

MEDICINA PSICOSSOMÁTICA EM OFTALMOLOGIA (*)

Dr. ALCIDES SAVERIO BLOIS (***) — São Paulo

«... nada es verdade ni mentira... todo es segun el color del cristal com que se mira». Campoamor

INTRODUÇÃO

Histórico:

Desde a antiga Grécia temos os precursores da medicina psicossomática. Assim Sócrates, falando dos bárbaros da Trácia: «êles sabiam que o corpo não podia ser curado sem a alma»... Hipócrates: «a fim de curar o corpo humano é necessário ter um conhecimento do conjunto».

Apesar das concepções filosóficas antigas, à respeito do problema corpo-alma, a medicina evoluiu para o lado somático e sempre procurou a causa das doenças em alterações estruturais orgânicas. Foi a época dos patologistas, quando cada doença deveria ter uma causa anatomo-patológica demonstrável.

Com os trabalhos de Sigmund Freud começou-se a tomar conhecimento das reações emocionais e subjetivas dos seres humanos, considerando-se o homem não só um ser reacional, mas também um ser emocional. Foi a psicologia de Freud que revelou essa outra face psíquica, profunda, inconsciente e importante para o conhecimento de toda a medicina integral.

Em 1915, Freud em uma de suas conferências sobre Psicaná-

(*) Tema oficial do X Congresso Brasileiro de Oftalmologia (4 a 9 de julho 1958).

(**) Assistente da Clínica Oftalmológica da Escola Paulista de Medicina e do Centro de Estudos de Oftalmologia.

lise dizia palavras que ainda hoje devem ser meditadas por muitos dentre nós: «vossa preparação médica tem dado à vossa atividade mental uma determinada orientação que a afasta de muito da psicanálise. Os tem habituado a basear em causas anatômicas as funções orgânicas e suas perturbações, e, a explicá-las dos pontos de vista químico e físico, concebendo-as biologicamente, mas nunca tem sido dirigido vosso interêsse à vida psíquica na qual, sem embargo, culmina o funcionamento de nosso organismo tão maravilhosamente complicado. Resultado desta preparação é que desconhecéis em absoluto a disciplina mental psicológica e haveis acostumado a mirá-la com desconfiança, negando-lhe todo o caráter científico e abandonando-a aos profanos, poetas, filósofos e místicos. Mas com tal conduta estabeleceis uma limitação desvantajosa de vossa atividade médica, pois o enfermo lhe apresentará em primeiro lugar, como sucede em tôdas as relações humanas, sua face psíquica, e, para vosso castigo, sois obrigado a abandonar a aquêles que com tanto desprezo qualificais de místicos da medicina, uma grande parte do influxo terapêutico que desejeis exercer».

Se assim alertava Freud em 1915, ainda hoje o estudante de medicina desde o primeiro ano aprende tudo sôbre o orgânico, pouco ou nada sôbre o psíquico. Para êle, o indivíduo é musculo, fascia, osso, etc. . .

Aparecem os pesquisadores no terreno cultural e antropológico mostrando sofrer o Homem a influência de seu meio cultural e social sôbre sua predisposição hereditária e constitucional. Essa antropologia cultural mostra que o indivíduo além da herança genética possui uma herança social, a Cultura. Depois do nascimento sofre êle a influência do meio, pelo exemplo, pela imitação.

O termo «Medicina Psicossomática» foi empregado pela vez primeira em 1818, por Heinroth. Etimologicamente vem do grego: psyche - alma e somatos-corpo.

O aparecimento concreto da medicina psicossomática se faz em 1935, com Flander Dunbar (Emotion and Bodily Changes), quando define: «Psico e soma representam dois ângulos de observação. Nossa compreensão da doença repousa no quadro que se

forma quando vistos êstes ângulos simultâneamente, a unidade estereoscópica».

Outras concepções mais recentes, vêm dar ênfase a essa medicina integral. Temos assim a «Teoria dos níveis de emergência» na qual a medicina para ser integral deve considerar o Homem segundo a complexidade fisiológica (função dos diferentes órgãos), o psicológico-espiritual (existencial) e o sócio-cultural. A «Teoria da senso-percepção ou Gestalt», de Ehrenfels — «o todo não é igual à soma das partes porém é igual à soma destas partes mais um certo «quê» que dá o sêlo, o sinal característico ao todo». É necessária a integração das partes para se compreender o composto.

Mais recentemente os trabalhos sôbre o Hipotálamo, os estudos de Selye sôbre o «stress» e os estudos de Laborit sôbre a hibernação, nos abrem um caminho para a medicina integral, considerando-se os níveis diferentes ou sistemas somáticos, psicológico, sociológico e cultural.

* * *

ACÃO DOS FATORES PSICOSSOMÁTICOS

Desde os trabalhos de Selye sôbre «stress» sabemos que as «Emoções» agem como agentes agressores e que a ação dos fatores psíquicos não é diferente da exercida por outros fatores: tóxicos, mecânicos e infecciosos.

Hoje «Emoção» significa movimento, excitação e perturbação. As emoções foram classificadas em diversas categorias pelos pensadores. Para Descartes: admiração, amor, ódio, desejo, alegria e tristeza; Spinoza: alegria, tristeza e desejo; Joegensen: medo, felicidade, pena, desejo, cólera e vergonha; para Watson: medo, cólera e amor; Mira y Lopes acha que as emoções são: medo, amor, ira e dever (Os 4 Gigantes da alma). Para Thomaz Young «emoção é um transtôrno agudo do indivíduo, de origem psicológica, que complica sua conduta, experiência consciente e funcionamento visceral».

Seria a emoção um fenômeno agudo partindo de uma alteração psicológica; tornando-se crônica teríamos a neurose. Nesta o indivíduo está sempre sob o domínio de um transtorno emocional.

A emoção como agente agressor, desencadeia reações complexas sobre o sistema nervoso e o sistema endócrino. Manifesta-se por uma série de modificações somáticas: perturbações viscerais, da mímica, movimentos dos membros, etc. e modificações psíquicas. Conhecemos as palpitações, empalidecimentos, rubor, dilatação pupilar, perturbações gastro intestinais, da diurese, lacrimejamentos, ereção dos pelos.

Nos estudos de Selye sobre o Mecanismo do «Síndrome geral de Adaptação» vemos os agentes provocadores modificarem o estado normal do organismo, resultando em uma série de alterações fisiológicas. Para esse autor as causas de «stress» são de natureza diversa: agentes físicos, químicos, nervosos, infecciosos, etc.. Entre os nervosos estariam as Emoções.

O Síndrome Geral de Adaptação é a soma de todas as reações gerais não específicas, resultantes da atuação prolongada do «stress». É difícil uma classificação das doenças de adaptação. Além das produzidas por disfunção primitiva do sistema Hipófise-supra renal, temos o grupo das doenças do colágeno, as síndromes reumáticas, as hipertensões arteriais, as escleroses vasculares, os **transtornos psicossomáticos**, as afecções alérgicas, etc.. Seriam as doenças de adaptação, as devidas a uma anormalidade no processo de adaptação.

Agiriam as emoções como fatores desencadeantes, verdadeiros «stress». Estariam entre aquele grupo tão heterogêneo de agentes, que juntamente com outros, ocasionariam a chamada «Doença da Civilização».

«Por doença da Civilização entende-se que são as relativamente raras entre os elementos das Civilizações primitivas, sendo entretanto muito observáveis nas Civilizações adiantadas como aquela em que vivemos»... «Seria o produto da incapacidade do organismo se adaptar aos violentos e incessantes estímulos a que estão sujeitos os indivíduos forçados a se beneficiarem com as mara-

vilhas da Civilização moderna, desde a angústia pelo dia de amanhã até o barulho das buzinas e rádios» (G. L. Berrettini).

O substrato anatômico da emoção é formado pelo sistema límbico (área piriforme, girus do hipocampo, girus piriforme e girus subcaloso), pelo Diencefalo (tálamo e hipotálamo), pelo sistema reticular da haste do encéfalo (importância na fisiologia da cortex, mantendo-a despertada), pelo simpático e parasimpático e algumas glândulas de secreção interna.

Estudos recentes sobre o hipotálamo demonstram que está ligado à Hipófise através de fibras nervosas oriundas de vários núcleos — o feixe hipotalâmico-hipofisário (13.º par craneano de alguns autores) e por vasos que vão do hipotálamo à hipófise. Assim a hipófise controlaria fisiologicamente o hipotálamo por intermédio dessa conexão vascular e nervosa. Como essa glândula por intermédio de seus hormônios do lobo anterior regula as demais glândulas endócrinas, o hipotálamo e a hipófise formariam o sistema Hipotálamo-Hipofisário regulador do sistema endócrino do organismo.

É o Hipotálamo considerado parte integrante do sistema endócrino e nele encontramos formações que vêm do bulbo, fibras sensitivas, fibras do cerebelo e da córtex cerebral.

Trabalhos experimentais demonstraram que o estímulo elétrico de certas partes do sistema nervoso, principalmente o Hipotálamo, reproduzem em animais as modificações somáticas (viscerais e expressões) que surgem em certos estados emocionais.

Para Ranson o Hipotálamo, na sua totalidade seria uma formação simpática, seu estímulo produziria um efeito simpático. Já para Beattie o segmento pré-infundibular teria função para simpática, enquanto o segmento post-infundibular teria formação simpática. Um estímulo do 1.º ocasionaria contração vesical, gástrica e intestinal, enquanto o estímulo do segmento post-infundibular daria um efeito antagônico.

É certo que o Hipotálamo regula diversas funções da vida somática a saber: função metabólica; função esócrina (da secre-

ção sudorípara, láctea, digestiva); função endócrina; função neuro-somática (sensória ótica, olfativa e o sono) funções motoras vegetativas e o centro regulador da hipófise.

Acredita-se hoje ser o Hipotálamo centro de várias desordens mentais do Homem, principalmente de sua psico-patologia emotiva. Daí ser dada ao Diencefalo a definição de «Aparêlho trofo-psico-regulador», verdadeira ponte entre o somato e o psíquico (Pende).

A Córtex não é necessária para a expressão dos fenômenos emocionais (experiências do cão descorticado de Eretz em 1891). Alguma parte do diencefalo deve ser responsabilizada por estas respostas específicas. Experiências de Bardo estabelecem a origem sub cortical para a expressão das emoções, achando ser o Hipotálamo posterior o centro principal de sua integração motora.

Ranson demonstra os efeitos de estímulos no Hipotálamo. Estímulos elétricos no Hipotálamo em animais anestesiados, ocasionam descargas idênticas ao complexo de raiva em animais normais, indicando que estas respostas somáticas (sinais exteriores da emoção) se integram no Hipotálamo.

Gelhorn acha que os estímulos hipotalâmicos também produzem alterações corticais, permitindo ao animal da experiência não só exteriorizar reações expressivas das emoções, mas também senti-las.

Cannon, mais recentemente, localiza essa estrutura funcional das emoções do tálamo óptico. Receberia o tálamo óptico 2/3 da sensibilidade geral. Coloca-se em relação com a córtex cerebral por meio das fibras tálamo-corticais. Recebe da córtex as fibras que formam a via córtico-talâmica (com função inibidora e controladora do tálamo). Está em relação com o Hipotálamo por intermédio de fibras nervosas. É o tálamo o centro da sensibilidade, da sensação do agradável e desagradável. Estando também em relação com os centros hipotalâmicos do simpático e parasimpático, constitui o ponto de partida de infor-

mações que repercutem no funcionamento visceral através do Hipotálamo, simpático e parasimpático.

O Hipotálamo recebendo estímulos do tálamo, e da córtex cerebral, os conduz através do parasimpático e simpático às vísceras e, pela via hipotálamo-hipofisária à hipófise, e, através desta ao sistema endócrino, modificando o meio interno do organismo.

Estímulos que partem da córtex (estímulos periféricos — visão, audição, olfação, gustação e tátil) ou uma recordação (emoção) podem desencadear os estímulos que percorrem esse substrato anatômico.

O simpático e parasimpático através de seus hormônios (adrenalina e acetilcolina) constituem a parte final desse substrato.

Percebe-se então a possibilidade das emoções agirem sobre o aparelho visual por duas vias: 1.^a) perturbação hipotalâmica, influenciando diretamente o sistema nervoso autônomo; 2.^a) ação hormonal, pela via hipofisária.

Em resumo, as estruturas que têm relação com distúrbios emocionais são: tálamo, hipotálamo, córtex cerebral (altos centros do SNA) as glândulas endócrinas (especialmente hipófise e supra-renais).

a) estados emocionais são envolvidos na mesma região do cérebro na qual está localizados os altos centros do SNA.

b) as glândulas supra renais e hipófise conectadas com o S. N. A. participam na atividade do mecanismo da emoção.

c) os efeitos das emoções são transmitidos pelo organismo através do S. N. A. e dos hormônios dessas glândulas.

d) alguns dos efeitos dos estados de ansiedade são: a) aumento da libertação da epinefrina; b) aumento do «out put» cardíaco; c) diminuição do volume minuto sanguíneo; d) alterações na pressão sanguínea, no metabolismo e na distribuição do sangue às várias partes do corpo; e) aumento no número de hema-

tias; f) aumento da taxa cardíaca e respiratória; g) hiperglicemia; h) dificuldade de digestão; i) secura da boca e garganta; j) tendência a freqüente micção e diarréia; k) tremor; l) tensão muscular; m) palidez ou rubor da face; n) distúrbio da atenção, memória, razão e julgamento, etc.. Para o lado do aparelho visual encontra-se: 1) aumento do tamanho das pupilas; 2) alargamento da fissura palpebral; 3) proptose do globo ocular; 4) hipersecreção das glândulas lacrimais; 5) espasmos das artérias retinianas, etc..

MEDICINA PSICOSSOMÁTICA EM OFTALMOLOGIA

A oftalmologia médica nestes últimos anos vem demonstrando tendência para orientação mais humana. Estão os oftalmologistas observando que o indivíduo não pode mais ser dividido em duas partes, isto é, psico e soma, que os fenômenos psicológicos e somáticos não podem ser dissociados, mas, sim considerados como dois aspectos de um mesmo processo.

Birge divide as manifestações oculares de processos psicológicos em duas partes: 1) psiconeuroses oftálmicas (doenças oculares simuladas) e 2) as oftalmopatias associadas com psiconeuroses (doença ocular relacionada a psiconeuroses). As primeiras, **Psiconeuroses oftálmicas**, são diferentes formas de doenças simuladas, com neurose ocular aguda ou crônica: as cegueiras histéricas, histerias de conversão, hipocondrias, etc.. A ansiedade ocular seria uma das condições mais comuns, com uma sintomatologia variada: dores oculares, fotofobia, epífora, pestanejar, distorsões e fadigas. Com as manifestações histéricas de amaurose, paralisias de acomodação, campo visual reduzido e alterações na visão de cor. As **Doenças oculares relacionadas a psiconeurose**, seriam as doenças oculares complicadas por uma psiconeurose. Ex.: erros de refração, anomalias oculares, doenças primárias oculares tais como glaucoma, catarata, queratites, etc., doenças oculares neurológicas, médicas e cirúrgicas.

D. O. Harrington estudando as interrelações psicossomáticas em Oftalmologia, classificou os distúrbios oculares de origem psi-

cógena em 3 grupos principais: Sintomas de conversão, Neuroses vegetativas e Psicoses com sintomas oculares.

Sintomas de conversão — seria a expressão simbólica de um conteúdo emocional bem definido. Expressaria ao mesmo tempo a emoção reprimida e sua rejeição. Ocasionalmente um estado de tensão, levando a uma condição patológica. Entre estes inclui: Bléfaro-espasmo, Espasmo de convergência, Astenopia, Fotofobia, Ambliopia e Amaurose histérica.

Neuroses vegetativas — não é a expressão de uma emoção, mas sim o acompanhamento fisiológico de um estado emocional, constante ou periódico. Entre estes inclui: Espasmo cilia, Amaurosis fugax, Retinopatia central angioespástica, Migraine e Glaucoma.

Psicoses com sintomas oculares — Psicoses tais como esquizofrênia e psicose maníaco-depressiva comumente apresentam distúrbios visuais que não têm origem orgânica.

Sir S. Duke-Elder em 1949, no 4.º volume de sua obra, fazendo exceção aos livros de textos de Oftalmologia, faz um estudo dos distúrbios oculares de origem psicógena, dividindo-os em 2 grupos principais:

1) **Estados de reação afetiva** — caracterizados tipicamente por ansiedade ou depressão, sucumbindo o paciente ao «stress» da vida, desenvolvendo sintomas psicossomáticos.

2) **Estados histéricos** — nos quais o paciente escapa de determinada situação, subconscientemente, criando algum sintoma sem base orgânica.

Considera ainda este Autor uma 3.ª reação, a **Dissimulação**, onde a situação criada é consciente, para um determinado fim.

O número de sintomas oculares que podem ocorrer em casos neuróticos, particularmente na Histeria, é longo, Duke-Elder dividindo-o em:

a) Distúrbios visuais (amauroses, ambliopias, diplopias, etc.).

- b) Distúrbios motores (ptoses, blefaroespasmos, estrabismos, etc.).
- c) Distúrbios perceptíveis — despersonalização.
- d) Distúrbios sensoriais (cefaléas, anestesia corneana, etc.).
- e) Distúrbios de secreção (lacrimejamento).
- f) Automutilações.

Outro autor, T. F. Schlaegel, faz um estudo de toda a patologia ocular sob o ponto de vista psicossomático, enquadrado nos dois grupos de Harrington; os Sintomas de conversão e as Neuroses vegetativas.

Hartmann estudando também os fatores psicossomáticos na etiologia de certas afecções oculares, enumera os tics, sintomas oculares histéricos, alterações circulatórias, acidentes alérgicos, estrabismos, astenopias, glaucoma, etc..

No 5.º Congresso Pan American de Oftalmologia Harold Falls cita a Ambliopia histérica, Estrabismo, Dislexia específica e desordens neuro-circulatórias como desordens Psicossomáticas.

Burch em interessante estudo feito sobre reações psiconeuróticas em Oftalmologia conclui que de todas as reações psicógenas que podem atingir o olho, é a Histeria a mais comum. Encontramos na histeria os tics motores, paralisias, anestésias, alterações no campo visual, cegueira noturna, etc.. Nas reações de ansiedade, além de sintomas gerais como palpitação, taquicardia, poliúria, diarréia, encontramos para o lado do ap. visual o lacrimejamento, fotofobia, bléfaro-espasmo. Na neurastenia podemos encontrar dores oculares, fotofobia. Nas reações de psicastenia e hipocondrias também encontramos estes sintomas oculares.

No curso de Oftalmologia da Ac. Am. de Oftalm. e Otorrino em 1954 Aldrich distingue:

a) reações psicofisiológicas: seria uma ansiedade reprimida expressando-se em transtornos oculares. Ex.: glaucoma.

b) reações hipocondríacas: ansiedade deslocada para uma área específica do corpo, estando o paciente predisposto.

c) reação emocional (à uma enfermidade orgânica): teríamos a depressão e apatia nos cegos.

d) reação de conversão: seria a conversão de uma ansiedade em sintomas físicos.

e) reação psicótica: exemplo, as alucinações visuais.

Podemos agrupar todos êstes sintomas oculares onde encontramos como fator etiológico uma repressão, um deslocamento de sintomas ou uma conversão em:

1) Distúrbios visuais:

- a) Cegueira funcional para côres.
- b) Ambliopias ou visão deficiente sem suficiente causa objetiva.
- c) Vícios de refração e astenopias acomodativas.
- d) Aniseiconia.
- e) Alterações intra-oculares — môscas volantes.
- f) Cegueiras noturnas.
- g) Alterações no campo visual.

2) Distúrbios sensitivos:

- a) Fotofobias.
- b) Anestésias — conjuntivais e corneanas.
- c) Hiperestésias.

3) Distúrbios vaso-motores e secretores:

- a) Bléfaro-conjuntivites.
- b) Amaurose fugax — desde a ofuscação visual passageira, de alguns segundos, até a de duração prolongada.
- c) Tromboses da veia central da retina.
- d) Retinopatia central angioespástica.
- e) Lacrimejamentos.
- f) Edemas angioneuróticos.
- g) Ataques glaucomatosos — agudos e crônicos.
- h) Migraine.

4) Distúrbios motores:

- a) Espasmos palpebrais — bléfaro espasmos.
- b) Ptoses palpebrais.

- c) Espasmos de acomodação e paralisias de acomodação.
- d) Insuficiências e excessos de convergência.
- e) Estrabismos.

5) **Inflamações:**

- a) Queratites recorrentes.
- b) Hordéolos.
- c) Herpes simplex.
- d) Uveíte.

6) **Ferimentos.**

1) **DISTÚRBIOS VISUAIS**

a) **Cegueira funcional para côres:** — as acromatopsias são principalmente de origem histérica. Nestes casos vamos encontrar uma história de manifestação aguda, súbita, apresentando melhora ou mesmo cura pela sugestão.

b) **Ambliopias** ou visão deficiente sem causa objetiva. Inclui-se aqui todos os graus da falha na Acuidade Visual, até a completa cegueira. É um sintoma de conversão da histeria. Todos os sintomas clássicos são encontrados, incluindo a atitude resignada da paciente. Yassuma classifica as ambliopias históricas em: agudas (desenvolve-se rapidamente, com duração curta), crônicas (existindo por um tempo considerável) e mistas (quando outros elementos de psiconeuroses estão presentes). Importante distinguir a Ambliopia histérica da Simulação: na primeira temos a somatização inconsciente, enquanto na segunda é consciente. Na simulação temos freqüentemente um exagero, e o paciente procura recalçar este sintoma. Alguns casos de Ambliopias são curados de modo os mais diversos, com técnicas as mais ridículas (espiritualismo, exorcismos, etc.), mas tais curas são geralmente temporárias, porque a base da neurose não foi modificada. É necessária uma real psicoterapia, da qual o paciente participe intelectual e emocionalmente. Na prática diária, a histeria dramática é relativamente rara, o grau de pequena ansiedade é mais freqüente.

c) **Vícios de refração e astenopias acomodativas:** Segundo Berens e Sells, há necessidade de um estudo cuidadoso da estrutura da personalidade e do mecanismo neurótico com a fadiga visual e a astenopia, pois a astenopia acomodativa desenvolve-se com frequência no cansaço físico e psíquico. De acôrdo com Duane, devemos nos lembrar sempre de que estamos tratando pacientes e não olhos, levando em consideração todos os fatores físicos e mentais. Na Presbiopia, acha Powell que o desaparecimento do Ponto próximo poderá representar para o paciente o ocaso da mocidade com todos os seus sonhos e esperanças; no míope, perdida a visão à distância, procura o indivíduo concentrar-se em um mundo menor, reagindo a sua dificuldade visual de um modo compatível com sua personalidade.

d) **Aniseiconia:** — na aniseiconia vamos encontrar tôda uma gama de sintomas, principalmente os da astenopia acomodativa e muscular, mas nenhum específico. A correção com lentes iseicônicas geralmente traz melhoria temporária, havendo a necessidade de trocá-las com frequência, levando-nos isso a pensar em uma origem psiconeurótica.

e) **Môscas volantes:** — manchas periódicas e passageiras acompanhadas às vêzes de fadiga ocular. São pacientes que, quando estudados cuidadosamente, nos revelam um estado de ansiedade, conseguindo-se a cura pela análise do fator psicógeno.

f) **Cegueira noturna:** — foi um sintoma encontrado com relativa frequência na última grande guerra, principalmente entre os pilotos das Fôrças Aéreas. Foram casos analisados como sintoma de conversão de Histeria, um desejo inconsciente de escapar à atividade e responsabilidade.

g) **Alterações no Campo visual:** — A perda de visão, na Histeria, é uma reação psíquica usada pelo paciente para fugir de determinada situação. É reação inconsciente. O campo visual tem papel importante no diagnóstico diferencial da Histeria ou da Simulação. Na Histeria, o campo visual raramente tem um defeito hemianópico e as variações morfológicas são infinitas, alterando de um tipo ao outro nos diferentes exames. Resultados comuns são:

os campos em espiral e em forma de estrela, resultado da fadiga geralmente de origem psicógena. Outra característica é a inversão dos campos. O campo visual mais típico é o tubular, um campo redondo, do mesmo tamanho, linear em qualquer distância, com bordos agudos. Às vezes podemos encontrar um ou vários escotomas em anéis, cujo tamanho varia com a distância. Na área do campo visual a A. V. é boa, fora do círculo temos cegueira total. A remoção da ansiedade faz regredir o processo.

2) DISTÚRBIOS SENSITIVOS

a) **Fotofobia:** — na ausência de uma condição orgânica e principalmente de inflamação corneanas e intraoculares. Está geralmente associada com o bléfaro-espasmo. É um pequeno distúrbio, parte de um todo, da Histeria de conversão. É devido a uma vaso congestão reflexa da iris, por reflexo do trigêmio. Baseia-se na constrição iriana à luz, que é uma reação demonstrável capaz de produzir dôr. Este reflexo pupilar não é ordinariamente doloroso, mas assim fica após a iris ter sido sensibilizada pelo reflexo do trigêmio, produzindo vaso dilatação e hiperalgia. «A fotofobia é um acompanhamento dramático de uma doença nervosa e é muitas vezes uma manifestação de impulso nocivo originado em estruturas centrais e não dos olhos».

b) **Anestésias:** — comum na Histeria, tanto da córnea como da conjuntiva. Nesta, mais freqüente na porção bulbar. As anestésias tanto corneanas com conjuntivais podem ser incompletas.

c) **Hiperestésias:** — também devida à Histeria, geralmente acompanhando a fotofobia e blefaroespasmo: Encontramos as hiperestésias e as anestésias nos casos de frustração.

3) DISTÚRBIOS VASO MOTORES E SECRETORES

a) **Blefarconjuntivites:** — encontramos nos pacientes portadores de rosácea, que são pessoas com tendência ao rubor, pacientes quietos e envergonhados, levados sempre a reprimir sentimento de culpa, principalmente nas relações extra conjugais.

b) **Amaurose fugax:** — o principal quadro é a perda periódica da visão, variando desde a visão nublada até o escurecimento total por 30 a 60 segundos. Está associada com uma instabilidade do S. N. A. mas não é encontrada uma alteração orgânica. Sua patogênese é um espasmo vascular da retina e, em exame cuidadoso, podemos encontrar outras instabilidades caso motores como cianose das extremidades, tremor dos dedos, sudorese, etc.. Um estudo dos fatores psicógenos evidencia um estado de ansiedade, frustrações, medo, etc..

c) **Tromboses da veia central da retina:** — estudos demonstraram que nos estados de ansiedade temos uma diminuição do tempo de coagulação do sangue. Podemos crer em casos de existência de trombose da veia retiniana por esse mecanismo.

d) **Retinopatia central angioespástica:** — distúrbio visual rápido e grave com lesão macular de origem circulatória. Espasmos das arteríolas ou capilares, com conseqüente edema e isquemia da região macular (descolamento seroso da mácula). Com a persistência do edema a mácula fica com um aspecto granuloso. Em 100 casos estudados por Harrington o único fator etiológico encontrado foi a instabilidade do S. N. A., com evidente diatese vaso neurótica, (hiperidrose, cianose, palidez dos dedos). O estudo psiquiátrico destes casos evidenciou um uniforme estado de ansiedade. É o exemplo clássico de uma neurose associada a um distúrbio fisiológico de tal duração e intensidade que torna-se irreversível.

e) **Lacrimejamento:** — hipersecreção nos casos de estímulo emocional, mesmo ligeiro, em determinados indivíduos; assim como hiposecreção por uma emoção (medo), de todos conhecido. As lágrimas de sangue descritas nos histéricos.

f) **Edema angioneurótico:** — a acetilcolina que se produz em um choque emocional pode funcionar como histamina. Assim em casos de urticária foi observado que os surtos estavam em relação com a situação da vida do paciente. Nos distúrbios alérgicos já foi demonstrado papel importante do S. N. A. na sua etiologia. Acha Gillespie que nas afecções alérgicas um acesso pode ser desencadeado por uma idéia assim como por uma injeção. O papel

da emoção é nítido quando agindo sobre um terreno predisposto e em desequilíbrio hormonal.

g) **Ataques glaucomatosos:** — um dos pontos mais fascinantes da interrelação psíquica na Oftalmologia. Já tem sido evidenciada a íntima relação entre a circulação vascular intra ocular, a secreção do fluido intra ocular, o plano da pressão intra ocular e seu controle pelo sistema nervoso autônomo. Schoemberg considera o desequilíbrio oftalmotônico no glaucoma como um distúrbio funcional local do equilíbrio químico. Isto seria devido a um aumento ou diminuição da atividade colinérgica e adrenérgica da fibra nervosa e da enzima aí existente. Numerosos trabalhos procuram colocar em evidência no glaucoma uma disfunção endócrina. Mas, provavelmente, este distúrbio depende de uma alteração funcional do diencéfalo ou do centro vegetativo hipotalâmico. O diencéfalo teria influência sobre o equilíbrio do tônus ocular em parte através da hipófise, supra renal, e tiróide, e em parte através de impulsos sobre os núcleos eferentes do S.N.A.. Estudos de Steimberg demonstraram o efeito hipotonizante dos barbitúricos de ação diencefálica. Moderna concepção biológica da transmissão nervosa e humoral demonstra que o estímulo nervoso no território colinérgico é acompanhado de produção de acetilcolina. Bloomfield sugere a hipófise de alguma substância parasimpaticomimética, tal como a acetilcolina, presente fisiologicamente no olho normal, tomando parte no mecanismo da tensão intra ocular. Em 17, de 20 olhos não glaucomatosos, com várias outras condições patológicas não inflamatórias, um apreciável efeito parasimpaticomimético foi demonstrado no H. Aquoso. Em 7 olhos que o H. Aquoso foi estudado, a atividade colinérgica foi devida à presença de acetilcolina. Em 15, de 20 olhos com glaucoma crônico simples, essa atividade parasimpaticomimética não foi demonstrada no H. Aquoso. Nos restantes 5 olhos, a intensidade dessa atividade foi menor que a ocorrida nos 17 olhos não glaucomatosos.

Para Weinstein os ataques de glaucoma agudo são devidos à irritação central simpática. Assim acha esse autor que a resposta ao teste do escuro é um reflexo neurovascular intra-ocular retino hipofisário e, à despeito do rápido aumento na tensão ocular, o ângulo visto gonioscopicamente é inalterado. Salzmann fez estudos

psicológicos em glaucomatosos e chegou à conclusão de que pertencem ao tipo hysteriforme e epileptiforme. São indivíduos que por falta de amor e ternura querem destruir seu órgão visual para deixar de ver o mundo. O temperamento emocional é excitável nos glaucomatosos e reconhecido por vários observadores como Hartmann, Gifford, Scheemberg, Harrington, Duke-Elder.

Para Elwy, o glaucoma primário é o resultado de um defeito inerente ao mecanismo central regulador, e, no fator individual, que manteve a tensão intra-ocular em um valor normal. Para Fain os glaucomatosos se apresentam sob aparência calma, afável, amável, mas sob esta face encontramos uma agressividade violenta, não menos violentamente reprimida, e uma tendência a se prolongar em profunda ansiedade e depressão. Fazendo estudos de eletroencefalografia em 18 casos de glaucoma encontrou 2 normais. As anomalias do EEG. não estão em razão direta com o grau de elevação da tensão ocular. Dos 18 pacientes, 11 foram examinados do ponto de vista psiquiátrico, para ver se as perturbações elétricas estavam em relação com as anomalias características. Desses 11 pacientes 9 eram nitidamente anormais (ansiosos, etc.). Hoje estamos convictos de que o glaucoma apresenta não só uma lesão patológica dos vasos uveais e do ângulo irido-corneano, mas também um desequilíbrio neuro humoral com distúrbio funcional ao nível do diencefalo. Em estudo da personalidade de pacientes portadores de glaucoma primário, Hibbeler achou que os mesmo exibem mais freqüentemente distúrbios da personalidade. O distúrbio para pacientes masculinos é na direção da depressão e histeria, e, nos do sexo feminino, na direção da paranóia e esquizofrenia.

h) **Migraine:** — Inúmeros autores acham ser o migraine uma desordem vaso espástica. O escotoma cintilante e a hemianopsia seriam resultado de um vaso espasmo cerebral e a vaso dilatação compensatória produziria a cefaléa. Os sintomas do migraine além da cefaléa com distúrbio visual associado, revelam uma náusea, uma aura (vaga sensação de depressão ou uma explosão psíquica) e um período post cefaléa de lassidão e indolência. Para Fernandez o migraine é um distúrbio diencefálico, propondo a denominação de Síndrome diencefalo-endócrino-hemianópico. Geralmente afeta os

juvencs intelectuais e com personalidade típica (pessoas enérgicas, tensas e com desejo de ver as coisas realizadas).

4 — DISTÚRBIOS MOTORES

a) **Blefaroespasmcs:** — Em vários graus, desde o simples pestanejar (tics) até o fechamento espástico das pálpebras. Na maioria dos casos é puramente de origem psíquica (em casos ocasionais, devido a êrro de refração não corrigido, conjuntivite secundária, etc.). Geralmente faz parte de um quadro de histeria de conversão, encontrando-se comumente na criança, na idade escolar. Inicia-se com a dificuldade na leitura, na formação de grupos de palavras, ou, às vêzes, devido a repreensão. Traquair relata casos entre militares na última guerra, com blefaroespasmcs tão intensos que afetavam outros músculos faciais, obtida a cura com tratamento psicanalítico.

b) **Ptose palpebral:** — Podemos encontrar na Histeria, associada com fotofobia a ambliopia histérica. Às vêzes temos a ptose precedendo o blefaroespasmcs.

c) **Espasmcs e paralisias de acomodação:** — Desde os estudos de Helmutz, a acomodação para a visão de longe tem sido considerada como um processo passivo, relaxamento do músculo ciliar, enquanto a acomodação para visão de perto é considerada um processo ativo, contração do músculo ciliar. Assim «ambas as divisões do S.N.A. podem atuar sôbre o cristalino» (Olmsted). Para Harrington na maioria dos casos de espasmcs de acomodação a base é psicógena. Tem sido demonstrada a produção de miopia transitória por distúrbio emocional (raiva, mêdo, ansiedade). O uso de cicloplégico abole ou reduz a alteração, mas de modo temporário, pois ao terminar o efeito da droga o sintoma torna-se manifesto. A mesma causa, histeria, ansiedade, pode produzir não um espasmo mas sim uma paralisia da acomodação, parcial ou completa, acompanhada ou não de midríase, uni ou binocular.

d) **Insuficiência e excesso de convergência:** — E' o espasmo de convergência um excesso de convergência, o que para Harrington é a anomalia motora ocular, que pode ocorrer mais bem defi-

nida na Histeria, sempre acompanhada de outros sintomas da Histeria de conversão. Temos aqui uma exoforia aumentada para a visão de perto, e que está às vezes associada ao espasmo da acomodação. Na insuficiência de convergência podemos encontrar associado um estado neurótico ou não. Em grande percentagem de casos encontramos psiconeuroses, fatores emocionais, faltas histéricas do desejo de olhar, afirmando Doggart: «súbita rajada de felicidade é mais eficiente que horas de exercícios artificiais».

e) **Estrabismos:** — Hartmann publicou observações de casos de estrabismos que surgiram em adolescentes, com espasmos de acomodação, nos quais facilmente foi demonstrado como etiologia uma causa emotiva. Uberschlag escreveu interessante tese, encontrando estrábicos com neuroses orgânicas e outras de natureza francamente Histérica, ao lado dos de natureza puramente orgânica. Interessante é também o estudo da psicologia da criança estrábica, onde encontramos sempre uma anormalidade. Esses pequenos pacientes podem adquirir um complexo de inferioridade. Estudo de Pugh na etiologia do estrabismo de origem psicológica encontrou: imitação em 7%; ciúmes em 10%; medo ou choque em 26%; crianças problemas em 28% e pais psiconeuróticos em 29%. O fator emocional apenas ocasionalmente está só, comumente temos uma outra causa de estrabismo.

5 — INFLAMAÇÕES

a) **Queratites recidivantes:** — Caso relatado por Inman, de queratite recidivante de etiologia desconhecida, com vascularização corneana; quando tratamentos os mais variados não deram resultado, a psicoterapia apresentou um resultado excelente, com redução da vascularização e das opacidades corneanas.

b) **Hordéolos:** — O mesmo autor afirma que os hordéolos às vezes coincidem com preocupação de ordem sexual ou mesmo com a vontade intensa de ter filhos.

c) **Herpes simples:** — E' do conhecimento geral que na maioria dos indivíduos é encontrado o vírus do herpes. Seria o fator emocional o desencadeante da infecção. Assim estudos de Reboul

(citado por Hartmann) em pacientes sujeitos a crises de herpes, eram as mesmas nitidamente determinadas por fatores afetivos. Tratava-se de pacientes submissos, passivos, com satisfação sexual inibida, e as crises herpéticas surgiam sempre após o ato sexual.

d) **Uveíte:** — Em certos casos de uveítes endógenas, recorrentes, quando é impossível evidenciar uma causa etiológica, devemos nos lembrar que os fatores psicológicos podem desempenhar papel importante. Nos casos em que não se precisa o mecanismo íntimo, se se trata de distúrbio de natureza alérgica, de diminuição da resistência orgânica, podemos acrescentar como uma provável causa predisponente a ruptura do equilíbrio do S.N.A. ou de um distúrbio hormonal. Conhecemos que em certas infecções crônicas o papel das emoções é nefasto, como na tuberculose por exemplo. Por que não nas uveítes crônicas recorrentes?

6 — FERIMENTOS

Para Dunbar alguns ferimentos oculares não são acidentais, mas sim ocasionados de um do inconsciente. São pessoas que estão propensas a acidentes oculares mas não por baixa inteligência ou má coordenação. Seria sim, uma tentativa de auto-punição, por um sentimento de culpa e, geralmente ligado à esfera sexual.

TRATAMENTO

O oftalmologista não pode fazer a psicanálise de seus doentes, mas deve estar capacitado a perceber quais os sintomas de base orgânica e os de fundo psíquico. Nos casos em que é feito o diagnóstico de neurose, em se tratando de casos leves, o oftalmologista pode iniciar uma psicoterapia, procurando escutar com paciência os problemas de seu paciente, aconselhá-lo, e, nos casos profundos, saber encaminhá-lo ao psiquiatra ou psicanalista.

«Por mais rude que seja o homem, por menor convívio social que tenha tido, jamais desperceberá um gesto ou uma palavra de brandura e simpatia. Não está o homem acima dos animais, na capacidade de sentir? Certamente, pois os próprios brutos revelam satisfação aos afagos, deixando transparecer o quanto apreciam

um gesto de carinho. E' a bondade, o bálsamo que alivia as dôres morais. Quando o doente recebe a terapêutica que corrige os distúrbios orgânicos, nem sempre tem o seu caso resolvido. Falta às vêzes algo ainda. E' que o homem não é só corpo. Tem também alma, tem sentimentos, tem reações emotivas, que podem fazer sofrer, e esta classe de sofrimento, de ordem psíquica, pede lenitivo, necessita também de terapêutica»... «O médico... precisa lembrar-se continuamente de que tôda moléstia, até a mais indiscutivelmente orgânica, influe no psiquismo desviando-o da normalidade, ou é, opostamente, por êle influenciado» (Prof. J. Barbosa Corrêa — Discurso de paraninfo às enfermeiras na E.P.M. em 1948). Para isso, basta perder o oftalmologista um pouco mais de tempo com seus pacientes.

«O oftalmologista não pode tornar-se psiquiatra, mas mesmo a psicologia elementar e a simples bondade humana serão de grande auxílio. Para melhor compreender nossos pacientes devemos deixá-los falar livremente e ouvi-lo pacientemente. Isto requer mais tempo do que geralmente lhes dispensamos e também mais do que êles esperam tomar-nos» (Hartmann).

«Não é necessário ser farmacologista para medicar os pacientes com pilocarpina ou atropina; não é necessário ser bacteriologista para prescrever toxoide estafilocócico ou cloromicetina; não é necessário ser psiquiatra para fazer psicoterapia» (Schlaegel Jr.).

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALAJMO B. e RUBINO A. — “Fisiopatologia clínica óculo-diencefálica”. Monografia, 1952. Tiop. E. Ariani.
- 2 — AMBROSIO A. — “Compleso neuro-endocrino-umorale e glaucoma”. Gior. Ital. di Oftalm. Vol XI, 1958.
- 3 — BAB C. — “Psychologic problems in ofthalmologic diagnosis”. Am. J. Ophth. Vol 25, 1942.
- 4 — BAHN CHARLES A. — “The psychoneurotic factor in ophthalmia pratice”. Am. J. Ophth. Vol. 26, 1943.
- 5 — BAHN CHARLES A. — “The psychoneurotic factor in ophthalmia pratice”. Am. J. Ophth. Vol. 33, 1949.
- 6 — BELLIBONI N. — “Doenças do colágeno”. Rev. Bras. Medic. Vol. XII, n.º 10, 1955.
- 7 — BERENS C. and SELLS S. B. — “Experimental studies of fatigue of accomodation”. Am. J. Ophth. Vol 33, 1950.

- 8 — BERRETINI G. L. — “Teoria de Selye”. Rev. Med. Cir. de S. Paulo. Vol. XII, n.º 8
- 9 — BIELSCHOWSCHY A. — “Functional disturbances of the eyes”. Arch. Ophth. Vol. 15, 1936.
- 10 — BIERGE H. L. — “Psychosomatic Ophthalmology”. The Sight-Saving Rev. Vol. 19, n.º 4.
- 11 — BLOOMFIELD S. and LAMBERT P. K. — “The lability of ocular tension”. Arch. Ophth. Vol. 34, 1945.
- 12 — BLOOMFIELD S. — “Relative deficiency of Parasympathemimetic activity in aqueous of eyes with chronic simple glaucoma”. Arch. Ophth. Vol. 37, 1947.
- 13 — BLUM J. D. — “Ophthalmologie psycomatique”. Mod. Probl. Ophth. N.º 1, 1957.
- 14 — BREGEAT P. and JUGE P. — “Deficits de l’acuité et du champ visuels d’origine psychopatique”. Ann. d’Oculist. Vol. 188, 1955.
- 15 — BURGH E. — “Psychoneurotic reaction patterns in ophthalmology”. Tras. of Am. Ophth. Soc. Vol. XLVIII, 1951.
- 16 — CAMPBELL D. A. — “The study of migraine as a psychosomatic disease”. Tras. of the Ophth. Soc. U. K. Vol. LXXI, 1951.
- 17 — CHAVES N. — “A emoção e a vida moderna”. Rev. Bras. Med. Vol. XIV, n.º 2, 1957.
- 18 — CHAVES N. — “A emoção e a vida moderna”. Rev. Bras. Med. Vol. XIV, n.º 3, 1957.
- 19 — DAVENPORT D. C. — “Discussion in ocular psychoneuroses”. Tras. of the Ophth. Soc. U. K. Vol. LXIV, 1944.
- 20 — DOGGART J. H. — “Discussion in ocular psychoneuroses”. Tras. of the Ophth. Soc. U. K. Vol. LXIV, 1944.
- 21 — DUANE A. — “Textbook of Ophthalmology”. (Fuchs E. H.) 7.ª ed., 1923.
- 22 — DUKE-ELDER S. — “Psychogenic Disorders” in Text-Book of Ophth. 1949, C. V. Mosby.
- 23 — DUNBAR F. — “Psychosomatic diagnosis”. New York. Paul E. Horber, 1943.
- 24 — ELVYN H. — “The problem of glaucoma”. Am. J. Ophth. Vol. 33, 1950.
- 25 — EVANS P. J. — “The underlying causes of glaucoma”. The British Jour. of Ophth. Vol. 23, 1939.
- 26 — FALLS H. F. — “O papel da genética na fadiga ocular e/ou desordens psicossomáticas”. Ophth. Ibero-Americ. Vol. XVIV, n.º 40, 1956.
- 27 — FALLS H. F. — “Desordens neuro-circulatórias”. Ophth. Ibero-Americ. Vol. XVIV, n.º 40, 1956.
- 28 — Fernandez I. N. G. — “La jaqueca oftálmica”. Arch. Soc. Ophtal. Hisp.-Americ. Vol. 15, 1955.
- 29 — FOX S. A. — “Relief of intractable blepharospasm”. Am. J. Ophth. Vol. 34, 1951.

- 30 — FREUD S. — “Introducion a la Psicoanalisis”. Obras completas. Vol. IV, ed. 1943.
- 31 — FREUD S. — “La Hysteria”. Obras completas. Vol. X, ed. 1943.
- 32 — GIFFORD S. R. and MARQUADT G. — “Central angiospastic retinopathy”. Arch. Ophth. Vol. 21, 1939.
- 33 — GILLESPIE P. D. — “Discussion an ocular psychoneurose”. Tras. of the Ophth. Soc. U. K. Vol. XIV, 1944.
- 34 — GROM E. — “Alguns aspectos psicossomáticos em oftalmologia”. Arch. Soc. Oftal. Hisp.-Americ. Vol. XVII, 1957.
- 35 — HALLIDAY J. L. — “Ophthalmology and Psychossomatic medicine”. Tras. of the Ophth. Soc. U. K. Vol. LXXI, 1951.
- 36 — HARRINGTON D. O. — “Autonomic nervous system in ocular diseases”. Am. J. Ophth. Vol. 29, 1946.
- 37 — HARRINGTON D. O. — “Psychosomatic interrelationships”. Am. J. Ophth. Vol. 31, 1948.
- 38 — HARRINGTON D. O. — “The visual Fields”. Textbook C. V. Mosby Company. St. Louis, 1956.
- 39 — HARTMANN E. — “L'electroencephalogramme dans le glaucome”. Acta XVII, Conc. Ophth., 1954.
- 40 — HARTMANN E. — “Les facteur psychosomatiques dans l'etiologie de certains affections oculaires”. Ann. D'Ocul. Vol. 187, 1954.
- 41 — HARTMANN E. — “Les facteurs psychosomatiques dans l'etiologie du glaucome”. Ann. d'Ocul. Vol. 185, 1952.
- 42 — HARTMANN E. — “Effect du strabisme sur la psychologie de l'enfant”. Ann. d'Ocul. Vol. 189, 1956.
- 43 — HESS L. — “Pathogenesis of glaucoma and glaucmtous atrophy of the optic nerve”. Arch. of Ophth. Vol. 37, 1947.
- 44 — HIBBELER H. L. — “Personality patterns of white adults with primary glaucoma”. Am. J. Ophth. Vol. 30, 1947.
- 45 — HÖFNER H. and FRYBERGER H. — “Uber psychogem blindhert”. Z. Psychoter. Vol. 4, 1954.
- 46 — INMAN W. S. — “The emotional factor in the causation of diseases of the eye”. Trans. Ophth. Soc. U. K. Vol. 55, 1935.
- 47 — LAQUEUR L. — “History of my glaucoma” The Sight-Saving. Vol. X, 1940.
- 48 — LEBENSQHN J. E. — “Photophobia: mecanisms and implications”. Am. J. Ophth. Vol. 34, 1951.
- 49 — LUDWIGH E. J. — “Aniseikonia”. Am. J. Ophth. Vol. 19, 1936.
- 50 — MORGAN O. G. — “Discussion an ocular psychoneuroses”. Trans. of the Ophth. Soc. U. K. Vol. XIV, 1944.
- 51 — MOURÃO E. — “Medicina psicossomática: perspectivas futuras”. Rev. Bras. Med. Vol. XIV, n.º 2.
- 52 — NEUFELD I. — “Application of the stress concept in the management of psychosomatic cases in non psychiatric medical pratice”. Int. Rund.

- of Med. Vol. 171, n.º 3, 1958.
- 53 — RIDDELL W. J. B. — "Ophthalmology and psychosomatic medicine". Trans. of Ophth. Soc. U. K. Vol. LXXI, 1951.
- 54 — SALZMANN U. — "Acta XVII Concilium Ophth. Vol. III, 1954.
- 55 — SHAEGEL JR. — "Oftalmologia psicossomática". Rev. Clin.-Cient. Vol. 9, 1955.
- 56 — SCHMERL E. and STEINBERG B. — "The neurovascular mechanism and he control of intravascular pressure". Am. J. Ophth. Vol. 35, 1952.
- 57 — SCHOEMBERG M. J. — "Psychosomatic interrelacion their therapeutic implication in glaucoma". Arch. of Ophth. Vol. 23, 1940.
- 58 — SCHOEMBERG M. J. — "Role of stress of anxiety in the pathogenesis of primary glaucoma". Arch. Ophth. Vol. 23, 1940.
- 59 — SCHEMBERG M. J. — "Psychosomatic interrelations then terapetic implications in glaucoma". J. Clin. Psychopath. Vol. 23, 1940.
- 60 — STEWART D. S. — "Discussion an ocular psychoneuroses". Trans. of the Ophth. Soc. U. K. Vol. XIV, 1944.
- 61 — SUGAR H. S. — "The Glaucoma". St. Louis C. V. Morsby Co., 1951.
- 62 — Symposium Glaucoma Editor Duke-Elder S. 1955 (auspícios da UNESCO).
- 63 — TASSMAN T. S. — "The role of Stress in ocular diseases". Trans. Am. Ac. Ophth. Otorr. Vol. 61, 1957.
- 64 — VALENTE A. — "Alguns problemas da medicina psicossomática em oftalmologia". Rev. Bras. Oftal. Vol. VIII, 1950.
- 65 — WEINSTEIN M. D. — "Clinical data conserving the central origin of glaucomatous attacks". Am. J. Ophth. Vol. 36, 1953.
- 66 — WEKSTEIN L. — "Pscycological aspects of amblyopia". Am. J. Of. Optometry and Arch. Am. Ac. Optom. Vol. 26, 1949.
- 67 — WINNICOTT D. W. — "Discussion an ocular psychoneuroses". Trans. Ophth. Soc. U. K. Vol. XIV, 1944.
- 68 — WONG N. W. — "Personality patterns in ocular discomfort". Arch. Ophth. Vol. 42, 1949.
- 69 — YASSUNA E. R. — "Hysterical amblyopia". Am. J. Ophth. Vol. 29, 1946.