

- 4) **FRANCISCO AYRES:** Senso cromático e suas anomalias. Arch. Brasil. de Oftalm. Volume 3, N.º 4.
- 5) **FRANCISCO AYRES:** Considerações de ordem psicológica sobre a cor. Arch. Brasil. de Oftalm. Vol. 3, N.º 5.
- 6) **NELSON VASCONCELLOS:** Oftalmologia em face da aviação. 4. Congresso Bras. de Oftalmologia. Vol. I pag. 198.
- 7) **JAQUES TUPINAMBÁ:** Alterações congênitas do senso cromático. Rev. de Oftalm. de S. Paulo. Vol. 9, N.º 2.

PROLAPSO (1) DO GLÔBO OCULAR (*)

OCTACILIO LOPES — Catanduva - Est. S. Paulo.

Registrados na literatura médica indígena há alguns casos de prolapso espontâneo ou provocado do glôbo ocular.

Na busca bibliográfica que procedemos, é verdade que dentro da pobreza dos recursos de que podemos dispor, sem significar, portanto uma expressão de infalibilidade, encontramos apenas um número muito reduzido deles. É aqui, como em toda parte, achados de tal natu-

(*) Comunicação feita à Soc. de Oftalmologia de S. Paulo, sessão de Setembro de 1942.

(1) Todos os autores que cuidam do assunto falam sempre em **luxação**. Ultimamente, porém, W. Belfort Matos, num artigo publicado no número 5 dos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia de 1941, defende a designação de **prolapso**:

“O globo ocular é contido e suspenso no interior da órbita pelos músculos e ligamentos, possuindo os movimentos de elevação, abaixamento, lateralidade e rotação. Esses movimentos se assemelham aos de uma **articulação enartrose**, como a articulação escapulo-humeral, por exemplo, que possui todos os movimentos nos três planos do espaço. O olho no interior da órbita não se mexe dentro de uma cavidade articular, como parece à primeira vista, razão pela qual comparávamos os movimentos do olho como os de uma **articulação enartrose**. Todos os seus movimentos são possíveis graças aos tecidos frouxos da cavidade orbitária. A capsula de Ténon acompanha o globo em todos os movimentos, sem constituir contudo uma sinóvia ou cavidade articular; é ela uma serosa, que se acha aderente ao olho pelo seu folheto visceral contraindo sólidas aderências, pelos seus ligamentos, com o nervo ótico, músculos e reborda orbitária. Quando o olho, por qualquer causa, um traumatismo, por exemplo, sai da sua posição anatômica e, passando os limites da fenda palpebral, se exterioriza por completo, dá-se comumente o nome de luxação ocular. Não houve uma luxação, visto o olho não estar na sua posição anatômica, dentro de uma cavidade articular, e sim um **prolapso ocular** devido à flacidez dos meios de contenção, isto é, dos músculos retos e dos ligamentos de sustentação e contenção. A cápsula de TENON acompanha o olho em tais casos.

reza não parecem de grande frequência. Acreditamos, porém, que muitos dêles existam guardados na intimidade dos arquivos das clínicas oftalmológicas, escondidos ou esquecidos no seu ineditismo, talvez — quem sabe — por não apresentarem grande interesse de ordem prática e valerem tão somente pela pouca frequência com que aparecem.

É bem verdade que êstes casos não têm ainda como raridade o mesmo valor daquela observação de SMETIUS (2) referente a um menino cego de um olho e que sofreu luxação do olho bom em consequência de um traumatismo. O menino ficou não somente cego como também anoftálmico. Pensou-se a princípio que o glôbo tivesse sido eliminado com o traumatismo. Passado porém algum tempo o pequeno começou a ter percepção luminosa, pelo nariz, chegando ao extremo de diferenciar algumas côres! Um exame minucioso revelou que o olho estava no seio maxilar para onde fôra empurrado por efeito do traumatismo, ficando a córnea voltada para o lado do nariz!

Apezar de não constituírem raridade de tal quilate, não se lhes pôde negar logar bem merecido entre os casos de observação pouco frequente.

Tais considerações vêm a propósito de dois pacientes que tivemos oportunidade de examinar e cuja observação resumida é a seguinte:

1.º CASO:

L. X., preta brasileira, mineira, lavadeira, tendo aproximadamente 25 anos, residente em Uberlândia, Minas, foi endereçada ao nosso serviço em Agosto de 1931 pelo Dr. Diógenes Magalhães, prorecto diretor e cirurgião da Casa de Saúde S. Luiz de Uberlândia, um dos mais perfeitos mestres da cirurgia que conhecemos no interior.

Apresentava uma coroidite sífilítica comprovada não somente pelo exame sorológico como também pelos resultados da terapêutica específica, ao lado de uma sinusite maxilar antiga, unilateral, da qual foi operada com êxito.

No decorrer dos exames que tivemos de proceder, verificámos que ao reviramento das pálpebras superiores seguia-se acentuada protrusão dos glôbos oculares. Um pequeno esforço mais, uma compressão digital um pouco maior no sentido de profundidade e ao mesmo tempo já abertura das fendas palpebrais e tivemos um glôbo e depois, com idêntica manobra o outro completamente prolabados, dois terços dos mesmos exteriorizados. Provavelmente um pouco mais de pressão e teríamos ainda mais pronunciado o prolapso. Temendo porém consequências funestas perfeitamente justificáveis, evitámos de fazê-lo.

(2) APUD ADOLF JESS — “Luxação do globo ocular no seio maxilar” — In *Oftalmologia Ibero-Americana* — Vol. I, 1939/40, p. 65.

Tal manobra em nada prejudicou a paciente, voltando o glôbo à sua primitiva posição após a cessação da pressão digital.



FOTO 1

FOTO 2

FOTO 3

As fotografias 1 e 2 dão uma idéia mais ou menos fiel dos glôbos em prolapso assim como a figura 3 nos mostra a paciente após a experiência.

2.º CASO:

A. J. C., ficha 13.476, preto, com 19 anos de idade, casado, operário, residente em Catanduva, veio à consulta em 9 de Setembro deste ano (1942). Queixava-se de estar sofrendo dos olhos há cerca de dois anos: fotofobia, epífora, coceira. Ao exame, ao ser feito o reviramento das pálpebras superiores para conhecer do estado dos fundos de saco superiores, verificámos que uma pressão digital um pouco maior no sentido da abertura das fendas palpebrais de A. O. bastava para determinar o prolapso dos glôbos oculares. Encontrando-se por acaso no nosso consultório os distintos colegas Drs. Cervantes e Galdós Angulo, tivemos oportunidade de lhes mostrar o caso de observação tão pouco frequente. Aliviada a pressão, o prolapso prontamente se reduzia sem acarretar a menor perturbação visual. As fotografias (Fig. 4 e 5) documentam o achado.



FOTO 4



FOTO 5

Manuseando os tratados e revistas da especialidade, podemos verificar que os autores ao se referirem à indevidamente chamada luxação do glôbo ocular quasi que tratam exclusivamente da variedade ocasionada por acidentes.

Citemos o grande BERENS (3) :

“Luxation or evulsion of the eyeball is caused by injury. For example an eye has been torn from the socket by a cow's horn, lances, arrows, sled runners, pieces of steel being processed in rolling mills, and other accidents associated with factory and mill work.”

“Birth injuries are not uncommon from the use of obstetric forceps. Intense pressure over the orbit causes molding of the bones of the face in such a way as to narrow and compress the orbit, the eye protruding through the opening in the blade of the forceps, or the blade may be applied directly over the eye and rupture the eyeball.”

“Several cases of self-inflicted luxation or evulsion by the insane are on record.”

Não se refere porém o autor no seu magnífico tratado às luxações espontâneas ou provocadas que são as que aqui particularmente nos interessam.

TERRIEN (4) estuda a questão como o faz BERENS. Não alude ao aspecto que procuramos focalizar.

MORAX (5) fala-nos de “certains sujets, atteints d'un degré élevé d'exophtalmie, peuvent présenter une luxation en avant sous l'influence d'un effort.”

(3) CONRAD BERENS — “*The Eye and its Diseases*” — W. B. Saunders Company, Phil. and London, 1936.

(4) F. TERRIEN — “*Précis d'Ophthalmologie*” — J. B. Baillièrre et Fils, Paris, 1924.

(5) V. MORAX — “*Précis d'Ophthalmologie*”. Masson et Cie. Ed. Paris, 1921.

O mesmo autor faz a diferenciação entre luxação e evulsão. Esta última categoria, compreendida quando se verifica ruptura muscular.

É quasi todos os tratadistas seguem idêntica orientação.

Muitos nem fazem referência ao assunto como: CHARLIN (6), MAY (7), ABREU FIALHO (8), BIETTI (9) e tantos outros.

TERSON (10) apenas de passagem toca na questão sem entrar em minúcias.

DENHAENE relatou nos "Archives Médicales Belges" em 1921 (11) a observação de um soldado de 20 anos que sofreu um traumatismo no bordo ínfero-externo do olho esquerdo seguido de dor intensa, equimose e diminuição da acuidade visual, fenómenos êsses que cederam depois de alguns dias. Posteriormente, porém, o paciente assoando-se com força sentiu o glôbo ocular projetar-se para frente e em seguida voltar à sua posição normal. Desde então bastava que forçasse a expiração para que o fenómeno se reproduzisse. O movimento do glôbo se fazia sempre para a frente e nunca para os lados.

Sobre a maneira de interpretação do fenómeno, lê-se na "Enciclopédia Americana de Oftalmologia":

"It seems all but certain that the peculiar behaviour of the eye must have been due to a form of vascular tumor or aneurysm in the depths of the orbit which became heavily charged with blood when there was any temporary obstruction to the outflow of blood; this may be favored by a lax condition of the fibrous structures in the orbit".

Outro caso também curioso é o relatado por POSEY (12), de um jovem que podia protrair o glôbo ocular quinze milímetros para frente com o esforço de assoar-se.

BARRIÈRE (13) observou também um rapaz de 19 anos no qual durante a mastigação se verificava acentuada exoftalmia do olho direito acompanhada de diplopia.

Na nossa clínica vimos um caso de exoftalmia numa pequena de 10 anos que recebeu um ponta-pé do irmãozinho, traumatismo involuntário durante o sono, seguido de inflamação, quemose e perda teni-

(6) CHARLIN — "Tratado de Clínica Oftalmologica", Sabrat Ed. 1925.

(7) CH. MAY — "Manuel des Maladies de l'Oeil". Masson, Ed. Paris, 1929.

(8) ABREU FIALHO — "Tratado de Ophtalmologia". Pimenta de Melo, Ed. Rio, 1927.

(9) AMÍLCAR BIETTI — "Trattato de Oftalmojatria". S. A. Ed. Scientifica, Miãno, 1927.

(10) ALBERT TERSON — "Maladies de l'Oeil". J. B. Baillièrre, Ed. Paris, 1909.

(11) ÁPUD "The American Encyclopedia and Dictionary of Ophtalmology". Clev. Press. Chicago, 1915.

(12) Idem.

(13) Idem. Ibidem.

porária da visão. Passados alguns dias tudo se normalizou inclusive a acuidade visual. Tres anos depois foi trazida à consulta por apresentar acentuada exoftalmia do glôbo ocular esquerdo, como se vê nas figuras 6 e 7, exoftalmia não pulsátil, incompletamente redutível à



FOTO 6

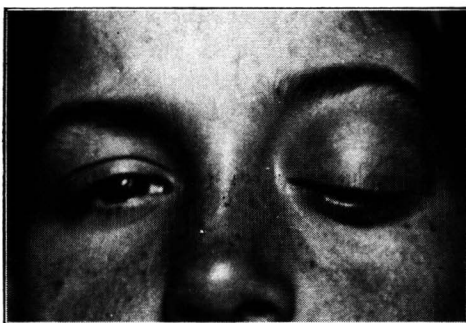


FOTO 7

pressão e que nos pareceu consequência de ruturas musculares. Vimos ainda outro caso em que facilmente se provocava a luxação do glôbo ocular como se vê na figura 8. O paciente sofreu um forte traumatismo sobre o olho esquerdo seguido de equimose, quemose conjuntival e de diminuição da acuidade visual. Decorridos poucos dias voltou a visão, desapareceu a quemose (fig. 9) e já não era possível provocar-se a luxação do glôbo.



FOTO 8



FOTO 9

Na literatura nacional encontramos o estudo de SELMANN NAZARETH (14) que relata uma interessante observação documentada com 3 fotografias de uma paciente de cor preta, de 28 anos de idade, em que o simples reviramento das pálpebras era bastante para provocar o prolapso dos glôbos oculares sem que tal comportamento tives-

(14) SELMANN NAZARETH — "Luxação anterior e total dos globos oculares, por simples reviramento das pálpebras" — **Boletim VIII da Sociedade de Medicina de Rio Preto**, 1929, p. 5.

se a menor repercussão para o lado da visão ou fosse seguida de qualquer anormalidade.

NAZARETH cita um trabalho de PEREIRA GOMES, referente a um caso de luxação acidental reduzida após demoradas manobras sem qualquer prejuízo da visão.

RÖHMER, apontado por PEREIRA GOMES (15), publicou um caso de luxação total do glôbo.

LINEU SILVA (15-A) relatou uma observação de luxação provocada por um alcoolatra com seus próprios dedos.

A luxação foi reduzida mas verificou-se como consequência da insanía, a amaurose.

Escreveu NAZARETH:

“Recentemente, FERRER, no **Edinburg Medical Journal** de Abril de 1929, conforme citação da **Resenha Médica** do mesmo ano, descreve-nos um caso de propulsão voluntária dos glôbos oculares observada em um cubano de 20 anos de idade. Desde os primeiros anos de vida, êsse indivíduo tinha o poder voluntário de propulsar os seus glôbos oculares, que se vinham colocar a 9 mms. para fóra dos limites normais, sem prejuízo para a acuidade visual nem para os campos visuais. FERRER explicando tal anomalia, atribue ao indivíduo a faculdade de, a um só tempo e voluntariamente, contrair os dois músculos oblíquos e relaxar os quatro retos”.

PEREIRA GOMES (16) diz que “DE WEEKER, experimentalmente no cadaver, demonstrou que, com o gancho de seu nome introduzido na órbita e aplicado ao nervo óptico, é impossível a um homem determinar a avulsão, rompendo o nervo”.

A. DE ALMEIDA (17) publicou também duas observações. Ambas em pacientes de côr preta, rapaz de 20 anos e rapariga de 28 anos.

Informa-nos o autor que o caso de FERRER “se refere a um indivíduo positivamente mestiço”.

Também no de PEREIRA GOMES tratava-se de uma preta “que foi de encontro a uma chave”.

WEIGELIN (18) descreve a luxação espontânea.

(15) Apud SELMANN NAZARETH — Op. cit.

(15^a) Idem. Ibidem.

(16) Idem. Ibidem.

(17) A. DE ALMEIDA — “Luxação provocada do globo ocular”. Arq. do Inst. Penido Burnier, Vol. I, p. 151, 1932.

(18) Apud A. DE ALMEIDA.

O caso relatado por BELFORT MATTOS (19) é também em indivíduo da raça negra e do sexo feminino. Com extrema facilidade podia-se fazer com que um dos olhos saltasse da sua posição normal da órbita para fóra”.

Outro trabalho nacional que conseguimos lêr foi o que EVALDO CAMPOS (20) publicou, de luxação provocada do glôbo ocular numa preta de 33 anos de idade que se apresentara à consulta “porque não via bem e às vezes ficava com os olhos estufados”. Neste caso ao serem reviradas as pálpebras superiores “notava-se protrusão dos glôbos oculares”. “Os glôbos oculares eram projetados para diante, de tal forma que o equador ultrapassava as bordas palpebrais, tornando-se visível parte do hemisferio posterior”.

O autor cita outra observação do saudoso SANTA CECILIA, de Belo Horizonte.

Hipóteses etiogênicas podem ser consideradas nos casos em que não existam fatores que expliquem claramente a produção do prolapso do glôbo ocular como sóe acontecer quando o mesmo está ligado a traumatismos, à existência de aneurismas da cavidade orbitária ou a tumores.

Escreve a propósito BELFORT MATTOS (21) :

“Diversas explicações são dadas ao fenómeno do prolapso ocular, porém a mais acertada parece ser a da flacidez dos órgãos contusíveis. A profundidade da órbita não age como fator predisponente como querem alguns autores. Não existem órbitas fundas ou rasas. Medidas feitas em crâneos de todas as raças provaram ter a órbita, pouco mais ou menos, sempre a mesma profundidade. Na raça preta, a conformação dos ossos nasais engana o observador, que afirma ser na raça negra a órbita mais rasa. Na criança, que possui órbita mais rasa que o adulto e o olho quasi que com as mesmas dimensões, o prolapso ocular é excepcional ou inexistente”.

A órbita, como sabemos, está dividida pela cápsula de TÉNON em duas partes: uma anterior que contém o glôbo ocular e outra posterior que encerra vasos, nervos e músculos envolvidos e protegidos por tecido gorduroso.

(19) W. BELFORT MATTOS — “Luxação ou prolapso ocular?” In Arquivos Brasileiros de Oftalmologia”, 1941, p. 272.

(20) EVALDO CAMPOS — “Luxação provocada do globo ocular”. In 'O Hospital', Vol. 20, N.º 1, 1941, p. 67.

(21) W. BELFORT MATTOS — Op. cit.

Normalmente a loja anterior é suficientemente grande para conter o glôbo ocular sem que o mesmo fique nem muito para trás nem muito para frente. Póde, porém, acontecer, independentemente da existência de qualquer estado mórbido, que tal loja seja mais funda ou mais rasa, podendo contribuir para este fato o que não está ainda esclarecido, uma certa influência racial. Teremos então acompanhando o grau de profundidade da loja, o glôbo ocular colocado mais para trás ou mais para diante do que acontece normalmente. No primeiro caso o indivíduo tem os olhos escavados e fundos ao contrário do segundo caso em que os glóbulos oculares são proeminentes, projetados para frente, exoftálmicos, enfim. Segundo também, possivelmente à mesma influência racial, os músculos oculares são mais ou menos distensíveis. Na raça negra são mais vezes encontrados os casos de prolapso espontâneo ou provocado dos glóbulos oculares e os dois motivos referidos de elasticidade muscular e de situações do glôbo acompanhando a disposição da loja anterior da órbita, de certo contribuem para que tenhamos uma explicação do fenómeno.

A isto ajunta AXENFELD (22) o ensinamento de que em virtude do seu trajeto encurvado o nervo óptico pode permitir que da luxação de curta duração possa deixar de resultar lesão permanente.

(22) TH. AXENFELD — “*Traité d’Ophthalmologie*”, G. Steinheil, Ed. Paris, 1914.

Sociedades Brasileiras de Oftalmologia

Sociedade Brasileira de Oftalmologia — Rio de Janeiro

SESSÃO DE AGOSTO DE 1942

•

Reuniu-se no dia 21 do corrente, em sessão ordinária mensal a Sociedade Brasileira de Oftalmologia, sob a presidência do Prof. Paulo Cesar Pimentel, secretariado pelo Dr. Evaldo Campos. Aberta a sessão, o Sr. Presidente convida o Dr. Orlando Cirino para ocupar o lugar do I.º Secretário, ausente. A ata é lida e aprovada sem discussão. O Sr. Presidente nomeia uma comissão composta dos Drs. Lincoln Caire e Carlos de Medeiros para introduzir no recinto os novos socios, Drs. Joaquim de Azevedo Barros, Fernando Ribeiro Gonçalves, Wilton Ferreira e Alexandre Dias Filho, que são recebidos com palavras de saudação pelo Presidente, ás quais agradeceu o Dr. Fernando