forma de pterígio crasso, isto é que não estava devidamente elucidado e é o que constitui a modesta contribuição que ora apresentamos.

O conceito que ora emitimos, para nós, já não tem mais o sabor de novidade, tal o tempo que decorre de nossas primeiras e mais meticulosas observações, a tal ponto que, em clientela, sempre que o doente se apresenta com a queixa do mal ocular (pterígio) lhe dizemos tratar-se de manifestação de vizinhança, que existiu ou existe, dando aquele secundarismo.

Exercendo, conjuntamente, a oftalmologia e a oto-rino-laringologia, fácil nos foi, através da clínica, chegar a essa conclusão, pois jamais encontramos pterígio ou pinguécula em evolução, sem que,

além de qualquer causa ocasional exterior, existisse ou tivesse existido uma inflamação crônica prolongada das cavidades nasal ou peri-nasais, sobretudo ao nível do etmoide. Como, igualmente, e eis o reverso da medalha, jamais encontrei doente de sinusite etmoidal crônica que não apresentasse seu sintoma ocular de espessamento do epitélio conjuntival do canto interno correspondente ao lado da inflamação, quer sob a forma de pinguécua, quer de pterígio francamente invasor da córnea. E mais, a prova do *sublata causa tolitur effectus* culminou tais observações com fatos que não se discutem e sim se apreciam e deles se tiram todos os ensinamentos possíveis. E' obvio esclarecer que a remoção do elemento causal do pterígio invasor não vai fazer desaparecer aquilo que já sofreu degeneração tecidual propriamente; porém, a não ser esse tecido degenerado propriamente que, depois o oculista retira por qualquer técnica de exérese, a inflamação desaparece totalmente, como a simples irritação; e o pterígio, de evolutivo, carnoso ou crasso regride para uma discreta faixa membranosa, se sua cabeça já se fixou no epitélio corneano, e desaparece completamente em caso contrário, isto é, quando em sua fase inicial, pinguecular propriamente dita, sem invasão corneana.

Diante de tais fatos, concluímos:

- 1) Ser o pterígio produto duma inflamação crônica da cavidade nasal ou perinasal, geralmente com comprometimento dos corpos etmoidais;
- 2) não bastar a irritação exterior de elementos comuns, como poeiras, vento, etc., para o produzir;
- 3) de acôrdo com tal conceito patogênico, depreender-se a alteração a ser feita no diagnóstico do pterígio para o qual o exame oronasal minucioso se imporá, sem prescindir absolutamente da diafanoscopia facial e da bio-pulpometria dentária;
- 4) igualmente, de acôrdo com tal conceito, modificar-se a terapêutica, devendo ficar a cirurgia, sempre e por qualquer técnica eficiente, reservada para a fase da involução do processo degenerativo do pterígio."

COMENTÁRIOS DO PROF. MOACIR ALVARO

No que respeita à influência do clima na maior ou menor frequência com que aparecem os *pterygia*, devemos referir as observações feitas pelo Dr. DMITRY, de New Orleans, a quem o Prof. LAIBORNE TAVARES fez referência por diversas vezes em seu magnífico relatório. O Dr. DMITRY, pôde observar nas Dakotas e em outros Estados da União Americana em que a poeira e o vento são prevaescentes,

que a incidência do pterygium é menor que na Louisiana onde há pouco vento e poeira, sendo entretanto mais húmida e mais quente.

No que se refere ao tratamento do pterygium desejamos referir o que vimos fazendo nos últimos anos com resultados muito satisfatórios: eliminamos antes de operar os fatores de irritação conjuntival por todos os meios a nosso alcance, usando, se preciso, além da correção de eventuais defeitos de refração, medicação local e geral. Quanto à operação propriamente dita, fazemo-la pelo método de EDESKUTY, um oftalmologista austríaco que residiu por longos anos na Colômbia, onde segundo êle, o pterygium é muito frequente. Consiste o método de EDESKUTY em fazer a extirpação total de todo o tecido subconjuntival, não só na região correspondente ao pterygium, como também da conjuntiva adjacente. Afim de facilitar a coaptação dos lábios da ferida e conseguir melhores resultados estéticos, costumamos extirpar o pterygium com dois golpes de tesoura paralelos compreendendo todo o pterygium, após cuidadoso descolamento da cabeça. Perpendicularmente a êsses talhos e portanto paralelamente à plica semilunar fazemos uma incisão que permite depois o melhor deslizamento da conjuntiva sã que é suturada com dois pontos, cujos fios longos são mantidos em posição por esparadrapo adesivo na pele da fronte, evitando assim que as pontas da seda irrite a conjuntiva.

COMENTÁRIOS DO DR. NICOLINO MACHADO

Felicito o A. pela esplêndida exposição em que sintetizou um capítulo tão vasto e tão discutido da oftalmologia. Tenho adotado grande número dos processos cirúrgicos descritos pelo A., tendo tido muitas recidivas, sendo que o processo que melhores resultados me proporcionou foi o que se atribue ao Prof. EDILBERTO CAMPOS. Aconselho fazer a dissecação mais extensa possível e faço o exame histopatológico da peça, pois a meu ver, o pterígio não passa de um verdadeiro tumor e que o estudo histo-patológico minucioso por certo virá esclarecer em grande parte a etiologia do pterígio. Aconselho igualmente o exame histo-patológico do tecido célula-adiposo da órbita que a meu ver, em muitos casos, parece dar origem ao pterígio. Tenho observado aumento ou saliência produzido pelo sepultamento do pterígio no processo de McREYNOLD, aumento que se observa às vezes ao envés da absorção. Cito como complicação eventual dêste aumento, a epífora por eversão do ponto lacrimal e até mesmo ectrópion da metade interna da pálpebra inferior. Assim sendo, parece de bom aviso, fazer o sepultamento sob a conjuntiva próxima ao fundo de saco su-

perior, fazendo sempre o adelgaçamento da parte a sepultar. Quanto à hipótese do Dr. PEDRO FALCÃO, julgo tratar-se de simples coincidência a coexistência do pterígio com as sinusites.

Ainda comentaram o relatório os Drs. Moacir Cunha, Ruy Rolim, Silvio de Abreu Filho, Edilberto Campos, Lineu Silva, Caldas Brito, Paulo Pimentel, (não sendo os resumos entregues à Comissão) e Edmundo Semeraro, que assim falou: "Inicialmente, devo dizer que, efetivamente, sou autor de uma nova técnica para a operação do pterígio, que foi apresentada ao IV Congresso Brasileiro de Oftalmologia. Mas que, esta nova técnica não apareceu em consequência de noites de insônia nem de noites mal dormidas, pois que, felizmente, durmo muito bem. Foi o produto oriundo de pacientes observações, obtido à luz clara do dia, e já, para mim consagrado pela experiência e por casos concretos. Penso, Sr. Presidente, pelos resultados obtidos, que com minha técnica consegue-se o desaparecimento do pterígio. Fazendo-se pois, a ressecção de um trecho da conjuntiva, mais ou menos amplo, na proximidade da carúncula, desinserindo-se depois da córnea o que todos chamam "cabeça do pterígio" mas que, para mim, acho deva chamar-se de cauda, e suturando-se transversalmente a conjuntiva com dois fios, provocando o recuo do pterígio da córnea, êle não mais se reproduz, Sr. Presidente ! Por isto mesmo, na minha opinião, o pterígio não é um tumor maligno ! Continuo, pois, no meu ponto de vista quanto ao assunto desta magna sessão. Para duvidarmos da eficiência da minha técnica, teremos de admitir à possibilidade de uma espantosa coincidência a cura perfeita de alguns pacientes que se encontram comigo por acaso, dentre os muitos que operei; e de outras pessoas que me procuraram propositadamente para me trazerem os seus agradecimentos. Uma delas, uma humilde senhora de nome Alzira, residente em Desterro do Melo, Município de Barbacena, disse-me que em sinal de regozijo pelo feliz desfecho que tivera a minha intervenção, fizera uma comunhão para mim. No número dos doentes particulares que operei, menciono dois com autorização dos mesmos: um o padre Antonio, professor do Seminário Menor de Mariana; outro, o Dr. Alberto Bouchardet, engenheiro das estradas de rodagem de Minas, atualmente residindo em Belo Horizonte. Convido o Prof. Hilton Rocha, que mora naquela cidade, a procurá-lo e verificar o resultado da operação a que aquele engenheiro se submeteu. O meu método se baseia em estudos histo-patológicos que ainda serão publicados e é, nesta parte, de que eu reputo de capital importância, que o estudo do pterígio está em atraso.

Como acabamos de ver no trabalho brilhante do nosso ilustre colega Dr. Laborne, que eu, valendo-me dêste ensejo, tenho o prazer de felicitar, na parte histórica que é a mais importante do seu trabalho, nota-se um grande número de controvérsias. Além das provas acima mencionadas, uma outra não menos frizante, Sr. Presidente, é a cura de duas senhoras do serviço do Dr. Caldas Brito, que fiz, pelo convite honroso dêsse nosso distinto e ilustre colega. Seis meses depois dessas intervenções, eu, por um dever de honestidade, procurei o Dr. Caldas Brito para saber o resultado das operações. E o Dr. Caldas Brito deu-me a grata notícia de que os pterígios não se reproduziram. Ao ensejo desta minha visita a êsse nosso colega, Dr. Caldas Brito me comunicara que uma revista americana fizera comentários favoráveis ao meu trabalho e que pugnava pelo meu método quanto à cura do pterígio. O Dr. Caldas Brito está aí presente e pode dar testemunho dessa notícia que muito me alegrou”.

Prosseguindo a discussão, falaram os Drs. Paulo Filho, Jonas de Arruda, que emitiu as seguintes considerações: “O relatório de nosso ilustre colega Dr. Laborne Tavares constitue interessante atualização do estudo do pterígio e estou certo de que não teria sido possível fazê-lo mais minucioso e perfeito. No capítulo do diagnóstico diferencial, não ouvi, entretanto, nenhuma referência à doença de BOWEN. Esta entidade mórbida, assemelha-se muito ao pterígio, sendo porém pelas suas características histopatológicas, com suas células típicas, e pela sua evolução e prognóstico, catalogada entre as disceratoses córneo-conjuntivais”. Falaram também Dra. Elcira Pinticart e Evaldo Campos, que disse operar pela ressecção sub-mucosa com resultados satisfatórios. Detem-se nos casos dos chamados pterígios malignos, que se reproduzem mesmo operados por vários processos e diferentes cirurgias. Cita um doente operado 3 vezes por processos diferentes, a quarta vez por um colega de Belo Horizonte, sendo necessário fazer a 5.^a e a 6.^a operações, havendo ainda recidiva depois desta. E outro, operado 3 vezes pelos processos de ressecção sub-mucosa, McREYNOLD e PAULO FILHO, e por êste colega operado pela 4.^a vez, com reprodução, sendo operado mais duas vezes e estando com a sétima operação para ser feita !

Encerrando a discussão, respondeu aos comentários o Dr. Laborne Tavares, findo o que foram suspensos os trabalhos, em virtude da ausência do Dr. Lech Junior, que regressou inesperadamente a Campinas por ter falecido pessoa de sua família, não sendo o seu trabalho entregue para publicação.

As suturas na operação da catarata

DR. A. BONFIOLI

Belo Horizonte.

A preocupação dos oculistas com o fechamento da ferida produzida para a extração da catarata deve ter tido seu início em 1707, quando SAINT YVES, em virtude de um acidente (luxação anterior do cristalino) durante uma operação pelo velho processo do abaixamento, executou a primeira extração do cristalino por uma incisão praticada na parte inferior da córnea; ou melhor, em 1745 quando DAVIÈL propôs como método terapêutico a extração sistemática do cristalino cataratado. Entretanto, êsses precursores da extração, não utilizavam qualquer espécie de sutura, ocorrendo quasi sempre desastres cirúrgicos, em consequência da abertura da ferida, grandes prolapsos de iris, perdas consideráveis de vítreo, hemorragias. Em vista de acidentes tão frequentes, muito poucos especialistas da época aderiram ao novo método, continuando adeptos do antigo processo da reclinção.

Somente em 1867, WILLIAMS, com o fim de favorecer a cicatrização, evitar o prolapso da iris e as possibilidades de iridociclites, teve a idéa de proceder à sutura da ferida operatória. E o mais interessante é que a primeira sutura ideada era corneana, passando o fio pelo tecido próprio da córnea. Mais tarde êsse mesmo autor modificou seu tipo de sutura, substituindo-o por uma sutura conjuntival, à custa de um pequeno retalho de conjuntiva, modificação esta muito inferior à primitiva, porém a mais empregada até nossos dias pela maioria dos oculistas.

Em 1888 aparece então a primeira sutura esclero-corneana, proposta por CZERMAK, que foi logo muito bem acolhida e empregada por muitos oftalmo-cirurgiões.

No tocante ao fechamento da incisão praticada na extração da catarata, poderemos condicionar os diversos processos nos dois seguintes itens:

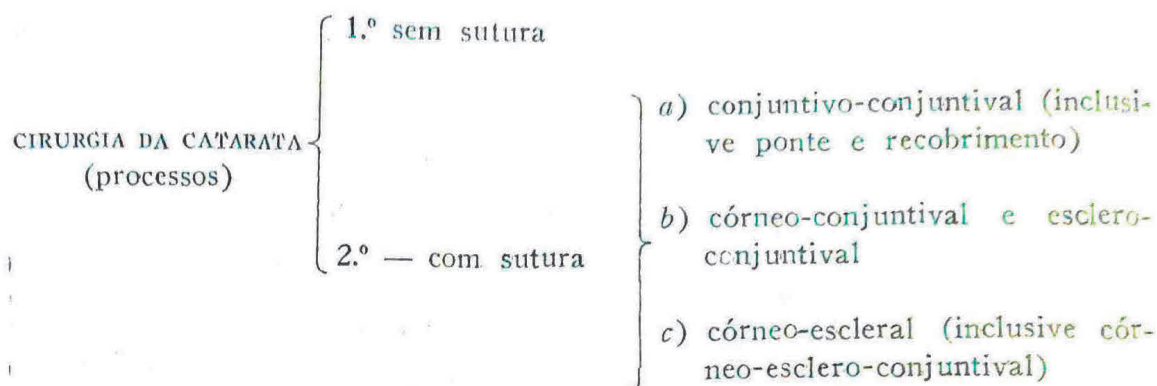
1.º — *sem sutura*

2.º — *com sutura.*

O segundo item pode ser subdividido:

a) Sutura conjuntivo-conjuntival (inclusive ponte e recobrimento conjuntivais);

- b) Sutura córneo-conjuntival e esclero-conjuntival;
- c) Sutura córneo-escleral (inclusive sutura córneo-esclero-conjuntival).



Abordaremos o primeiro item apenas para focalizar suas desvantagens, segundo a opinião da grande maioria dos autores. São poucos os operadores que contestam o valor da sutura após a operação, seja a mais simples sutura conjuntival ou a mais complicada sutura córneo-esclero-conjuntival. Diz SAINT-MARTIN que “negar a eficácia das suturas em relação à inversão do retalho, encravamento e hérnia de íris, rapidez de cicatrização, diminuição do astigmatismo post-operatório, é, sem dúvida alguma, negar a evidência”; e afirma ele que “apreciaria ver tal asserção apoiada em fatos precisos e estatísticas sinceras”.

SPAETH no capítulo sobre suturas de seu compêndio sobre a cirurgia oftalmológica, diz que “um comentário sobre a necessidade das suturas não existiria em nenhum setor da cirurgia, exceto com relação ao oftalmologista. Em cirurgia geral, mesmo as menores incisões são cirurgicamente fechadas depois que o operador atingiu o propósito para o qual ele operou. E’ igualmente necessária na extração da catarata, porque frequentemente a integridade do olho e a subsequente visão do paciente dependem de uma firme e precoce união da secção”.

O simples fato acima mencionado de terem os antigos cirurgiões retornado à técnica do abaixamento, devido aos graves acidentes que constatarem em suas primeiras extrações, já é um fato digno de nota quanto à falta que fazia a descoberta de qualquer processo para a obturação da ferida produzida após a extração do cristalino opacificado.

Bastante concludentes foram as experiências realizadas por HILDING em olhos de boi enucleados, com o fim de demonstrar o comportamento da íris por injeção intra-ocular de soro fisiológico sob pressão controlável. Os quatro diferentes processos, mais comumente

usados na cirurgia da catarata, foram experimentados, a saber: 1.º — simples incisão límbica sem nenhuma medida protetora; 2.º — incisão recoberta por diversos tipos de retalhos; 3.º — incisão fechada por meio de sutura esclero-corneana; 4.º — o mesmo que o terceiro mais iridotomia basal.

Cêrca de quatrocentos prolapso foram estudados. Os resultados demonstraram: 1.º — que todos os retalhos conjuntivais tentados (sem nenhuma exceção) falharam para reforçar a incisão; 2.º — que a sutura esclero-corneana une os lábios da incisão tão firmemente que as maiores pressões (cêrca de 100 a 160 milímetros de mercúrio) puderam ser produzidas antes que ocorresse o prolapso da íris; 3.º — que uma iridotomia periférica, colocada de tal modo a coincidir com a incisão, oferece maior proteção contra o prolapso; 4.º — que a iridotomia era inútil quando insuficiente para dar passagem ao fluido.

Em uma estatística de 46 casos operados com suturo esclero-corneana e iridotomia basal, apesar dos pacientes terem se levantado no segundo dia de operados, não foi constatado nenhum acidente, nem prolapso, nem pinçamento da íris.

As experiências de HILDING sofreram uma contestação de HYMES. Disse êste: si um olho depois de aberto, com ou sem suturas, está apto a suportar uma pressão de 15 a 20 mms. de Hg., que é mais ou menos a pressão intra-ocular normal, não haverá grande utilidade em o tornarmos capaz de suportar pressões superiores a 100 mms. do Hg., como constatou HILDING em suas experiências.

Estas contestações não têm fundamento, pois sabemos que a simples ação dos músculos extrínsecos eleva de alguns milímetros a ação dos músculos extrínsecos eleva de alguns milímetros a pressão intra-ocular, e que a pressão das pálpebras, depois de cessada a acinesia, pode elevar a tensão intra-ocular a 90 mms. de Hg., conforme registra GRADLE.

LEECH e SUGAR fizeram uma revisão no arquivo da enfermaria que dirigem em Illinois e dividiram os casos de catarata operados, em três grupos: 1.º — nenhuma sutura; 2.º — sutura conjuntivo-conjuntival; 3.º — sutura córneo-escleral. Comparando os resultados das complicações post-operatórias anotaram predominância de acidentes do primeiro grupo sobre o segundo e dêste sobre o terceiro.

O segundo item (com sutura), subdividido, abrange todas as modalidades de suturas conhecidas até nossos dias.

A) SUTURAS CONJUNTIVO-CONJUNTIVAS — São as mais empregadas pelos cirurgiões especializados; as suturas conjuntivas torna-

ram-se muito comuns no fechamento da incisão após a extração da catarata. As mais simples são aquelas em que a própria faca de GRAEFE talha um retalho que será depois suturado, inserindo-se as agulhas, montadas em fio de sutura, nos lábios da incisão conjuntival, podendo-se dar um ou mais pontos conforme o tamanho do retalho. Existem inúmeras formas de suturas conjuntivo-conjuntivais, porém SPAETH considera ideal aquela que pode ser facilmente efetuada, que não interfira com a extração do cristalino e que, após a extração, seja fácil e rapidamente atada.

GREEN condensa os diversos tipos de sutura conjuntival em cinco grupos:

1.º — Retalho feito com a faca ao mesmo tempo que a secção corneana. Este retalho pode ser suturado quer por sutura contínua ou por pontos separados.

2.º — Dissecção de um retalho com tesouras antes que a incisão seja feita. Duas ou mais suturas serão passadas antes da secção corneana, porém só serão atadas após a extração.

3.º — Retalho em bolsa produzido por uma incisão na conjuntiva, horizontalmente, 7 a 8 milímetros acima do limbo. Este retalho será suturado por um simples ponto em U, depois que a operação terminou.

4.º — O retalho em leque, tipo KUHNT ou VAN LINT.

5.º — O retalho córneo-esclero-conjuntival.

BELLOWS diz que apesar de o retalho conjuntival, aderido à córnea e feito ao mesmo tempo que a secção, ser o mais comumente usado, apresenta certas desvantagens: dificulta a iridectomia periférica, a hemorragia é mais frequente, além de ser difícil delimitar este retalho exatamente. Portanto um retalho que possa ser preparado antes da secção corneana e que não requiera manejo posterior, apresenta grandes vantagens. O retalho em leque, é feito descolando-se a conjuntiva correspondente à metade superior do limbo, de IX às III horas, e dissecando-a dos tecidos subjacentes numa extensão de 8 a 10 milímetros, de modo a permitir-lhe amplos e livres movimentos. As suturas serão colocadas de cada lado, as inferiores apanhando tecido conjuntival e episcleral, próximas ao limbo e ligeiramente para baixo do meridiano horizontal da córnea, e as superiores passando através do lábio livre da conjuntiva dissecada. Um nó de cirurgião será dado de cada lado para estarmos preparados para qualquer emergência. As

alças do fio são afastadas para os lados e atadas depois de completados os tempos subsequentes.

O retalho conjuntival clássico é executado com a própria faca de GRAEFE; antes de terminar a incisão esclero-corneana a parte cortante da lâmina é inclinada ligeiramente para trás, avançando sob a conjuntiva de onde sai, seccionando-a, depois de um percurso de 4 a 5 mms.. E' a técnica adotada por ARRUGA, ELSCHNIG, SINCLAIR e outros.

TERSON, com o fim de facilitar a passagem da faca sob a conjuntiva, faz previamente, uma injeção subconjuntival de ar.

Alguns operadores passam os pontos de sutura antes da extração do cristalino; outros, preferindo agir mais livremente, sem o impedimento dos fios passados antes, só procedem a sutura dos lábios do retalho após a extração do cristalino.

O'BRIEN propôs uma modificação à sutura do retalho: os fios de sutura são passados antes da abertura da ferida.

BERENS também forma o retalho antes da incisão límbica e executa uma sutura não atada; o retalho conjuntival é cortado com três milímetros de largura, em toda a extensão da metade superior do perímetro límbico. Introduce a agulha na conjuntiva bulbar, apanhando 4 mms. desta, quer no canto interno, quer no externo. O fio é então passado pelo lábio superior e em seguida pelo lábio inferior da incisão conjuntival. A agulha é levada para o lado oposto ao de entrada, apanha aí cerca de três mms. de conjuntiva bulbar formando a seguir alça de segurança com nova passagem do fio. Faz-se então uma alça entre os lábios conjuntivais que será puxada para um lado afim de ser feita a incisão corneana. Terminada a extração, faz-se tração sobre a extremidade livre da sutura, e a ferida fechar-se-á.

MADDOX disséca também previamente um retalho conjuntival que sutura após a extração.

SPRATT emprega uma sutura conjuntivo-conjuntival em bolsa; pratica na conjuntiva uma incisão horizontal de 1 e meio centímetros de comprimento, a 5 mms. acima do limbo, dissecando-a para baixo até ao limbo, abrangendo os dois quintos superiores do seu perímetro; coloca uma sutura em U no centro dos lábios da ferida conjuntival. A incisão límbica (punção e contrapunção) será sub-conjuntival. SPRATT afirma que as vantagens do seu processo são: diminuição do número de infecções, menos probabilidade de saída de vítreo, hermetica união dos lábios da ferida, o paciente pode sentar-se imediatamente após a intervenção e o período de hospitalização é diminuído.

O retalho em leque ou recobrimento conjuntival foi executado primeiramente por FAURE em 1888. Para VAN LINT é um processo superior ao retalho conjuntival porque protege a incisão em toda sua extensão e exerce, ao mesmo tempo, uma ligeira pressão que torna a coaptação dos lábios da ferida mais íntima. Técnica: — Secciona-se a conjuntiva rente ao limbo, na metade superior da córnea e, por dissecação, destacamo-la do globo ocular em uma extensão de dez a doze mms., atingindo o tendão de inserção do reto superior. Sabe-se que a dissecação é suficiente quando a pinça consegue abaixar facilmente a conjuntiva sobre o terço superior da córnea. Passa-se um fio em cada extremidade do retalho. Durante a operação as alças serão afastadas para a esquerda e para a direita para não perturbarem os tempos operatórios. Depois da operação os fios são atados e puxam a conjuntiva sobre a ferida em toda sua extensão. O retalho exerce uma ligeira pressão sobre o globo ocular. Em três ou quatro dias, a conjuntiva volta à sua posição normal; retiram-se os pontos no sexto dia. FEDERICI emprega este processo, porém, no momento da dissecação do retalho, toma o cuidado de deixar a epíclera aderente ao globo, para assim obter um retalho de pouca espessura. BIRSCH-HIRSCHFELD também emprega este processo utilizando o retalho conjuntival de KUHN. CLARK executa uma pequena variante da técnica de VAN LINT: faz dois pontos apanhando a episclera. VILLARD recobre a ferida com o retalho, por meio de duas suturas verticais. BARTELS, GIFFORD, OLAH e WOOD também empregam o recobrimento segundo a técnica de VAN LINT.

São inúmeros também os entusiastas da ponte conjuntival. O primeiro a descrever uma verdadeira operação com ponte foi CHUCKIE em 1909, apesar de já a terem preconizado em 1858 WENZEL e DESMARRES e, em 1873, HAZNER. LAMB, em 1913, foi outro grande entusiasta da ponte conjuntival.

PAVIA e DUSSELDORP propuzeram a execução da ponte antes da abertura da câmara anterior. A ponte é dissecada verticalmente para cima, tendo um tamanho aproximado de nove mms. de largura por dez mms. de comprimento. Técnica: 1.º — Sobre uma prega horizontal da conjuntiva bulbar superior, lado temporal, faz-se uma incisão vertical de um centímetro de comprimento, atingindo o limbo às 11 horas para o olho esquerdo e às 10 horas para o olho direito; 2.º — A tesoura será inserida através da botoeira assim obtida com o fim de separar a conjuntiva em todo o comprimento ou altura da ponte; 3.º — Cerca de nove mms. da primeira e paralela a ela, faz-se uma segunda incisão conjuntival com cinco mms. de comprimento, que ter-

minará às 10 horas para o olho esquerdo e às 11 horas para o olho direito.

PATTON modificou a ponte conjuntival, talhando-a obliquamente. Proclamando as vantagens do seu método diz que este tipo de ponte não impede que se faça iridectomia superior, nem a extração direta do cristalino; diz ainda que esta ponte atua eficazmente, preservando os lábios da ferida de se afastarem.

EBER pratica uma ponte conjuntival de 4 a 6 mms. de largura e 10 a 12 mms. de comprimento; a iridectomia é feita no lado temporal da ponte. A extração do cristalino é facilitada simultaneamente pelo afastamento da borda escleral da ferida e pela elevação da ponte, por meio de uma pinça denteada, fabricada especialmente, a qual passa debaixo da ponte e abre-se para receber o cristalino.

POCHISSOF também propôs uma modificação à ponte conjuntival e emprega-a especialmente em olhos hipertensos: a incisão límbica começa a 2 mms. acima do meridiano horizontal e termina na conjuntiva com uma grande ponte, a qual é alargada em direção oblíqua, para cima, com tesoura.

SALAVIEV emprega uma ponte conjuntival, no sentido vertical, com base bastante larga; assegura que dá melhor coaptação e melhor nutrição aos lábios da ferida.

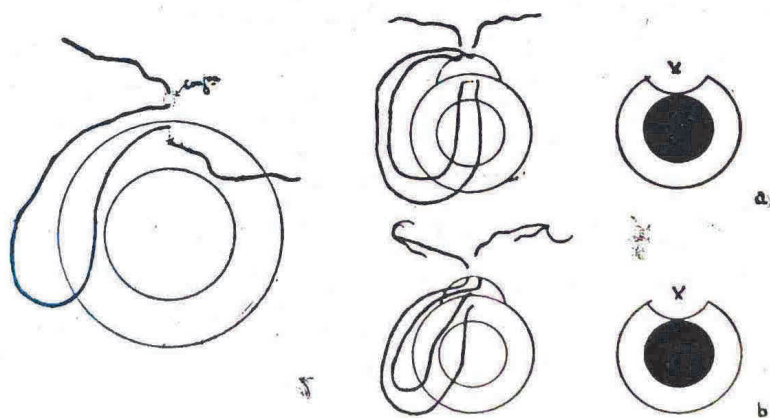
SLOCUM executa, com a faca de GRAEFE, a ponte conjuntival após punção e contra-punção; auxiliado também por tesoura de STEVENS, secciona a conjuntiva desde a extremidade superior da borda lateral da ponte, previamente formada, até um ponto situado a 4 mms. acima da extremidade superior da incisão mesial. Dá pontos nos lados da ponte.

B) SUTURAS CÓRNEO-CONJUNTIVAS E ESCLERÓ-CONJUNTIVAS — Diversos autores querendo dar maior firmeza à oclusão das incisões, pois convencidos estavam de que a simples união dos lábios conjuntivais não garantia contra diversos acidentes, tentaram um reforço maior para a oclusão de suas incisões, ideando suturas que tomassem apóio em pontos mais resistentes do globo ocular. Dêse modo, apareceram as suturas córneo-conjuntivais com as quais a coaptação se processa passando-se os pontos na córnea e na conjuntiva. Não há dúvida que a sutura córneo-conjuntival é mais segura do que a conjuntivo-conjuntival, porém ainda não é a ideal pois a elasticidade da conjuntiva pode dar oportunidade, em certos casos, à abertura da ferida corneana, ocorrendo então os mesmos acidentes das suturas conjuntivo-conjuntivais; sem considerarmos o fato da inegável fragilidade conjuntival.

FRISCH pratica uma sutura passando primeiramente o ponto intra-corneano a dois e meio milímetros abaixo do limbo, com um nó na extremidade do fio que é deixado sobre a córnea. A outra extremidade é levada quatro mms. acima do limbo e inserida sob a conjuntiva puxando-se então a ponta para o lado (Fig. 1 - A). Diz FRISCH que si em algum tempo da operação tornar-se iminente a saída do vítreo, uma rápida tração sobre a extremidade livre do fio fechará imediatamente a ferida e previnirá perda ulterior.

VERHÖEFF, modificando sua técnica primitiva em que passava um ponto episcleral paralelo ao limbo, e depois introduzia as duas agulhas em um retalho conjuntival previamente dissecado, emprega agora a sutura córneo-conjuntival. Após ter executado a secção corneana, uma ponta de um fio de seda com duas agulhas é introduzida através das camadas superficiais da córnea a um e meio milímetro do lábio da ferida corneana. As duas agulhas são então passadas através da conjuntiva, uma delas a dois e a outra a três mms. da margem do retalho conjuntival. As alças são afastadas para a extração do cristalino e depois desta os fios são atados. O resultado final será um retalho conjuntival deslizando recobrindo a ferida (Fig. 1 - B). A técnica de VERHÖEFF apresenta o inconveniente da passagem dos pontos depois de aberta a câmara anterior.

SCANDBYGAARD também se utiliza da sutura córneo-conjuntival, com pequena modificação do método de VERHÖEFF.



Suturas esclero-conjuntivais. — As suturas esclero-conjuntivais ideadas até agora são quasi tôdas muito sólidas, produzem um bom fechamento da ferida, porém muito trabalhosas e muito difícil a retirada dos pontos.

DERBY insere as duas agulhas montadas em um fio de seda preta através de um retalho conjuntival, de fóra para dentro; rebate-o sobre

a córnea e introduz as duas agulhas primeiramente no tecido episcleral e depois saem na conjuntiva. (Fig. 2 - A).

WALKER, após dissecar um retalho conjuntival e rebatê-lo sobre a córnea, faz um retalho escleral em bolsa com três mms. de largura utilizando uma faca de GRAEFE com a qual faz um corte horizontal, paralelo ao limbo, dois mms. para trás, penetrando um terço da espessura escleral. Introduz então a ponta de um ceratótomo neste sulco, desdobrando o tecido escleral horizontalmente em direção ao limbo até que a ponta desse instrumento seja vista através da córnea. Para abrir os ângulos da bolsa fazem-se incisões radiárias para deante da córnea, com tesoura, ceratótomo ou faca de GRAEFE. (Fig. 2-B).

VAN POOLE emprega o cabelo humano na execução do seu método de sutura (Fig. 2 - C).

HORWATH disseca a conjuntiva desde o limbo para cima, até ao tendão de inserção do reto superior; toma-o com uma pinça e insere uma agulha, de cima para baixo, entre as suas fibras e o tecido escleral, de tal modo que a agulha emergirá a quatro mms. da margem da córnea. Faz a secção corneana pelo processo comum, mas dando à faca inclinação tal que permita fazer um pequeno retalho escleral. O cristalino é extraído por qualquer processo, a sutura é introduzida no retalho escleral e a ferida fechada (Fig. 2 - D).

DE VAUL utiliza o seguinte processo: disseca a conjuntiva rente ao limbo, em seus dois quintos superiores. Depois usando a faca de GRAEFE, com técnica que minuciosamente descreve, delimita, por cliagem da própria esclera, dois retalhos ou pontes esclerais de 2 por 3 mms.. Essas pontes esclerais, que se continuam inferiormente com a córnea, são divididas ao meio por incisões horizontais. Feita a operação, os retalhos esclerais são unidos, por sutura que abrangerá a conjuntiva (Fig. 2 - E). Os retalhos esclerais teriam as seguintes funções: 1.º — fornecerem tecido episcleral espesso para suturar a parte superior da ferida; 2.º — permitirem firme sutura antes da secção; 3.º — prevenirem o pregueamento e distorção da córnea quando as suturas forem atadas; 4.º — produzirem uma oclusão laminada da parte superior da ferida, que aumentaria a segurança da sutura. Segundo DE VAUL as vantagens do seu método são: a) grande segurança na oclusão; b) a parte superior da secção é protegida por tecido escleral e conjuntival; c) perfeita coaptação sem pregueamento do tecido corneano; d) os tecidos incisados retornam à sua primitiva posição; e) fácil oclusão da ferida em caso de acidentes com saída de vítreo devido à passagem da sutura antes da abertura

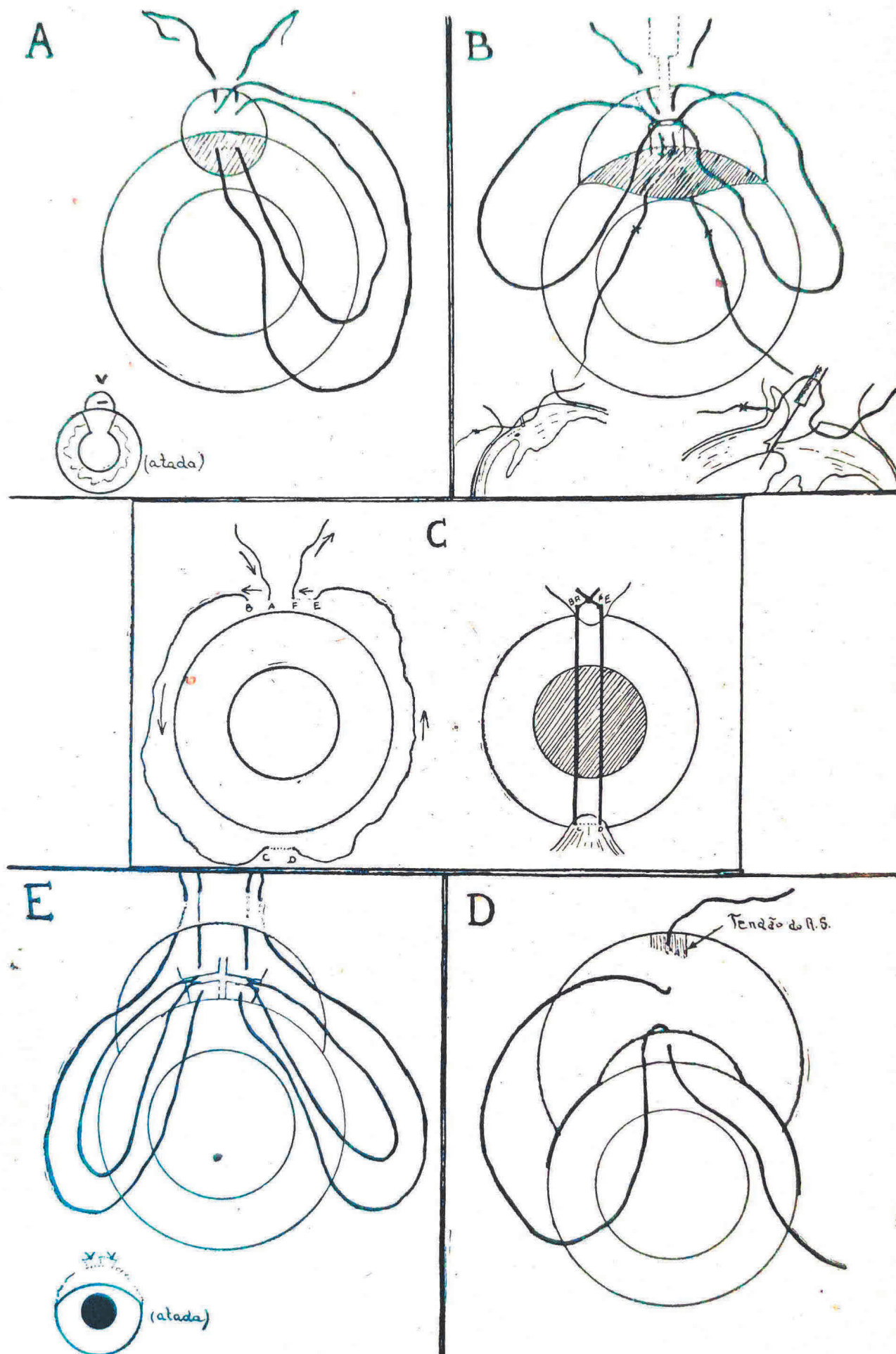


Fig. 2

da câmara anterior; f) fornece proteção para toda a ferida em vez de se limitar ao polo superior, já que a incisão é recoberta completamente pela conjuntiva. Como desvantagem, o autor do processo diz que requer grande habilidade cirúrgica na sua execução.

C) SUTURAS CÓRNEO-ESCLERAIS — O emprego das suturas córneo-esclerais é uma garantia para o êxito na operação da catarata, porque os lábios da incisão tornam-se tão coaptados que sómente um esforço exagerado poderá fazer com que a ferida se abra. MC LEAN apresentou a seguinte lista com as suas vantagens: 1.º) — fechamento firme com rápida cura; 2.º) — redução no número dos hifemas post-operatório; 3.º) — menor risco de hérnia da íris e vítreo; 4.º) — ponto de segurança quando ocorre o prolapso da íris; 5.º) — menor astigmatismo post-operatório; 6.º) — pronta oclusão si o vítreo sair durante a operação; 7.º) — mais rápida reconstituição da câmara anterior; 8.º) — maior liberdade de movimentos para os pacientes mais idosos e menor perigo na falta de cooperação dos mesmos.

As principais finalidades de uma sutura na operação de catarata, são: a) evitar o encravamento e as hérnias de íris na ferida operatória; b) prevenir as hemorragias post-operatórias na câmara anterior; c) diminuir o período de cicatrização; d) reduzir o astigmatismo post-operatório, propiciando uma boa acuidade visual. E, tendo em vista os diversos problemas encontrados na cirurgia da catarata, GAILEY escreve: "As to sutures, any suture is better than none. Conjunctival sutures, even six or seven, are inadequate". Portanto o melhor meio para evitar acidentes, às vezes funestos para o olho, é a sutura córneo-escleral ou suas variantes córneo-esclero-conjuntivais. A unanimidade dos autores que as empregam apresenta em suas estatísticas grandes reduções nas percentagens de encravamentos e hérnias de íris, de hifemas post-operatórios, do período de cicatrização e do astigmatismo restante. A estatística de KLEIN opõe-se às da maioria no tocante ao hifema post-operatório, tendo êle constatado maior frequência nos operados com sutura esclero-corneana.

CORBOY escreve que provavelmente a principal razão de alguns cirurgiões não executarem a sutura córneo-escleral é devido ao fato de temerem o manuseio da córnea; na realidade, a média de córneas sãs pode tolerar numerosos pontos de sutura, e por muito tempo, sem se opacificarem. Os enxertos de córnea e as extensas trepanações córneo-esclerais comprovam êste fato. Diz CORBOY que o ponto corneano apanha sempre a porção mais espessa da córnea. Antigamente havia três objeções para o emprego da sutura esclero-corneana: 1.º)

— possibilidade de comprometimento do corpo ciliar; 2.º) — perigo do fio de sutura corneano atuar como uma faca e seccionar a córnea; 3.º) — demora na execução da sutura, principalmente nos métodos mais complicados.

Para MALBRAN as primeiras suturas córneo-esclerais remontam a CZERMAK e SUÁREZ DE MENDOZA, admitindo KNAPP que foi CZERMAK o verdadeiro creador da sutura córneo-escleral.

São inúmeras as suturas córneo-esclerais ideadas e, para descrevermos as principais, subdividiremos êste item em córneo-esclerais propriamente ditas — aquelas em que os pontos de sutura são passados sem formação de retalho conjuntival prévio, e suturas córneo-esclero-conjuntivais — aquelas em que um retalho conjuntival é feito antes da passagem dos pontos na córnea e na esclerótica.

SUÁREZ DE MENDOZA aconselhou, para a colocação de sua sutura, iniciar a incisão de fóra para dentro, no limbo esclero-corneano superior, produzindo assim um sulco. Um fio armado com duas agulhas era passado pelos lábios do sulco, de dentro para fóra, tanto no lábio superior como no inferior. Deixavam-se duas alças do fio e procedia-se à secção com a faca de GRAEFE, na fórmula corrente, tendo o cuidado de sair exatamente no sulco antes preparado, sem cortar os fios (Fig. 3-A).

KALT passa a agulha verticalmente na córnea, a um milímetro do limbo superior; a agulha é, em seguida, inserida a um milímetro acima do ponto de saída, no tecido episcleral na mesma direção do corneano; mas mais tarde propôs uma modificação ao seu processo: o ponto episcleral foi inserido horizontalmente, formando ângulo reto com o corneano (Fig. 3-B). É o tipo de sutura córneo-escleral que tem sido usado mais frequentemente, sendo empregada na sua execução a própria argulha do autor do processo.

A técnica de LIÉGARD é executada utilizando-se de um fio armado com duas agulhas; passam-se os pontos corneano e escleral horizontalmente, deixando-se uma alça para permitir a secção corneana (Fig. 3-C).

PICCALUGA faz dois pontos separados, um corneano e outro escleral, atando-os; corta uma extremidade de cada um, deixando as outras duas para serem atadas depois de terminada a operação (Fig. 3-D).

A técnica de BALDINO é bem interessante: passa previamente uma agulha, deixando-a em posição até que seja completada a incisão límbica. Penetra com a agulha na esclera a 1 mm. acima do limbo e sai na córnea a 1 mm. abaixo do mesmo. A agulha é deixada dentro

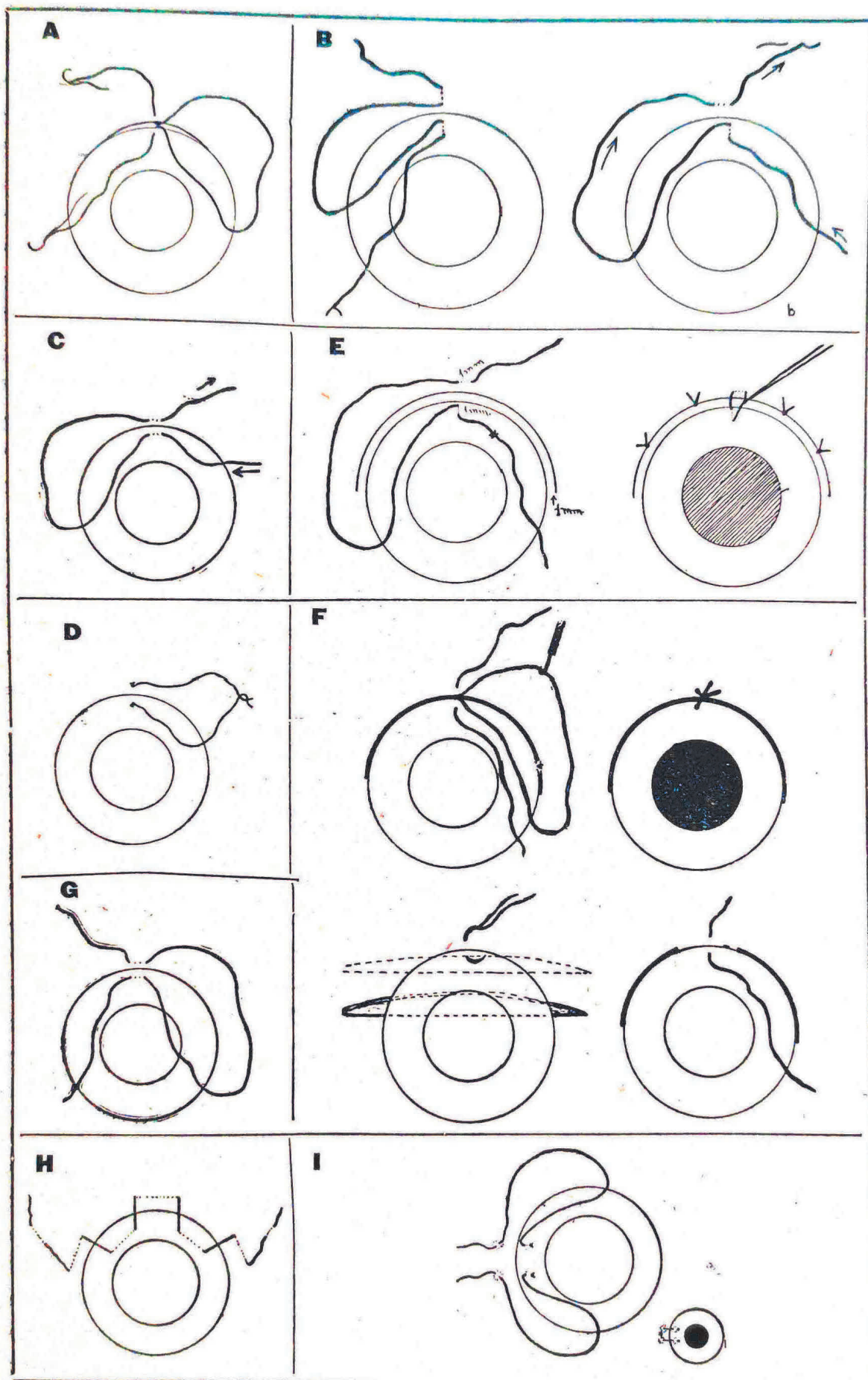


Fig. 3

dêsse tunel esclero-corneano; procede a incisão comum com a faca de GRAEFE até que seu gume toque na agulha; retira a faca, ficando uma pequena ponte límbica intacta. Termina a incisão de fóra para dentro, completa a passagem da agulha, retira o fio de entre os lábios da ferida por meio de um pequeno gancho rombo. Após a extração, ata a sutura (Fig. 3-E).

SAINT-MARTIN modificou a técnica de GOMEZ MARQUEZ: utilizando uma agulha bem fina e resistente e um fio com um nó na extremidade, passa um primeiro ponto corneano vertical tão perto quanto possível do limbo, na extremidade superior do meridiano vertical. Um segundo ponto é colocado 2 mms. acima no tecido episcleral, no sentido horizontal, tomando cuidado para que a agulha penetre na episclera exatamente sobre a vertical do ponto corneano. Com êste dispositivo, a ferida será instantaneamente fechada em qualquer emergência: o auxiliar, que mantém a extremidade do fio, observa a saída do cristalino; desde que seu equador franqueou a incisão, puxa lentamente, reduzindo assim a pouco e pouco a alça que separa o ponto escleral do ponto corneano; e, à medida que o cristalino vai saindo, a córnea baixa como uma tampa sobre o lábio escleral da incisão. Escreve SAINT-MARTIN que quando a manobra é executada com precisão, quando os movimentos do operador e do auxiliar são bem conjugados, pode-se prevenir, em quasi todos os casos, a saída do vítreo, *durante a extração*. Logo que esta terminou, o fio é atado, porém permanecerá "in situ" apenas provisoriamente. A constatação de que o nó em contacto com a córnea determina, em alguns casos, uma necrose do tecido, podendo portanto ser o ponto de partida de uma infecção, determinou a retirada do ponto após colocação de alguns conjuntivo-conjuntivais. Esta modificação, bem como o processo original de GOMEZ MARQUEZ, não é mais que uma sutura esclero-corneana provisória de expectativa, graças à qual pode-se com tãda calma colocar o número desejado de pontos conjuntivo-conjuntivais (Fig. 3-F). Êste tipo de sutura deveria, a rigor, estar enquadrado entre as suturas conjuntivais.

STALLARD utiliza fio de sêda dois zeros em agulha atraumática, na execução da sua técnica: a agulha é introduzida horizontalmente na metade anterior do tecido próprio da córnea, num ponto a 1 mm. para dentro do limbo, no meridiano das XII horas. A agulha atravessa dois a cinco mms. da córnea, numa direção horizontal. Retirada a agulha, será agora introduzida, também horizontalmente, através dos tecidos conjuntival e sub-conjuntival, e penetra nas fibras superficiais da esclera, um e meio milímetro acima do limbo. Ela

passa transversalmente através da metade superficial da esclera por dois e meio mms., emergindo da conjuntiva em ponto fronteiro ao de sua entrada na córnea. Deixada alça para facilidade da intervenção, é esta realizada. Após a extração, atam-se as extremidades livres (Fig. 3-G). O ponto é retirado 14 dias após a operação.

OLMOS emprega uma sutura em forma de W com tríplice passagem escleral e dupla corneana, que êle denomina de chuleio esclero-corneano. Fixando o globo por meio de uma pinça que prenda o tendão de inserção do reto interno, passa o primeiro ponto escleral, profundo, paralelo e a 1 ou 2 mms. do limbo, às II horas no olho direito e às X horas no olho esquerdo; em seguida deixa a pinça e fixa o globo ocular, tomando com a mão esquerda o extremo livre do fio, e o que lhe segue depois de haver passado pela esclera; dêsse modo evita continuar usando a pinça de fixação que, com frequência, dilacera a conjuntiva; passa um ponto corneano semelhante ao de KALT, colocando-o à I hora para o olho direito e às XI horas para o olho esquerdo; em seguida o ponto escleral seguinte é colocado às XII horas em ambos os olhos; os pontos seguintes, corneano e escleral, serão simétricos aos dois primeiros, ficando terminada a sutura, que simula, fazendo-se abstração da largura de cada ponto, um W com os extremos livres dos fios, um sôbre o nariz e o outro sôbre o lado externo do campo operatório. Em seguida, alarga as alças do fio, duas para a parte externa e duas para a interna, de tal maneira que permitam a passagem e a ação dos instrumentos usados na operação. Uma vez aberta a câmara anterior e antes de proceder à extração do cristalino, encurta as alças para que, logo após a ação do fechamento seja instantânea, ao puxar o ajudante os dois extremos do chuleio (Fig. 3-H).

CORBOY ideou o seguinte processo de sutura: dois pontos são colocados, separadamente, às X e II horas e cêrca de 2 mms. do limbo; penetra com a agulha numa extensão de 2 mms. na córnea, perpendicularmente ao limbo. A extremidade dos fios têm um nó para impedir que êles saiam do tunel corneano. As agulhas são então introduzidas, na mesma direção, no tecido episcleral 5 a 6 mms. para cima do limbo. As alças são deixadas de lado para permitir a incisão com a faca de GRAEFE que talha também um retalho conjuntival entre as suturas (Fig. 3-I).

SUTURAS CÔRNEO-ESCLERO-CONJUNTIVAS — FRISCH e GOMEZ MARQUEZ idearam processos mais ou menos idênticos: ambos fazem um nó na extremidade livre do fio; ambos penetram na córnea no sentido vertical; a diferença é que, como já vimos no método de

FRISCH, a agulha penetra sómente na conjuntiva após ter passado pela córnea e GOMEZ MARQUEZ, além de passar êste segundo ponto na episclera, ainda fórma um retalho conjuntival. Em vista da semelhança, teve razão MALBRAN em unir os dois nomes a êste processo (Fig. 4-B).

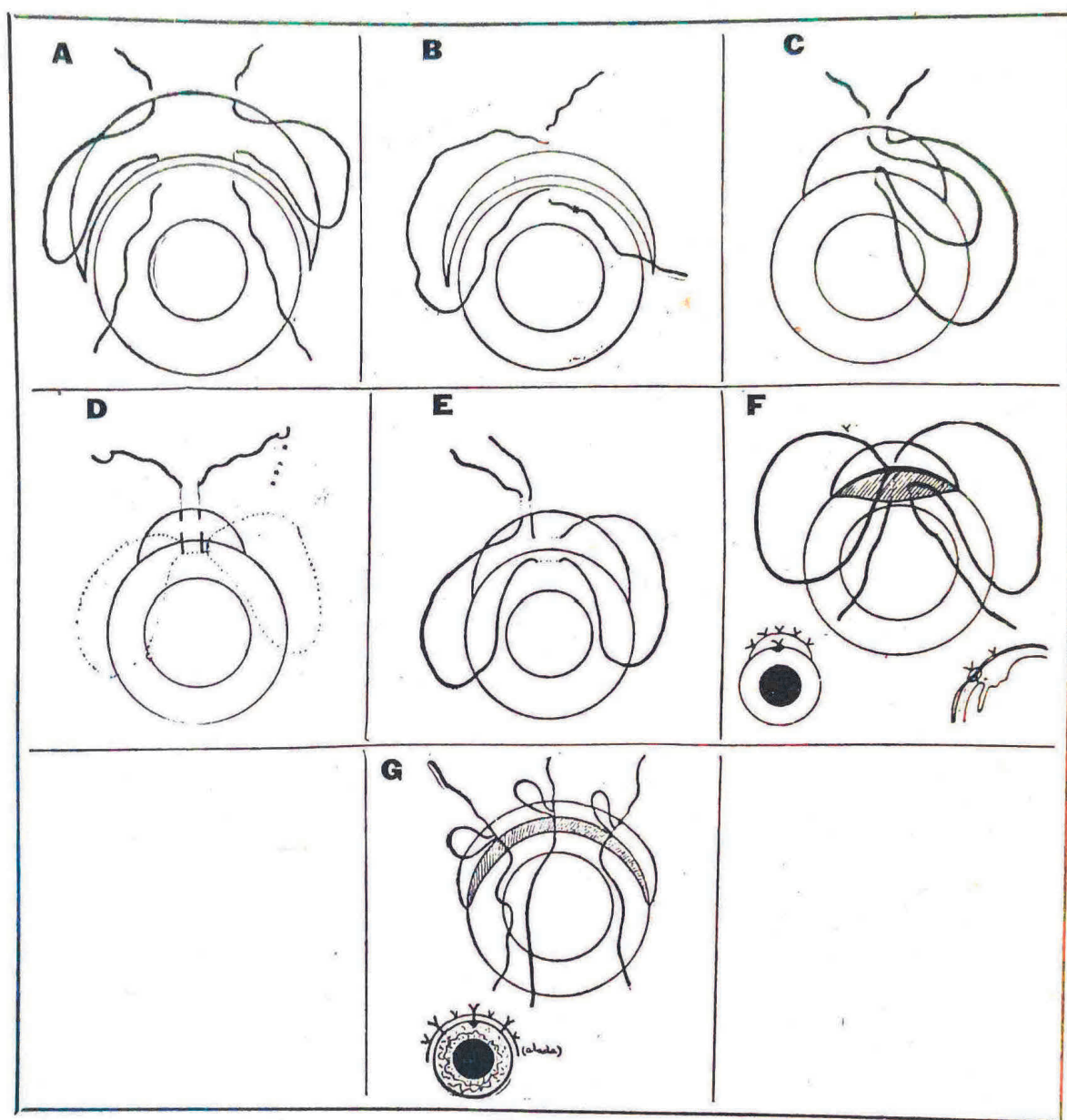


Fig. 4

WOLFE e MC LEOD modificaram a sutura córneo-conjuntival de VERHOEFF, passando os pontos pela córnea, esclera e conjuntiva. Após a extração, a sutura é atada e o retalho puxado sobre a córnea (Fig. 4-C).

RABINOWISCH emprega uma sutura córneo-esclero-conjuntival que, pelo resumo no American Journal of Ophthalmology, é idêntica

à sutura que era feita no serviço do Prof. HILTON ROCHA e que publicamos em Ophthamos em 1943: — uma agulha corneana de fio duplamente armado é passado horizontalmente através das fibras corneanas superficiais a 1 mm. do limbo. Um retalho conjuntival tipo KUHNT é previamente delineado, e as duas agulhas são passadas verticalmente através da episclera, 1 mm. acima do limbo, e através do retalho conjuntival a 4 mms. da sua borda. A secção corneana é então feita e, após a extração, a sutura é atada (Fig. 4-D).

O processo de STALLARD-LEECH-SUGAR, um dos melhores, é o tipo de sutura preferido por SPAETH e MALBRAN. Técnica: — Seccionam previamente a conjuntiva rente ao limbo superior. Passam o ponto corneano paralelo ao limbo e o ponto escleral, a céu aberto, também paralelo ao limbo. As duas extremidades são então passadas pela conjuntiva previamente dissecada; isto faz com que ao apertar o ponto, após terminada a operação, a conjuntiva permaneça recobrendo inteiramente a ferida. Uma das desvantagens deste processo é um pregueamento observado na córnea quando as extremidades da sutura são atadas (Fig. 4-E).

LINDNER e MC LEAN propuzeram a seguinte técnica: — um retalho conjuntival é dissecado em toda a extensão da metade superior da córnea. Junto à base do retalho, no próprio limbo, faz-se um pequeno sulco, cerca de metade do caminho para a câmara anterior. Este sulco pode ser feito com faca de GRAEFE, ceratôto ou mesmo um bisturi afiado. Uma agulha de KALT, montada em seda preta, desliza através da base da conjuntiva invertida e entra na base do retalho conjuntival incluindo os lábios esclerais da ferida; a sutura é então colocada de tal modo que, quando atada mais tarde, levará os lábios da ferida para trás, à sua posição primitiva, antes do olho ser aberto. A sutura é agora puxada para fóra do sulco por meio de um gancho rombo e a alça deixada de lado para dar passagem à faca de GRAEFE. A secção é feita debaixo do retalho, com a faca visível quando emerge na base do sulco, entre as alças da sutura. Tal secção não é tão difícil quanto parece e tem sido executada com sucesso, mesmo por principiantes. A extração é executada por processo comum e a sutura puxada e atada no fim da operação. Outros pontos complementares serão colocados nas bordas do retalho conjuntival, porém a firme coaptação da ferida é garantida pela sutura esclero-corneana. Esta sutura não é irritante para o olho, podendo os pontos ser retirados no fim de 10 a 12 dias (Fig. 4-F).

CASTROVIEJO executa o fechamento da ferida por um processo bastante seguro: — forma um retalho conjuntival com três milímetros

de largura em torno da metade superior do limbo, ficando a esclerótica contígua a esta região a descoberto, ao se inverter sobre a córnea o retalho conjuntival dissecado. Utilizando fio de sêda 6 zeros montado em agulha atraumática fina e resistente, passa-o primeiramente através do lábio superior da conjuntiva e depois através do terço externo da esclerótica de modo que a agulha penetre aproximadamente a uns três milímetros do limbo e saia a um milímetro dêle, apanhando portanto dois mms. de esclerótica. Coloca outros dois pontos conjuntivo-esclerais iguais ao anterior, equidistantes, entre o ponto central de sutura e os extremos da incisão conjuntival. Os outros tempos da sutura são efetuados depois de aberta a câmara anterior com o ceratôto e tesoura. Passa os três pontos inseridos previamente, através da base do retalho conjuntival aderente ao limbo, na própria linha de transição do retalho com o tecido corneano, o que equivale colocar a sutura em pleno tecido corneano, posto que a raiz da conjuntiva na córnea não é elástica. Uma vez colocados os três pontos de sutura conjuntivo-esclero-corneanos, procede a extração da catarata por qualquer processo e, uma vez extraída, atam-se os pontos. Quatro pontos complementares conjuntivo-conjuntivais acabam de fechar a ferida operatória. Com o emprego dêste método, diz CASTROVIEJO, a incisão fica fechada em dois planos, o plano profundo, sólidamente coaptado pelas suturas profundas, e o plano conjuntival, cobrindo por completo a incisão profunda, suturado em um plano distinto e sem permitir a comunicação direta da câmara anterior com o exterior.

Achamos que a única desvantagem do processo é a passagem dos pontos pela base do retalho conjuntival estando já aberta a câmara anterior, pois o traumatismo que sofre a córnea nessas manobras é indesejável, ocasionando ainda pregas na DESCemet, de desaparecimento às vezes demorado (Fig. 4-G).

São êstes, portanto, os principais tipos de sutura que, durante muitos anos vêm sendo ideados pelos oftalmo-cirurgiões, cada um procurando o melhor processo de fechamento da ferida na operação da catarata, com a finalidade de evitar acidentes, sempre desagradáveis, e às vezes fatais.

Na Clínica Oftalmológica do Hospital S. Geraldo, em Belo Horizonte, sob a direção do Prof. HILTON ROCHA, experimentamos diversos tipos de sutura. A conjuntivo-conjuntival foi abandonada pela sua pouca solidez, exigindo do paciente prolongada imobilidade post-operatória; facilitava o pinçamento e hérnia de iris, prolapso de vítreo, hifemas frequentes, além de por vezes retardar a formação da câmara anterior aumentando a percentagem de glaucoma secundário. Com o

fim de afastar êsses inconvenientes passamos a usar a sutura de KALT; a seguir a de STALLARD-LEECH-SUGAR, abandonando-a pela desvantagem de provocar facilmente o pregueamento da córnea no momento da tração dos fios. Apesar disso, êsse tipo de sutura, com pequena modificação, ficou reservado para os casos de olhos enoftálmicos, devido à facilidade na colocação do ponto escleral paralelo ao limbo (Fig. 5). Passamos a executar a técnica de CASTROVIEJO; foi também deixada de lado em vista da dificuldade na passagem dos pontos corneanos após abertura da câmara anterior e devido à ceratite estriada de longa duração que tivemos nos casos operados com o emprego desta sutura.

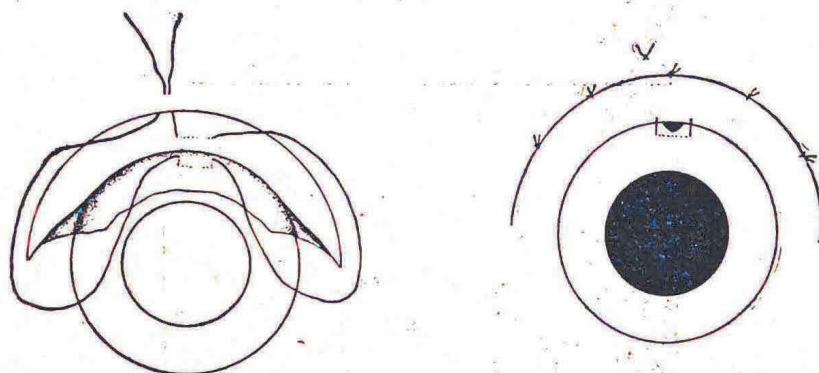


Fig. 5

Em vista disso o Prof. HILTON ROCHA modificou o método de sutura STALLARD-LEECH-SUGAR: começamos por seccionar, com auxílio de pinça e tesoura, a conjuntiva bulbar, rente à córnea, numa extensão aproximada de 5 mms., tendo o meridiano das XII horas por centro. Dissecamos para cima, formando um retalho de conjuntiva e deixando a descoberto uma pequena área de esclerótica. Em seguida, tomamos a agulha e fio e passamos através da conjuntiva, de fóra para dentro, a 6 mms. mais ou menos da margem conjuntival dissecada; puxamos o fio até restarem 5 cms. mais ou menos para fóra do ponto de entrada da agulha. Introduzimos agora a agulha na esclerótica a 4 mms. do limbo, formando um tunel vertical de 2 mms. Processamos então a passagem intra-corneana do fio de sutura, no sentido horizontal, a 1 mm. do limbo, formando um tunel de mais ou menos 2 mms. Puxamos o fio deixando uma alça e voltamo-lo seguindo caminho inverso após deixar nova alça. Entramos na esclerótica a 2 mms. do limbo, formando novo tunel vertical, paralelo e a 2 mms. do outro. Saimos novamente na conjuntiva, passando a agulha de dentro para fóra, junto do ponto de entrada inicial. Logo após a extração do cristalino, tomamos das extremidades do fio de sutura e puxamos suave-

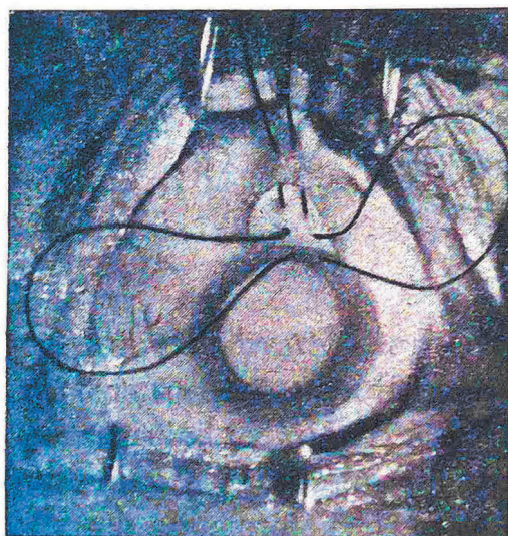
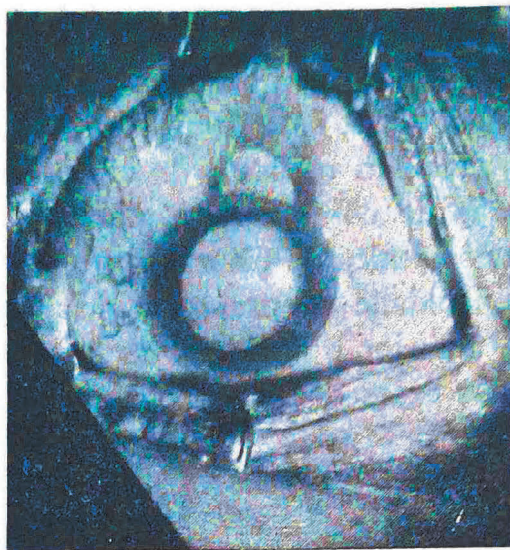


Fig. 6

mente até desaparecerem as duas alças laterais. Em seguida a sutura será atada (Fig. 6).

Durante certo tempo foi a técnica de sutura empregada na Clínica Oftalmológica do Hospital S. Geraldo. Apesar de muito sólida, fomos constatando que, em certos casos, a área de esclerótica exposta não permanecia bem recoberta nos primeiros dias, retardando o período de cicatrização. Para remover êsse inconveniente, propiciando ao mesmo tempo melhor campo para a passagem dos fios esclerais, além de facultar um retalho conjuntival aderente à córnea, útil à nutrição desta e à segurança cirúrgica, introduzimos pequena modificação que, apesar de um pouco mais trabalhosa, é compensada pelo resultado estético final e solidez da sutura. Iniciamos talhando um pequeno retalho conjuntival de 4 mms. de largura com o fim de deixar a descoberto uma área de esclerótica. Êsse retalho deve incluir a conjuntiva e o tecido sub-conjuntival, chegando a dissecção até o limbo. Rebate-se o retalho sobre a córnea e aparece então uma área de esclerótica descoberta. Utilizando-se um fio de sêda 6 zeros montado em agulha atraumática, passamo-lo primeiramente através do lábio superior da conjuntiva, de fóra para dentro, a 2 mms. da borda; puxamos o fio e introduzimos a agulha verticalmente na esclerótica a 4 mms. do limbo, emergindo a 2 mms. dêle, apanhando uma porção superficial de esclerótica de uns 2 mms. Puxamos o fio, deixando uma alça e passamo-lo através do retalho conjuntival, próximo de sua base. Puxado o fio, será passado então intra-corneano, no sentido horizontal, a 1 mm. do limbo, formando um tunel de mais ou menos 2 mms. Voltamo-lo então em sentido inverso, introduzindo a agulha na base do retalho conjuntival a 2 mms. da passagem anterior. Puxamos o fio e, após deixarmos nova alça, introduzimos a agulha na esclerótica a 2 mms. do limbo, formando novo tunel vertical, igual e paralelo ao primeiro. Saimos então com a agulha no lábio superior da conjuntiva, passando-a de dentro para fóra, junto do ponto de entrada inicial. Feita de preferência a extração total do cristalino, tomamos as extremidades do fio de sutura e puxamos suavemente até desaparecerem as duas alças laterais. Damos o nó. Mais três pontos conjuntivo-conjuntivais completam a perfeita oclusão da ferida (Fig. 7).

Essa modificação é de grande comodidade para o operado, pois não há necessidade de repouso absoluto e completa imobilidade; após 24 a 48 horas, podemos deixar o olho não operado sem oclusivo e o doente levantar-se. O astigmatismo post-operatório, na maioria dos casos é insignificante e às vezes nulo.

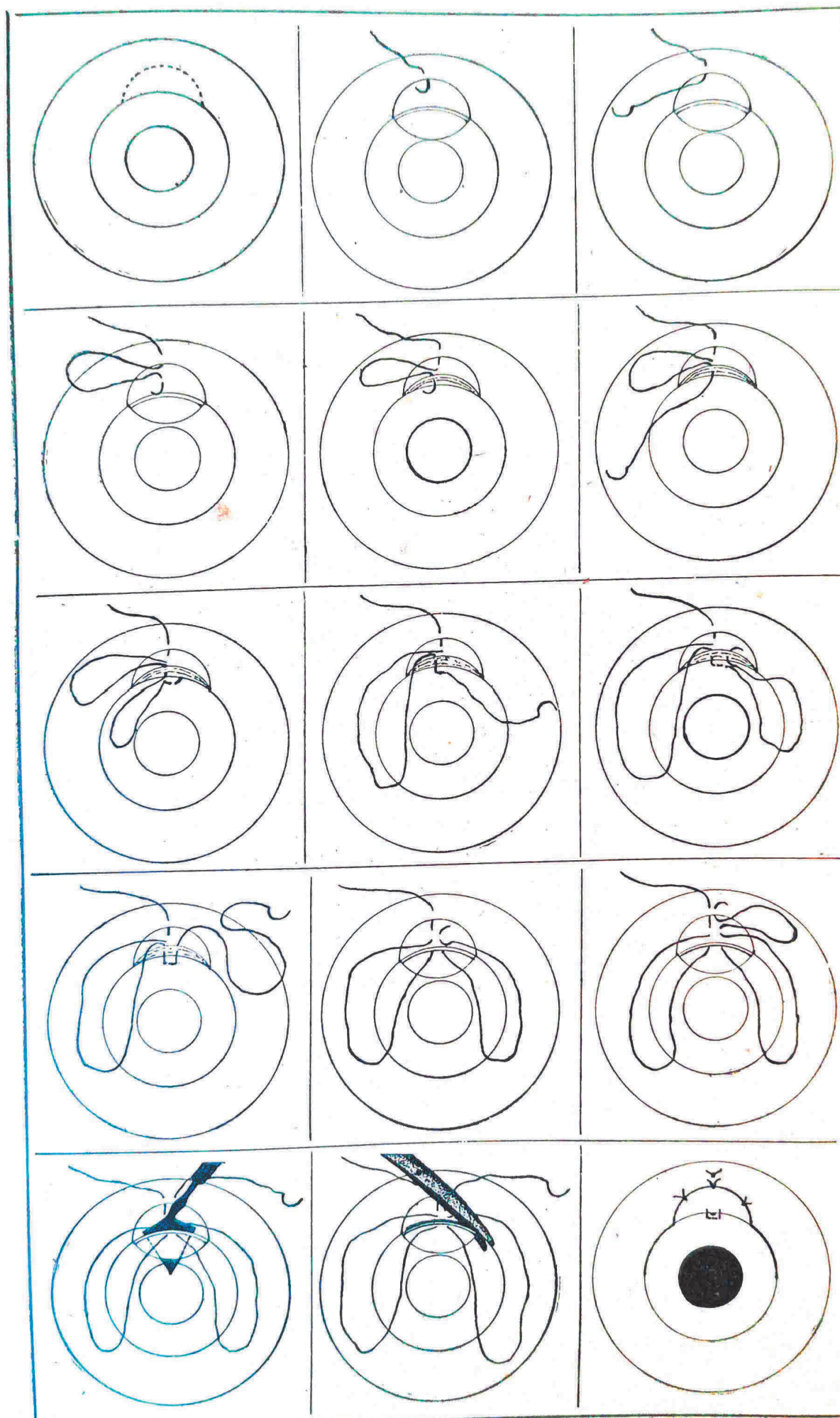
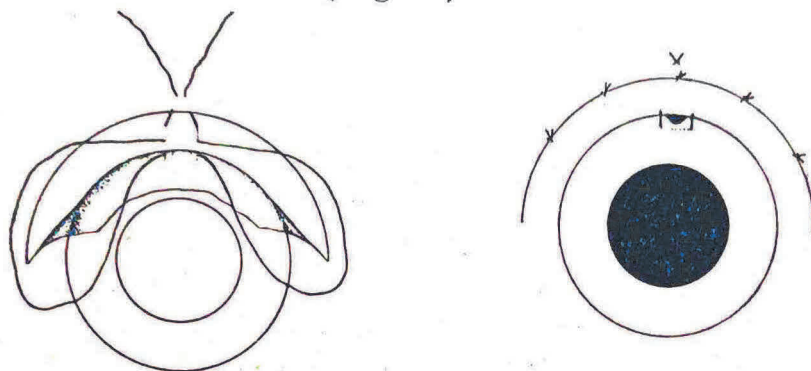


Fig. 7

Porém, como temos sempre em mente procurar o máximo de segurança para nossos operados, fomos constatando que o retalho conjuntival com apenas 4 mms. deixava grande parte dos lados da incisão sem proteção, resolvemos executá-lo abrangendo os 180 graus superiores do perímetro límbico (Fig. 8).



E, com êste tipo de sutura, duas vezes modificado, têm operado seus casos de catarata, todos os componentes do serviço de olhos do Hospital S. Geraldo, desde Janeiro de 1943. Foram operados 221 casos e, apesar de não termos estatística completa, podemos assegurar que os resultados têm sido bem compensadores: raríssimos casos de hifema post-operatório, nenhum caso de abertura da ferida, pouquíssimos pinçamentos irianos com ligeira deformação da pupila, nenhuma hérnia de iris, raros prolapsos do vítreo, astigmatismo post-operatório insignificante e muitas vezes nulo, reconstituição da câmara anterior rapidíssima na maioria dos casos, sensível diminuição do glaucoma secundário, período de internação hospitalar muito diminuído.

Justifica-se pois o nosso entusiasmo pelas suturas esclero-corneanas, cujo trabalho que acresce ao ato cirúrgico é vezes muitas compensado pela satisfação de o vermos concluído com o máximo de segurança, propiciando o mínimo de riscos e a menor percentagem de acidentes.

A técnica que utilizamos nos inspira grande confiança; mas sempre inspira grande confiança a técnica que cada um se esmera em dominar. Porém uma verdade sobrepára à crítica e permanece eloquente à margem de filigranas de técnica: a operação da catarata exige a sutura esclero-corneana, como complemento de eficácia e aprimoramento.

RESUMO

O A. descreve as diversas técnicas de sutura adotadas para o fechamento da incisão, na operação de catarata. Após ligeiro histórico, focaliza as desvantagens das operações sem sutura.

Subdivide os métodos "com sutura" em: Conjuntivo-conjuntival (inclusive ponte e recobrimento), córneo-conjuntival (inclusive esclero-conjuntival), e córneo-escleral (inclusive córneo-esclero-conjuntival).

Principais processos:

a) Conjuntivo-conjuntivais: 1.º — Retalho conjuntival clássico, adotado por Arruga, Elschnig, Sinclair, Terson e outros. 2.º — Recobrimento conjuntival (Faure, Van Lint, Federici, Birsch-Hirschfeld, Clark, Villard, Bartels, Gifford, Olah, Wood). 3.º — Ponte conjuntival (Chuckie, Wenzel, Desmarres, Hazner, Lamb, Pavia e Dusseldorp, Patton, Eber, Pochissof, Salaviev, Slocum).

b) Córneo-conjuntivais: — Frisch, Verhöeff, Scandbygaard.

c) Esclero-conjuntivais: — Derby, Walker, Van Poole, Horwath, De Vaul.

d) Córneo-esclerais: — Suárez de Mendoza, Kalt, Liégard, Piccaluga, Baldino, Saint-Martin, Stallard, Olmos, Corboy.

e) Córneo-esclero conjuntivais: — Frisch-Gomez Marquez, Wolfe-McLeod, Rabinowisch, Stallard-Leech-Sugar, Lindner-Mc Lean, Castroviejo.

Descreve a técnica de sutura adotada na Clínica Oftalmológica do Hospital S. Geraldo, de Belo Horizonte: é uma sutura córneo-esclero-conjuntival que tem dado ótimos resultados. Dissecado um pequeno retalho conjuntival de mais ou menos três milímetros de largura, aderente à metade superior do perímetro limbo, passa-se um fio que, atravessando o lábio superior da conjuntiva, fará tunel vertical na episclera, passará pela base do retalho, tunel horizontal na córnea, novamente pela base do retalho, depois novo tunel na episclera em sentido oposto e paralelamente ao primeiro, para sair na conjuntiva, junto da entrada inicial. Após extração intra-capsular, ata-se o fio. Colocam-se cinco pontos de sutura conjuntivo-conjuntivais complementares nas margens do retalho conjuntival.

De Janeiro de 1943 a Agosto de 1945 foram operados, utilizando-se essa sutura, 221 casos, com ótimos resultados: raríssimos casos de hifema post-operatório, nenhum caso de abertura da ferida, pouquíssimos casos de deformação da pupila, nenhuma hérnia de íris, raríssimos prolapsos de vítreo, insignificante (às vezes nulo) astigmatismo post-operatório, rapidíssima reconstituição da câmara anterior, percentagem mínima de glaucoma secundário, grande diminuição do período de internação hospitalar.

Termina dizendo que a operação de catarata exige a sutura esclero-corneana, como complemento de eficácia e aprimoramento.

SUMMARY

The A. describes several techniques of suture for closing the wound in cataract operation. After brief history about the different procedures in use, he stresses the disadvantages of operations without sutures. He subdivides the methods "with sutures" in: Conjunctive-conjunctival (Conjunctival bridge and recovering inclosing), corneal-conjunctival (scleral-conjunctival inclosing), and corneal-scleral (corneal-scleral-conjunctival inclosing).

Principal processes:

a) Conjunctive-conjunctival: — 1st) Classic conjunctival flap used by Arruga, Elschnig, Sinclair, Terson. 2nd) Conjunctival recovering (Faure, Van Lint, Federici, Birsch-Hirschfeld, Clark, Villard, Bartels, Gifford, Olah, Wood). 3rd) Conjunctival bridge (Chuckie, Wenzel, Desmarres, Hazner, Lamb, Pavia, Dusseldorp, Patton, Eber, Pochissoff, Salaviev, Slocum).

- b) Cornea-conjunctival: — Frisch, Verhoeff, Scandbygaard.
- c) Sclera-conjunctival: — Derby, Walker, Van Poole, Horwath, De Vault.
- d) Cornea-scleral: — Suárez de Mendoza, Kalt, Liégard, Piccaluga, Baldino, Saint-Martin, Stallard, Olmos, Corboy.
- e) Cornea-sclera-conjunctival: — Frisch-Gomez Marquez, Wolfe-Mc Leod, Rabinowisch, Stallard-Leech-Sugar, Lindner-Mc Lean, Castroviejo.

He describes the technique of suture used in the Ophthalmology Clinic of S. Gerald EENT Hospital, of Belo Horizonte: It consists of a corneal-scleral-conjunctival suture which has given satisfactory results. A small conjunctival flap, about 3 mms. wide, is dissected out, attached to the entire upper half of the limbal perimeter. Then a thread is inserted which crosses the upper conjunctival lip, produces a vertical tunnel in the episclera, run through the base of the conjunctival flap, it will make horizontal tunnel in the cornea, again through the base of the conjunctival flap. Then another tunnel in the episclera in opposite direction and parallelly to the first one. This thread points out into the conjunctiva, close to its inicial entrance. After intra-capsular extraction the thread is tied up. Then five supplementary stitches are tied over the edges of the conjunctival flap.

From January 1943 to August 1945, 221 cases have been operated upon using this type of suture, with good results: very few cases of post-operative hiphoema, no cases of gap of the wound, very few cases of deformation of the pupil, no one hernia of iris, very few cases of prolapsus of vitreous, very slight (sometimes none) post-operative astigmatism, very swift restoration of the anterior chamber, the smallest percentagem of secondary glaucoma, great decrease of the period of hospitalization.

The A. ends his paper stating that the cataract operation requires a corneal-scleral suture, as a complement of safety and accomplishment.

BIBLIOGRAFIA

- BALDINO, S. — *Rass. Ital. Ottalm.* 4:538, 1935.
 Abstr.: *Amer. Jour. Ophth.* 19:270, 1936.
- BARRAQUER, I. — *Ann. d'Ocul.* 176:470, 1939.
- BELLOWS — *Cataract and anomalies of the lens.* — 1944.
- BONFIOLI, A. — *Ophtalmos* 3:177, 1943.
- CASTROVIEJO, R. — *Amer. Clin. pg.* 98, Maio 1942.
- BIRCH-HIRSCHFELD — *Zeitung f. Augenh.* 74:1, 1931.
 Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 14:1293, 1931.
- CLAPP, C. A. — *Cataract its etiology and treatment* — Lea & Febiger — 1934.
- CLARK, W. B. e FISCH, J. W. — *New Orleans Med. and Surg. Jour.* 90:87, 1937.
 Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 21:574, 1938.
- CORBOY, P. M. — *Am. Jour. Ophth.* 22:174, 1939.
- CORNET, E. — *Ann. d'Ocul.* 176:550, 1939.
- DAVIS, F. A. — *Arch. Ophth.* 31:321, 1944.
- EEER, C. I. — *Am. Jour. Ophth.* 12:106, 1929.
- ELSCHNIG, A. — *Am. Jour. Ophth.* 11:267, 1928.
- FRIEDMAN, S. I. — *Averbach Jubilee 1935*, pg. 566.
 Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 18:811, 1936.

- GAILEY, W. W. — *Am. Jour. Ophth.* 21:855, 1938.
- GIRIDAR, P. D. — *Proc. All-India Ophth. Soc.* 5:94, 1936.
Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 21:574, 1938.
- HILDING, A. — *Am. Jour. Ophth.* 22:1407, 1939.
- HORVATH, B. — *Szemészet* 1:22, 1938.
Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 22:798, 1939.
- KLEIN, M. — *Trans. Ophth. Soc. Uni. King.* 59:293, 1939.
Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 23:490, 1940.
- LÉNARD, I. — *Szemészet* 1:29, 1938.
Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 22:799, 1939.
- LEECH, V. M. e SUGAR, H. S. — *Am. Jour. Ophth.* 22:1154, 1939.
- Mc LEAN, J. M. — *Arch. Ophth.* 23:554, 1940.
- MALBRAN, J. — *Arch. Ophtalm. B. Air.* 16:572, 1941.
- O'BRIEN, C. S. — *Am. Jour. Ophth.* 14:1.132, 1931.
- OLMOS, E. S. — *Anales de la Soc. Mex. de Oft. y oto-rino-lar.* 14:153, 1939.
- PATON, L. — *Brit. Jour. Ophth.* 12:525, 1928.
- PAVIA, L. e DUSSELDORP, M. — *Am. Jour. Ophth.* 10:661, 1927.
- POCHISSOFF, N. — *Klin. M. f. Augen.* 88:90, 1932.
Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 15:463, 1932.
- RABINOWISCH, M. — *Soviets kii Viestnik ophth.* 3:373, 1933.
Abstr. *Am. Jour. Ophth.* 17:457, 1934.
- REA, R. L. — *Trans. Ophth. Soc. Un. King.* 55:300, 1935.
Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 18:733, 1936.
- SAINT-MARTIN, R. DE — *L'Extraction Capsulo-lenticulaire de la Cataracte* — *Soc. Franc. d'Opht., Masson et Cie.,* 1935.
- SAINT-MARTIN, R. DE — *Extraction intra-capsulaire de la Cataracte* — *Traité d'Opht.* VII: 689, 1939.
- SAINT-MARTIN, R. DE — *Prospects of the intracapsular extraction of the cataract.* — *Modern Trends in Ophthalmology,* 1940.
- SALAVIEV, S. V. — *Archiv. Ophtalmologii* 8:280, 1931.
Abstr.: — *Am. Jour. Ophth.* 15:259, 1932.
- SCANDBYGAARD, B. — *Acta Ophth.* 6:474, 1929.
Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 12:783, 1929.
- SLOCUM, G. — *Arch. Ophth.* 10:329, 1933.
- SPAETH, E. B. — *Principles and practice of ophthalmic surgery* — Third edition — *Lea & Febiger, Philadelphia.*
- SPRATT, C. N. — *Trans. Sec. on ophth., Amer. Med. Assoc.,* pg. 96, 1931.
Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 15:583, 1932.
- STALLARD, H. B. — *Brit. Jour. Ophth.* 22:269, 1938.
- VAN LINT, A. — *Extraction extra-capsulaire de la cataracte* — *Traité d'Opht.* VII:588, 1939.
- VAN POOLE, G. Mc D. — *Am. Jour. Ophth.* 16:788, 1933.
- VERHOEFF, F. H. — *Am. Jour. Ophth.* 17:53, 1934.
- VILLARD, H. — *Bull. Soc. Franc. d'Opht.* 51:549, 1938.
Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 22:571, 1939.
- WALKER, C. B. — *Trans. Amer. Ophth. Soc.* 27:51, 1929.
Abstr.: *Am. Jour. Ophth.* 13:273, 1930.
- WOLFE, O. R. e Mc LEOD, J. — *Arch. Ophth.* 8:238, 1932.

Após a leitura do relatório do Dr. Bonfioli, foi proposta a discussão em conjunto dêste e do escrito pelo Dr. Caldas Brito, uma vez que os assuntos eram afins. Aceita a sugestão, deu início o Dr. Caldas Brito à leitura do seu trabalho, que será publicado em o nosso próximo número, quando deveremos encerrar a publicação dos Anais das Jornadas Oftalmológicas de 1945.