

- and Their Diagnosis, translated by A. Roemmele and E. W. Brewerton, London, Oxford University Press, 1914.
- 4 — BRUBAKER, in Duke-Elder, p. 759.
 - 5 — HOWE, cited by Cords, R., in Schieck, F., and Bruckner, A.: — Kurzes Handbuch der Ophthalologie, Berlin, Julius Springer, 1930, vol. 3, p. 468.
 - 6 — HELHHOLTZ, in Duke-Elder, p. 759.
 - 7 — DUKE-ELDER, W. S.: — Textboo of Ophthalmology, London, Henry Kimpton, 1932, vol. 1, p. 760.
 - 8 — DASHEVSKY, A. L., and BOOSMITCH, D. G.: — Optical Decentration of the Eye, Am. J. Ophth. 21:125 (Feb.) 1938.
 - 10 — ALVARO, M. E.: — Oparelhos para medição do estrabismo, in Actas Cong. Argent. de Oftal., Buenos Aires, 1937, vol. I, p. 392.
 - 11 — ALVARO, MOACYR E. — Opparatus for measuring the Angle Gamma — Transactions of the American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, January-February, 1942.

VASO HIALOIDEO PERSISTENTE COM SANGUE CIRCULANTE (*)

B. PAULA SANTOS — S. PAULO

OBSERVAÇÃO — F. B. — feminina, brasileira, operária, solteira, de 21 anos. Pai vitimado na revolução de 1924, mãe falecida há 4 anos por bacilose pulmonar; um só irmão morto na primeira infância.

Antecedentes pessoais sem nenhuma importância.

Veio á consulta para prescrição de óculos, queixando-se de cefaléias continuadas.

Visão de OD = 1,2. — OE = 1/50.

Informa que o olho esquerdo nunca teve boa acuidade, o que atribua a um resfriado que tivera em criança.

(*) Comunicação á Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo. A paciente era da clínica particular do Dr. A. Busacca.

Ao primeiro exame nada se encontra no olho direito. Quanto ao olho esquerdo, á simples inspeção, nos dá a idéia de ser portador de uma catarata parcial. Após dilatação pela atropina verifica-se uma hipermetropia total de 2 DE. no OD. enquanto no OE. não é possível a esquiáscopia, nem melhora a sua acuidade com lentes.

O exame oftalmoscópico do OD. revela um fundo perfeitamente normal e deixa perceber, desde logo, no OE. espersas membranas fluctuantes no vítreo e que vão da face posterior do cristalino á papila. Desta só se pode ver o hemicontôrno inferior. Pelo exame atento nota-se um cordão branco, opaco, que se insere na papila e vem, alargando-se, dividir-se nas lâminas que se percebem logo atrás do cristalino. No polo posterior do olho há pequenos focos de corio-retinite, completamente evolvidos. Não se observam exsudatos no vítreo e a mácula propriamente dita não se consegue ver. A periferia da retina percebe-se bem em alguns pontos, notadamente no quadrante superior e é de aspecto inteiramente normal.

Mais interessante é o aspecto biomicroscópico deste olho. Com a iluminação intensa da lâmpada de fenda pode-se ver um cordão branco, em forma de ampulheta, que na sua extremidade anterior, logo atrás do cristalino, se abre em dois feixes transversais.

Para logo se verificar que o cristalino é transparente e apenas aqui e acolá apresenta pequenissimas opacidades puntiformes ou lineares, situadas profundamente, para o lado da cristaloide posterior, dessas que se observam constantemente em cristalinos normais e que não chegam a prejudicar a visão. Mas, aderente á cápsula posterior, notam-se feixes esbranquiçados, espessos e quasi transversais, isto é, ligeiramente inclinados para fora e para baixo.

Dois dêstes feixes são mais espessos e da cristaloide posterior se aprofundam no vítreo. Outros feixes, ou melhor, membranas mais delgadas, também aderem á cristaloide, a estas de modo mais ou menos irregular.

Daqueles dois feixes ou membranas mais espessas, a inferior é acompanhada por uma alça vascular, um pouco tortuosa, de côr vermelha clara, evidentemente com sangue, embora não se possa observar a sua circulação e que não adere á face posterior do cristalino. Esta alça vascular, na sua extremidade anterior, inclina-se um pouco para o lado temporal e para trás, mergulha no cordão fibroso que corres-

ponde ao canal de Cloquet, podendo-se segui-la apenas em mui pequena extensão.

Entre as diversas lâminas delgadas aderentes à cristaloide posterior há espaços óticamente vazios.

Mais lateral e profundamente, em varios pontos, pode-se identificar o vítreo definitivo, com o seu aspecto normal.

— o - o - o —

Algumas considerações merece êste caso.

Com efeito, estamos diante de um olho em que há um vaso hialoideo, sem dúvida ainda com sangue circulante, embora não se possa notar o movimento deste, rodeado por lâminas de aspecto conjuntivo, indo da papila á cristaloide posterior e correspondente êste ao trajeto do canal de Cloquet.

A persistência de restos de vasos hialoideos, principalmente sob a forma de uma espiral flutuante no vítreo e aderente á face posterior do cristalino é relativamente comum e verificada especialmente após o advento da lâmpada de fenda. Já a persistência do que os autores chamam artéria hialoide, sob a forma de um cordão que vai da papila ao cristalino, é pouco frequente.

Muito rara, senão excepcional, é a persistência de um vaso com sangue como se observa no caso presente.

A explicação da persistência de restos ou de vasos hialoideos, nós a vamos buscar na embriologia.

Com efeito, esta nos ensina que nas suas primeiras fases do desenvolvimento o vítreo é vascularizado.

A regressão destes vasos do vítreo começa aos três meses da vida embrionária e termina no correr do oitavo mês. Se a regressão é incompleta, persistem restos dos vasos hialoideos.

Necessário seria, porém, notar, que é difficil dizer-se se o que persiste é resto da artéria hialoide ou de veias, razão porque é melhor dizer-se genericamente restos de vasos hialoideos e não restos da artéria hialoide, como frequentemente se encontra nos autores.

No caso que ora se descreve além de um vaso com sangue circulante, há lâminas de aspecto conjuntivo que vão da papila á face pos-

terior do cristalino e êste conjunto segue o trajeto do canal de CLOQUET. Na parte anterior, explorável pela lâmpada de fenda, por entre as lâminas mais ou menos opacas há espaços oticamente vazios que devem corresponder ao vítreo primitivo, enquanto mais lateral e profundamente se encontra o vítreo definitivo com o seu aspecto normal.

Pode-se, pois, dizer que neste caso o canal de CLOQUET é persistente. Mas a questão da persistência do canal de CLOQUET no homem adulto não está ainda completamente resolvida e o acôrdo entre embriologistas e oftalmologistas não é definitivo.

A concordância é geral, porém, sôbre a existência do canal de CLOQUET no embrião idoso e no recém-nascido. As divergências surgem quando se trata do homem adulto.

Há então duas opiniões:

1.^a) — A de WOLFRUN, MAWAS, MAGITOT e outros que acham que o canal de CLOQUET desaparece ao nascimento ou logo depois.

2.^a) — A de STILLING, DEJEAN e outros que admitem o canal de CLOQUET nos mamíferos e no homem adulto como um fato normal.

Há finalmente os que (SMITH, SZENT-GYÖRGYI) não admitem o canal de CLOQUET no homem adulto, mas o aceitam para o vítreo dos mamíferos.

BIBLIOGRAFIA

DEJEAN CH. — Origine collagene et developpement du corps vitré et de la zonule de Zinn dans l'oeil des vertébrés. These présenté a la Faculté des Sciences de l'Université de Paris — Masson et Cie. — 1924.

DEJEAN CH. — Studio anatomico ed embriologico della membrana ialoide dell'occhio dei mammiferi. Sua funzione nella formazione dei centri dell'occhio. Suoi limiti. Sua struttura. Atti del Congresso d'Oftalmologia — Società Romana di Oftalmologia. — Roma, ottobre 1925.

DEJEAN CH. — Étude anatomique et embryologique sur la membrane hyaloide de l'oeil des mammifères. Archives d'Ophtalmologie — t. XLIII, n.° 5 — mai 1926.

DEJEAN CH. — Le Canal Cloquet ou canal central du corps vitré — Archives d'Anatomie, d'Histologie et d'Embryologie — t. VI, p. 65-96 — 1926/1927

REDSLOB E. — Le corps vitré. — Masson et Cie. Editeurs — Paris. — 1932.

VERSARI R. — Le fasi di sviluppo e di regresso della "tunica vasculosa lentis" e la morfogenesi dei vasi sanguiferi nei processi ciliari e nell'iride dell'uomo. Ricerche di Morfologie — vol. III.