

- Hornbogen, D. P.** — Transient myopia during sulfanilamide therapy — Amer. Journ. Ophth. — Vol. 24, n.º 3, pags. 323-324 — 1941.
- Blankstein, S. S.** — Transitory myopia from sulfanilamide — Amer. Journ. Ophth. — Vol. 24, n.º 8, pags. 895-899. — 1941.
- Friedman, B. B.** — Acute myopia from sulfanilamide — Amer. Journ. Ophth. — Vol. 24, n.º 8, pag. 935 — 1941.
- Vasquez Barrière, A.** — Comunicação pessoal — Nov. de 1941.

DERMO LIPOMA DA CONJUNTIVA ACOMPANHADO DE CISTO ESCLERAL E COLOBOMA DO ANGULO PALPEBRAL (*)

W. BELFORT MATTOS — S. Paulo

OBSERVAÇÃO

Ivany M., com 7 anos, branca, brasileira, consulta pela primeira vez em 1 de Junho de 1939. Conta sua mãe que Ivany possui de nascença grande defeito no olho esquerdo, tendo sido operada a-cerca-de 3 menses por oculista da Capital que retirou parte do tumor que saía de dentro do olho.

O aspéto do olho doente era o da figura n.º 1: — a fenda palpebral muito alargada devido a um coloboma do angulo externo punha a mostra grande massa tumoral roseo-amarelada que cobria mais da metade da cornea e se extendia pelos fundos de saco conjuntivaes superior, inferior e externo, de maneira a impedir o fechamento do olho. Este, fortemente estrabico para dentro, tinha os seus movimentos muito reduzidos. A superficie tumoral era recoberta pela conjuntiva que adheria inteiramente ao mesmo. Grande numero de vasos, arteriolas e veias percorriam toda a superficie do tumor. Notavam-se vestigios da intervenção anterior, parecendo ter sido retirada parte do tumor que saía pela fenda palpebral.

No dia 9 de Junho operei-a praticando a ablação subconjuntival do tumor. A conjuntiva foi poupada o mais possivel, tendo começado a operação por desinserir o tumor da cornea que a ela se achava implantado intimamente. No seu lugar ficou uma superficie corneana bastante branca. Sendo a operação delicada, esta prolongou-se por uma hora até que toda a massa tumoral fosse retirada por dissecção difficil

(*) Comunicação feita a Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, sessão de 14 de Outubro de 1941.

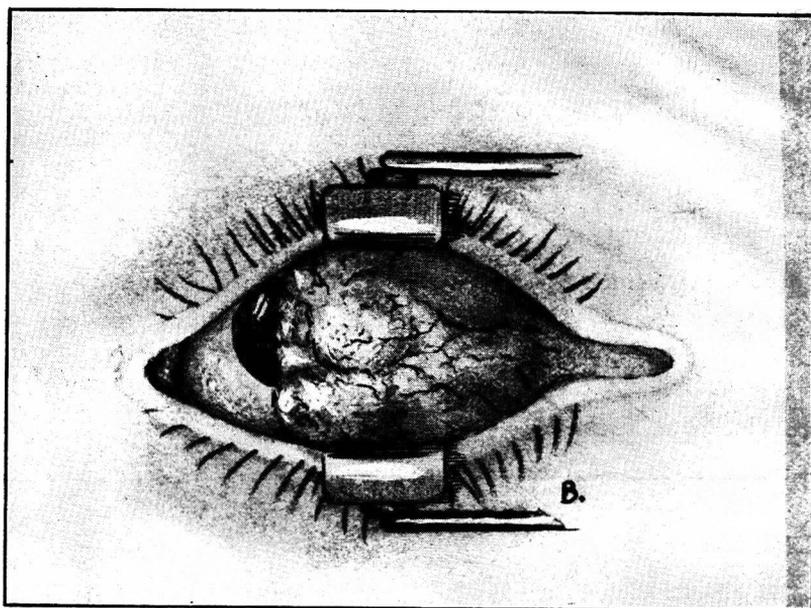


Fig. 1

dos seus prolongamentos entre os músculos reto superior, reto interno e reto inferior. Nesta última região tive a surpresa de encontrar grande saliência escleral às 5 horas, logo para traz do limbo, do tamanho de um grão de milho. Verificando tratar-se de um cisto escleral tive o cuidado de apenas limpar a sua superfície deixando para um segundo tempo a sua ablação. A conjuntiva foi fixada à esclerótica por pontos separados para que não subisse sobre a cornea. Como o olho estava fortemente estrábico, pratiquei a tenotomia do músculo reto interno, o que reduziu grandemente o estrabismo. A figura n.º 2 mostra o aspecto do olho findas estas operações. Assim, nesta primeira intervenção cirúrgica, feita com anestesia local, preocupei-me apenas com a remoção do tumor e correção do estrabismo.

A sequência operatoria foi boa, tendo o olho desavermelhado lentamente, a visão melhorado pouco e a cornea se vascularizado na sua porção leucomatosa, antiga sede do tumor. O cisto escleral tornou-se bem apreciável vindo ocupar parte da fenda palpebral que se fechava dificilmente.

Sómente em 10 de Janeiro de 1941, devido à relutância da pacientezinha, operei-a do cisto escleral e do coloboma palpebral. Primeiramente refiz o canto externo o que foi fácil, bastando avivar as bordas

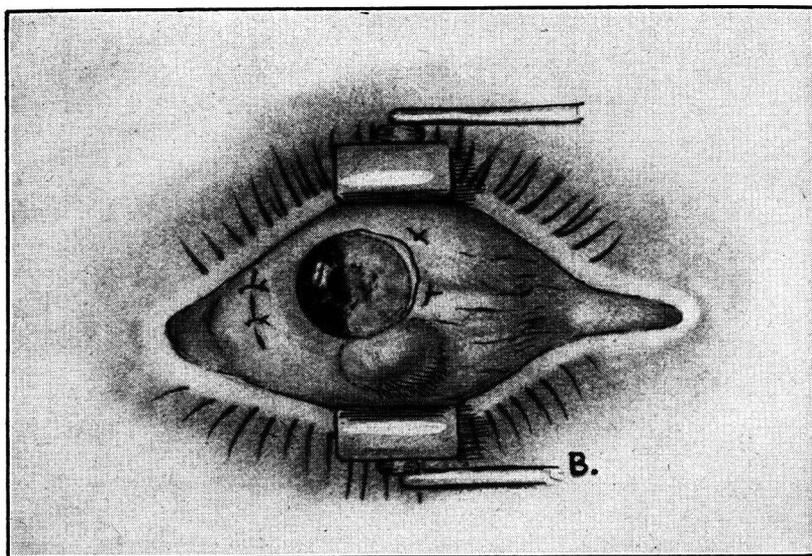


Fig. 2

do coloboma e sutura-las, tal como mostra a figura n.º 6. Ficou feito um fundo de saco lateral bastante amplo. Neste ato operatorio ajudou-me o Dr. Marback, oculista da Baía, que se achava em visita á clinica.

Na operação do cisto pratiquei a tecnica aconselhada por Elshnig no seu tratado de cirurgia. As figuras ns. 3, 4, 5 e 6 mostram os diversos tempos operatorios. Primeiro: levantamento da conjuntiva que se achava, devido à intervenção anterior, fortemente aderente ao cisto, pondo a nú o cisto e parte da esclera adjacente. Segundo: passagem de 3 fios de cat-gut na espessura da esclerotica. Terceiro: abertura, com a faca de catarata, do cisto e reseccão á tesoura, de toda a sua parede escleral. Aqui, foi que se passou o mais interessante da intervenção, pois deu-se a saída de um liquido como se fosse o humor aquoso, tendo a camara anterior se esvasiado, vindo fazer hernia uma membrana transparente (que me pareceu ser a retina) que continha o vitreo no interior do olho (fig. 4). A' parede escleral reseçada que media 1 centimetro de diametro vieram fragmentos da uvea. Atei os pontos de cat-gut, da esclera, e os de seda da conjuntiva, tal como mostra a figura n.º 5. A figura n.º 6 mostra o conjunto da intervenção: o canto externo refeito, os pontos escleraes (c) e os pontos conjuntivaes (s) antes de serem atados.

A sequencia operatoria foi ótima e passados 9 meses apresenta-se agora a pequena Ivany curada do seu mal ocular e com a sua fisionomia composta. Apenas um pequeno estrabismo convergente e um leucoma da metade da cornea resultaram de tudo.

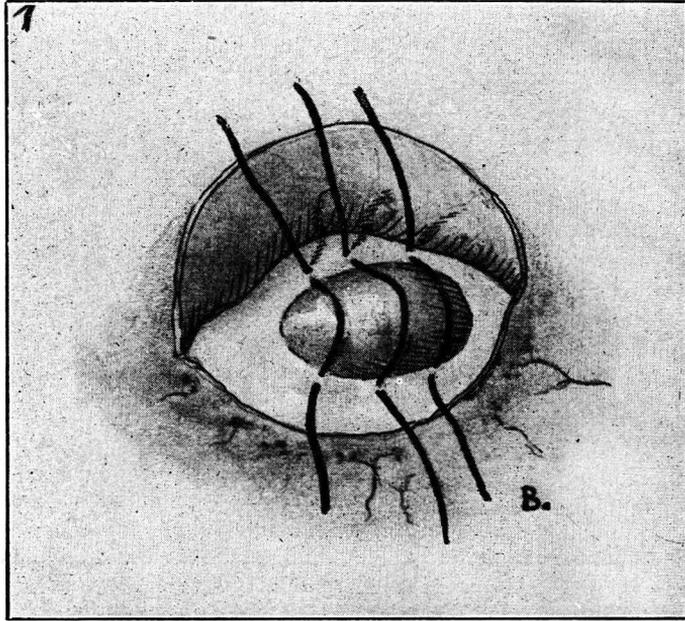


Fig. 3

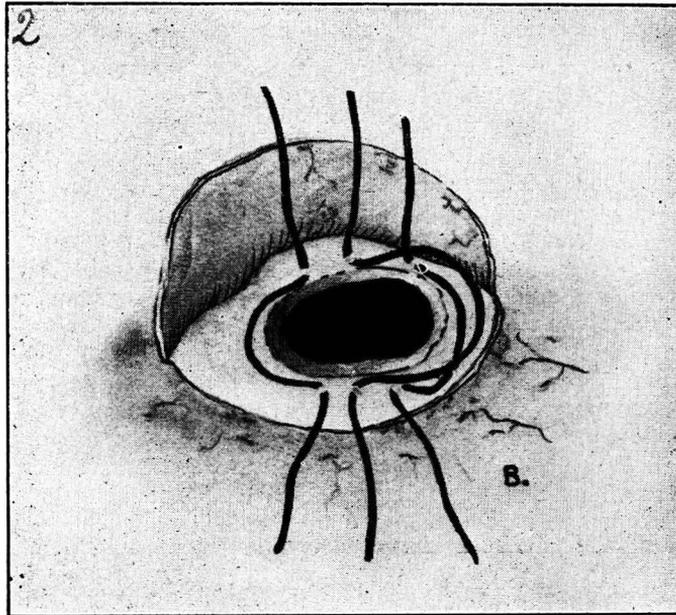


Fig. 4

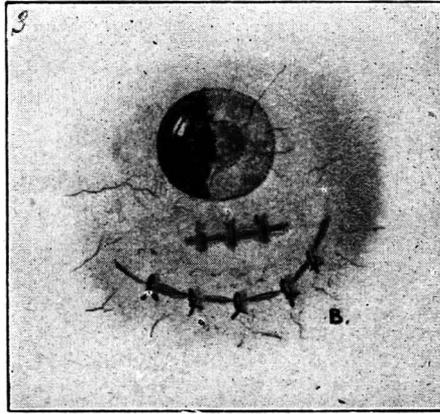


Fig. 5

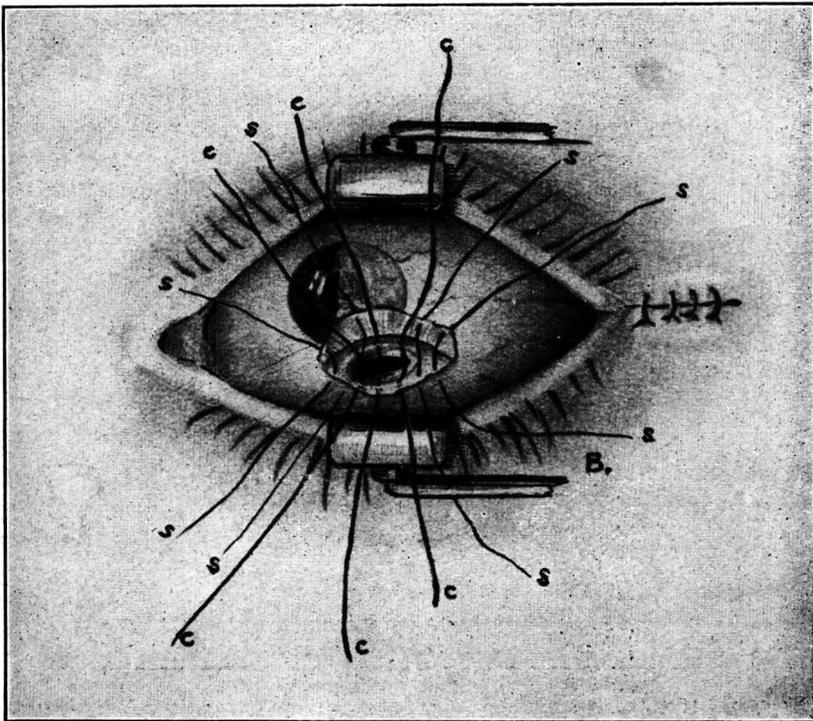


Fig. 6

Pela oftalmoscopia, quasi impossivel de ser feita, não se alcança a zona correspondente a séde do cisto.

No tumor examinado foram encontrados tecido gorduroso e dermoide.

COMENTARIOS

Muito longe iria se fosse comentar e discutir a historia bibliografica dos tumores identicos a este. Em **Traité des tumeurs de l'oeil, de l'orbite e des Annexes**, Tomo I-1901, Felix Lagrange em estudo meticoloso dos dermoides, da cornea e conjuntiva e dos tumores epibulbares reproduziu grande numero de desenhos, os mais variados, de grande numero de autores, em alguns destes notando-se pequenas deformações no olho e nas palpebras, sem contudo haver referencia ao cisto escleral. No capitulo, aliás pequeno, dos cistos escleraes, Lagrange não traz grande contribuição ao estudo dos mesmos, citando apenas alguns casos sem relação com qualquer tumor epibulbar ou conjuntival. No resto da literatura não encontrei quaesquer outras referencias sobre tumores epibulbares e cisto escleral.

Este é o terceiro caso de cisto escleral que opero, tendo sido os dois primeiros relatados na **Revista de Oftalmologia de São Paulo**, Vol. I, pag. 107, 1931.

Eram eles bastante diferentes deste, quer na sua patogenia, quer na sua séde de implantação, quer na terapeutica seguida.

Em **Cirurgia Ocular**, Tomo I-1931, no capitulo referente aos tumores epibulbares, publico um caso identico ao que ora relato. Tratava-se de um fibrodermoide bilateral, fig. n.º 7, onde se podia observar com toda a nitidez um coloboma do angulo externo do olho esquerdo. Contudo não apresentava qualquer alteração das escleroticas.

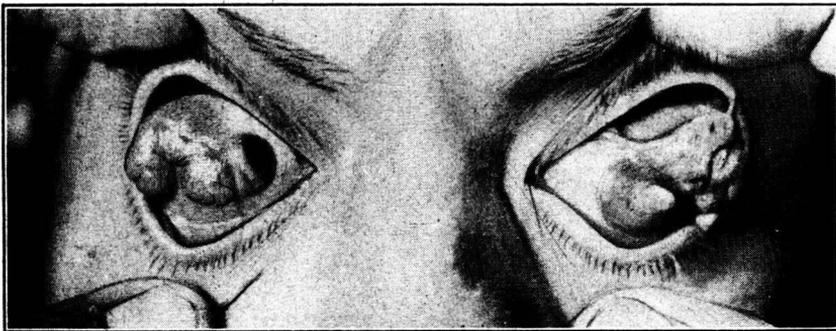


Fig 7

Registo aqui a presente observação, de Ivany M., visto ser ela interessante e parecer-me ser o primeiro caso de toda a literatura oftalmologica mundial.