

Weve tem grande numero de casos estudados e acredita que o cisto é observado sempre nas regiões das ruturas sendo responsavel por estas.

Ridley cita vários casos de cistos dois dos quais bilateraes.

V. de Hoene relata um caso que recobria toda a papila.

Fuchs cita dois casos, um acompanhado de glaucoma.

Deritshmam relata um caso de cisto da orla serrata que aparecia e desaparecia durante a observação. Talvez não se tratasse de cisto e sim de dobras retinianas.

Paulo Filho, do Rio de Janeiro apresentou ao IV Congresso brasileiro de oftalmologia realizado no Rio, em 1941, um interessante caso de cisto da retina no polo posterior do olho, caso este que foi examinado por todos os congressistas presentes.

O traumatismo e a congenidade são acusados como causadores do cisto retiniano. São os cistos mais frequentes nas hipermetropias.

Cistos retinianos e degeneração cistoide serão a mesma cousa? Os estudos feitos ainda não elucidaram nem sistematisaram tal questão.

Sob o ponto de vista terapeutico, o descolamento da retina produzido pelo cisto da retina é de prognostico relativamente benigno. Destruir cirurgicamente um cisto é mais facil do que obliterar uma perfuração. Ainda mais, o cisto localisando-se de preferencia na **ora serrata** é de acesso facil e o descolamento existente, quasi sempre em **telha de zinco** é mais facil de ser curado.

Devemos sempre pesquisar como causa etiologica do descolamento da retina, o cisto retiniano, principalmente quando o descolamento apresenta o aspécto de **telha de zinco** e quando não se encontra a perfuração retiniana ou quaesquer outras degenerações retinianas, parasitas, tumores, etc.

LESÕES PERFURATIVAS DA MÁCULA (*)

PAIVA GONÇALVES — Rio de Janeiro.

Docente da Universidade do Brasil e da Escola de Med. e Cirurgia do Rio, Prof. da E. S. E. e Chefe do Serviço de Olhos do H. C. E.

Tem o acaso posto ao alcance de meu oftalmoscópico nestes últimos anos, uma serie de pacientes portadores de alterações patológicas que bem poderão ser classificadas de relativamente raras, ou pelo menos de interessantes. Assim, foi em 1938, com a manifestação que denominámos de **extranha alteração congênita do fundo de olho**, para qual demos uma interpretação, sem encontrar até hoje da parte de colegas brasileiros e estrangeiros explicação outra que satisfizesse; assim

(*) Trabalho apresentado a Soc. Bras. de Oft. sessão de Novembro de 1941.

foi por ocasião do I.º Congresso Pan Americano, reunido em Cleveland, e no IV.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia realizado nesta Capital, quando levámos a plenário um caso de doença de Lagleyze e Von Hippel cuja evolução acompanhámos durante largo período de tempo. Nessa recapitulação de casos raros não quero incluir o do oficial atingido durante exercício de sabre de esgrima e que apresentou ferimento cuja descrição parece fantasiosa e impossível de se reproduzir.

Ainda agora compareço a esta Sociedade para narrar-vos dois casos de “buraco de mácula” — entidade ao que sei ainda não descrita entre nós.

Numa dessas observações algo existe a emprestar-lhe enorme interesse, senão grande curiosidade — é a do paciente que sentiu súbito desaparecimento da visão após esforço esternutatório. Via muito bem, disse-me ele, mas vinte dias antes da data em que me consultava ao dar um espirro percebeu perda completa da visão em O. E..

Logo que ocorreu o acidente procurou um especialista que diagnosticou hemorragia na mácula e depois de uma série de exames complementares — Wassermann no sangue, pesquisas de focos sépticos, etc. institui terapêutica por cálcio, vitamina K. Como se houvesse mostrado até aquele dia inoperante o tratamento seguido consultava-nos na esperança de melhor sorte. Digamos de passagem que tal esperança frustrou-se...

Examinando O. D. nada notámos. Quanto ao olho esquerdo a oftalmoscopia, praticada através orifício pupilar em midriase atropínica, dava informes interessantes. No exame indireto a impressão era de mancha hemorrágica na mácula mas pela oftalmoscopia direta via-se que a alteração correspondia antes ás camadas subjacentes da coróide, obscurecidas por acúmulos pigmentários. Havia uma perfuração macular, a **Makulaloch** dos alemães, o **trou de la macule** ou como denominan os ingleses “**hole of macula**” e os hispano americanos de “**agujero**”.

As bordas da retina perfurada, contornando a zona vermelho escuro, possuíam coloração acinzentada, a lembrar edema, e se destacava nitidamente do fundo da perfuração, não só por sua coloração como pela situação mais anterior. Convém acrescentar que o buraco tinha quasi o tamanho de um disco papilar e que nas margens a retina mostrava pregas radiáis. A visão era defeituosíssima: percepção de sombras nas zonas periféricas, ao derredor do extenso escotoma central acusado pelo enfermo.

O segundo caso diz respeito a um jovem de 21 anos de idade — o primeiro tinha 46 anos — e que nos procura em busca de remédio para uma baixa de visão no olho esquerdo, datando de época que não sabe precisar. A visão á direita é normal e á esquerda está reduzida á contagem de dedos a 50 centímetros, nas zonas perifericas do campo visual. No fundo de olho havia vários focos de cório retinite extinta, um é papilar, um outro infero interno, no trajeto de um dos ramos arteriaes, á 5 discos papilares da emergencia do nervo optico. Um pou-

co mais adiante, para baixo e para fóra, enorme placa de cório rênite extinta fortemente pigmentada. Esse fóco com fórmula de um áz de páus tem o seu centro circular deixando á amostra o branco escleral.

Na mácula, porém, é que se encontrava a alteração mais interessante — a lesão perfurativa. Essa perfuração possuía fórmula circular e dimensões superiores á da papila. Seu fundo de côr vermelha escura era pontilhado de marcas mais escuras. As bordas bem pronunciadas, ocupavam sítio mais anterior, e tinha uma coloração a lembrar zonas de retina edemaciada. Vaso superior e um inferior, ramos de arteriolas, revelavam a existencia de um desnível nas vizinhanças da região macular.

Todo esse quadro ganhava relevo com a luz verde. Via-se então, que as margens eram constituídas por membrana retiniana retraída sobre si mesma.

Para terminar a descrição, embora seguindo norma diversa da habitual, digamos que a papila era branca e que seus contornos, em certos pontos, eram imprecisos.



Eis em poucas palavras a descrição dos dois casos. Pena que não os tivéssemos observado antes do aparecimento da perfuração macular. Repugna-nos acreditar que a macula fosse absolutamente normal antes do esforço esternutatório. Raras são as pessoas que bem se observam e pode-se dar o caso da visão por O. E. ser antes do acidente defeituosa em virtude de uma alteração degenerativa da mácula. Pode-se objectar que existem buracos maculares de natureza traumática mas podemos retrucar dizendo que na história clínica desses indivíduos ha sempre a referência a fortes traumatismos, de regra diréto, atingindo o globo ocular e que em nenhum dos casos divulgados ha referência ás condições da retina em época anterior ao traumatismo.

Digamos de passagem que FUCHS não admitia buraco por traumatismo diréto, isto é, sem ser precedido de modificações maculares consecutivas ao trauma, taes como hemorragias, edêmas contusionaes de

BERLIN, etc., e que SENÁ vae mais longe, descrevendo uma fase intermediária — a degeneração cistoide da retina criada pelo próprio agente vulnerante.

Tentando enquadrar o nosso paciente na descrição que ADROGUÉ e TETAMANTI fazem, encontramos indícios em abono da natureza traumática.

Não surpreendemos os pontos brilhantes no vítreo e no fundo do buraco; por outro lado não podemos afirmar tratar-se de alteração permanente porque só vimos o enfermo uma única vez.

A condição assinalada por aqueles dois eminentes autores argentinos — alteração causada exclusivamente por contusão do bulbo ocular — é a discutir no observado. O espirro determinou o aumento tensio-nal do conteúdo orbitário, gerando uma força expansiva que ao agir sobre as membranas oculares comportou-se como um verdadeiro agente vulnerante. Todos nós tememos os esforços esternutatórios em operados, pois respeitamos a ação compressiva desenvolvida pela musculatura ocular extrínseca, a estase venosa e o aumento da tensão arterial no olho e regiões circunjacentes.

Aceitamos o aparecimento da solução de continuidade da mácula por este mecanismo mas, tornamos a dizer, não admitimos que houvesse normalidade tessidial. Uma causa predisponente deve ter existido e não receiamos levantar a hipótese de que se tratava de uma degeneração cistoide da mácula. Nas degenerações desta natureza a rutura da limitante interna não requer violenta ação para se efetivar. É aliás, semelhante degeneração que leva á perfuração da mácula não traumática, chamada tambem de metaquistica.

O segundo paciente, cujas retinografias ilustram este trabalho, apresentava em seu fundo de olho um epifenómeno da cório retin extinta. Nele, é mais compreensível o aparecimento do que KUHNT denominava de **retinite atrófica central**.

VOGT cuidou particularmente da degeneração cistoide da mácula recorrendo á iluminação anérita. Na periferia da alfombra retiniana, na ora serrata, são muito frequentes essas alterações degenerativas, mórmente nos velhos e míopes, explicando-se mesmo com elas os rasgões iniciaes das retinas descoladas. Essas alterações são conhecidas como **edemas císticos** de IWANOFF, autor que primeiramente as estudou (1865).

Na mácula, segundo VOGT, a degeneração empresta á região um aspecto enturvado que se estende por zona ovalada ou redonda e toma um feitio celular muito parecido com um favo, donde o seu nome de **mácula em ninho de abelhas**.

Em certos casos a distinção entre semelhante degeneração e buraco da mácula só é lograda com o emprego da luz privada de raios vermelhos.

VOGT, segundo lemos no livro de ADROGUÉ e TETAMANTI, encontrou a degeneração cistoide no descolamento da retina por traumatismo, na coroidite exsudativa, iridociclite tórpida, trombose da veia

central da retina, corio retinite luética, enfermidades dos seios para nasaes, neurite retro bulbar, obliteração da artéria central da retina. contusão do globo, pseudo tumores senís, idiotia amaurotica. Como vemos em um sem número de enfermidades.

A perfuração que seria estádio final da degeneração cistoide differencia-se por condicionar forte baixa da agudeza visual, ausencia de aspecto framboesiforme da mácula e porque seus bordos nitidos dão movimentos paraláticos e o reflexo que se vê é em sentido inverso e nunca no mesmo sentido, quando não duplo, como succede na mácula em ninho de abelhas, no **honeycomb macula**, dos autores da lingua ingleza.

Acreditamos desnecessário lembrar que o reflexo da fóvea, determinado pela superficie concava da limitante interna fazendo as vezes de espelho concavo, deve ser procurado dilatando-se a pupila. Desloca-se em sentido inverso ao do espelho refletor, ao do olho observador e ao movimento simultaneo do olho e do espelho.

Não pretendo neste rápido estudo remontar ás primeiras descrições de KNAPP, em 1869, nem ás que se lhe seguiram subscriptas por NOYES, PAGENTESCHER, HOFMANN, HAAB e outros.

A razão pela qual a mácula se perfura encontra-se na particularidade estrutural da região. Escassa estratificação de suas camadas e disposição radiada das fibras nervosas explicam porque repuxamentos da retina ferem especialmente essa região da tunica nervosa. A grande diferenciação tissular e a escassês em recurso defensivos tributários do elemento sanguíneo favorecem o desenvolvimento dos processos degenerativos da mácula.

De acôrdo com DUKE-ELDER, os cistos e buracos maculares, sob ponto de vista etiológico, são divididos em duas categorias. Essa classificação, de resto, não difere da que admitem todos os autores.

Os traumáticos, os mais comuns, surgem após contusões as mais diversas — SALZMANN encontrou 8 deles em 2.400 ferimentos oculares de guerra e MIDDLETON, no mesmo ano (1919) cita 23 num grupo de 100.000 pacientes traumatizados nos olhos. HARMANN e MAC DONALD, em 1922, RAUH em 27 e WUERDEMANN em 1936, citados por DUKE-ELDER, divulgaram casos descobertos em individuos com cegueira após observação desprotegida de eclipses solares ou após a ação de intensissimos focos de luz.

O grupo dos não traumáticos, uns 15% de total de casos, filiam-se a duas condições geraes, degenerativas e tóxicas. Em rigôr talvez pudessemos dizer que dependem exclusivamente de causas tóxicas — porquanto as alterações degenerativas, em última análise, resultam da ação de toxinas.

Para findar esta comunicação vamos tocar em ponto que pede maiores esclarecimentos. Porque não se descola a retina em todos os pacientes com buraco macular?

Na integridade do vítreo devemos ir buscar a resposta. Faz-se mistér fluidez vítrea para que o gel ocular se insinúe pela abertura e produza o deslocamento.

DEUTSCHMANN, que atribue exclusivamente á pressão de adesão o acolamento da retina á coroide, diz que é possível o **ablatio retinae** em portadores de buraco de mácula quando aumenta a pressão no espaço pre-retiniano — o que leva o vítreo a penetrar pelo orifício retiniano ou então quando diminue a pressão que experimenta normalmente a retina, acumulando-se destarte transudatos oriundos dos vasos coroidianos, e surgidos por causa do vácuo sub retiniano formado.

As razões de DEUTSCHMANN são de ordem física e não constituem, a nosso ver, explicação applicavel unicamente aos casos de buraco macular. O descolamento da retina se dá por essa única razão de ordem física — diminuição de pressão no espaço pre-retiniano. Uma retina doente e um vítreo alterado são os dois outros termos da equação. Faltando um deles, não ha deslocamento.

Nos casos com buraco macular, em regra, o vítreo está normal e a retina apesar-de degenerada e com rasgão mantem-se unida ás camadas sub jacentes porque tem ainda o apoio que lhe dá o vítreo.

ALTERAÇÕES DA SENSIBILIDADE DA CORNEA POR INTERVENÇÕES NO SISTEMA NERVOSO

Pelos Drs. I. E. Barbel, R. M. Kogan-Abezguz e E. I. Zamiatina. — Da clinica de Oftalmologia do Departamento de fisiopatologia do Instituto de Medicina Experimental da União Sovietica.

Traduzido do russo por J. Jesuino Maciel da coletanea **Trofismo nervoso na teoria e pratica da medicina** sob a redação do Prof. **A. D. Speranski**, pg. 267-280.

O estudo do papel do componente nervoso na patogenia e na clinica das oftalmopatias constitue o fim principal dos trabalhos continuamente elaborados na nossa clinica.

Uma das questões especiais que se nos apresentou no estudo deste problema foi o estado da sensibilidade da cornea e sua alteração em face da intervenção no sistema nervoso. Algumas das nossas observações figuram como ilustrações no trabalho "Trofismo nervoso na patogenia e clinica das ceratites" (Profs. **V. V. Tchirkovski, I. E. Barbel, A. A. Vichnevski, L. A. Demchitz e R. X. Mikaelan**). Para publicar, pois, com maiores detalhes o material que recolhemos, julgamos necessario fazer previamente um estudo geral da sensibilidade nas diversas