

CONSIDERAÇÕES EM TORNO DE UM CASO DE ESTRABISMO (*)

SOUZA DIAS (S. Paulo)

Não venho para esta casa ocupar a atenção dos colegas para dizer novidades. Tudo o que aqui for dito é sobrejamente conhecido de todos aqueles que praticam a nossa especialidade. Trago apenas a observação de um caso curado de estrabismo, da minha clinica particular, e que se presta a alguns comentarios interessantes. Trata-se da Srta. I. N. C., com 21 anos de idade, estudante da Escola Normal. Quanto à anamnese, é aquela de sempre: antes dos 5 anos, sem precisar bem a idade, uma moléstia qualquer propria da infancia debilitou-a passagiramente, aparecendo o estrabismo. Este se acentuou progressivamente diminuindo cada vez mais a visão desse olho, que é o esquerdo. Quanto à hereditariedade, não refere casos de estrabismos nos ascendentes.

Ao exame: estrabismo concomitante convergente do olho esquerdo com acentuada ambliopia *ex non usu*. A acuidade era abaixo de 1/10 passando a 1/10 mal, com correção. Inibição cerebral da função desse olho. Desvio estrábico, medido posteriormente pelo processo da post-imagens de HERING era de 38°. Quanto ao O. D., acuidade de 0.9 passando para 10/10 com a devida correção.

Refração com atropina:

O. E. + 2.75 DE.

O. E. + 5.00 DE. = + 0.50 DCil. eixo 160.°

Esta doente me foi levada pela sua progenitora, que me frisou a necessidade da cura do estrabismo da filha, pela influencia que este exercia sobre o seu psiquismo, creando um complexo de inferioridade agravado por um terreno já francamente tímido. Nivel cultural bom, bastante viva e inteligente. Saúde boa, nada se notando para esse lado que despertasse interesse. Não tem estigmas degenerativos que às vezes acompanham a disfunção ocular.

Como os Senhores veem, não eram animadoras as condições oculares para uma cura ortóptica: talvez por isso mesmo alguns colegas consultados anteriormente propuzeram a intervenção.

Desvio acentuado: 38° — Acuidade visual: ambliopia de O.I., visão confusa — Idade: 21 anos. São estes tres elementos que faziam

(*) Comunicação feita à Soc. Oftalmologia de S. Paulo.

prever pouco sucesso pelo tratamento ortóptico. Fixação macular má, pois não conseguia ler de perto nem mesmo caracteres grandes, movendo-se o olho em todas as direções sem poder fixar a imagem em qualquer ponto da retina. Mas, como ela se opuzesse à intervenção, pelo menos sem uma tentativa de tratamento médico, propuz-me a trata-la, levando em consideração dois outros fatores que eu tenho observado ser de uma grande importancia para o tratamento, aliás, também ressaltado pelos autores: intelligencia do paciente (fator imprescindível para MALBRAN e ADROGUÉ) e decidida vontade de curar-se.

Iniciei a fase preparatoria do tratamento ortóptico propriamente dito (após correção do vicio de refração) pela oclusão do olho diretor, durante uma hora por dia, fazendo exercicios para longe e perto. Após 15 dias a acuidade visual subiu para 0.2, mal. Mais alguns dias e ela se estabilisou em 0.2, visão nítida, não melhorando mais por muito esforço que fizesse a paciente.

Comecei a primeira fase do tratamento ortóptico, isto é, exercicios para despertar a visão simultanea. Com poucos dias de exercicios nesse sentido, ela se instalou, começando a doente a ter diplopia quando a excitação das retinas era forte ou quando punha atenção no olho desviado, como si quizesse vêr apenas com esse olho. Só então foi possivel a medida do angulo de desvio pelo processo das post-imagens de HERING, talvez o processo mais exato, no dizer dos citados autores argentinos. A pesquisa das correspondencias anormaes da retina, que só foi possivel agora, que havia fixação macular, pelo aparelho de congruencia de TSCHERMAK, mostrou que a doente fixava com ambas as máculas.

Resumindo, as condições para tratamento médico assim se apresentavam: 3 fatores negativos — idade, ambliopia e desvio acentuado e 3 positivos — dedicação, intelligencia e ausencia de correspondencia anormal das retinas.

Estudemos ligeiramente cada um destes elementos: **Idade** — Com excepção de CANTONNET, que fixa a idade máxima para o tratamento em 38 anos, evidentemente excessiva, os outros autores fixam esse limite em muito menos. Para PETER antes dos 6 anos; para ADROGUÉ já o tratamento seria muito difical na juventude. Para DUKE-ELDER, seria difical até aos 10 anos, muito difical entre 10 e 14 anos e totalmente impossivel depois desta idade. A nossa doente tem 21 anos, idade má, portanto. **Ambliopia** — Dizem, ADROGUÉ e MALBRAN que quando a ambliopia é de 1/10 ou menos (que é o que se passa no meu caso) é inutil a oclusão porque a visão nunca chegará ao limite mínimo fixado por eles para o tratamento ortóptico e que seria 5/10, citando observações que corroboram essa asserção. DUKE-ELDER não fixa o mínimo de acuidade visual compatível com o tratamento médico, dizendo que para os bons casos a acuidade do olho

doente deve ser igual à do olho diretor, de modo a tornar o estrabismo alternante. Ora, isto está muito longe daquilo que observamos na nossa doente: 2/10 para 10/10. **Desvio** — Dizem os citados autores argentinos que os desvios excessivos devem ir diretamente para a meza de operação, para se fazer o tratamento médico posteriormente, acrescentado que se deve todavia fazer tentativas de fusão, o que colocaria o doente em melhores condições de exito. Na minha doente o desvio era de 38°. Estes os fatores negativos.

Vejamos agora os positivos: — **Inteligencia do paciente:** — Diremos apenas que é facto de observação para os que praticam o tratamento médico das tropias que o successo terapeutico é muito muito mais rápido e completo nestes pacientes. **Dedicação do tratamento:** — Quanto a este elemento diz MALBRAN que aqueles doentes que não podem ir à Clínica pelo menos 3 vezes por semana, não devem ser tratados ortopticamente, acrescentando que este tratamento deve ser objéto de muita reflexão e interesse, no qual o fatores psicológicos jogam um papel importantíssimo. Penso que estas palavras, “reflexão e interesse” também devem ser applicadas ao médico, porque, como diz VASQUEZ BARRIÉRE no prefacio do livro de MALBRAN e ADROGÜÉ, um cochilo de nossa parte pode redundar numa correspondencia anormal das retinas onde ela não existia. **A ausencia de correspondencia anormal das retinas** facilita muito o tratamento, pois nestes casos, mesmo em crianças são de difficilimo tratamento e muito fastidiosos. Si esta condição estivesse presente no meu caso eu a operaria sem mais estudos, entregando-a à sua propria sorte esperando que uma inibição central absoluta tornasse posteriormente o olho cego, não se podendo então obter mais que um efeito cosmético.

Vemos portanto, que a seleção dos casos reeducaveis depende de uma série de condições que assumem uma consideravel importancia para o prognóstico.

Postos estes elementos nos pratos da balança, verifiquei que as esperanças eram muito poucas, mas em todo caso, tentei o tratamento. Observei estritamente a ordem aconselhada pelos autores: correção da refração, oclusão do olho diretor, exercicios de visão simultanea de fusão e por fim os de visão estereoscópica.

Após a oclusão do olho doente a acuidade visual subiu para 2/10, aí permanecendo inalteravel embora insistisse energeticamente. Início das manobras para obtenção da visão simultanea, que foi conseguida com pouco esforço; fortes excitações luminosas do olho ambliope e fracas no diretor. Em uma semana a visão simultanea era perfeita, aparecendo a diploplia, voluntaria a principio e depois permanente, diréta. Encorajado, inciei a 2.^a fase, exercicios para a fusão. Utilisei-me aqui de uma manobra que não vi descrita em livro algum e que me deu bons resultados. Anestesiada a conjuntiva do olho doente, colo-

quei a paciente a 5 metros na frente de uma fonte luminosa e com a pinça de fixação segurando a conjuntiva fiz uma tração temporal procurando diminuir o angulo do estrabismo até que os eixos se tornassem mais ou menos paralelos. Á principio houve uma pequena fase de horror à fusão, passando a imagem de direta para cruzada, para finalmente a fusão se manifestar. Continuei os exercicios com prismas, inicialmente gráo 32 base temporal, repartindo nos dois olhos, diminuindo progressivamente até a fusão sem prismas a uma distancia de 30 cms. Algumas tentativas no estereoscópio e o fenômeno da fusão se consolidou. Lia com facilidade em visão binocular (uma das fotografias mostra-o bem). Esta fusão não ia alem de 30 cms. não porque o mecanismo central de coordenação sensorial ou muscular não tivesse um suficiente estímulo, mas sim porque o músculo reto externo era impotente no seu papel de abductor, talvez um pouco atrófico, talvez um pouco longo. Fiz exercicios com prismas de HERSHEL-LANDOLT, a manobra chamada de ducção por prismas. O desvio residual de 3° mais ou menos se conservou irreductivel.

A intervenção se impunha agora imperiosa, pois o reto externo era impotente para trazer o olho para à posição normal. Encurtamento e alongamento graduados. Não posso deixar de frisar o seguinte fato: a faculdade de fusão fortemente reeducada auxiliou muito o ato operatorio. Após a tenotomia graduada do reto interno o ponto de inserção avançada do externo foi demarcada quando a fusão das imagens se fez no momento; para isto mandei a doente fixar a lampada colocada no teto acima da sua cabeça e quando elle fundiu as imagens, marquei o ponto da esclera correspondente à extremidade do músculo e aí fiz a sutura. O resultado foi ótimo, não sendo preciso medir distancias a encurtar. Oclusão dos dois olhos; evolução post-operatoria normal. Retirados os curativos após 6 dias, a visão binocular, para longe e perto, era perfeita.

Desde esse momento nunca mais houve diplopia. A reeducação prévia traz esta grande vantagem post-operatoria: a impressão de cura é completa e a satisfação do paciente é grande. Passei imediatamente para a 3.^a fase do tratamento, a última, a da estereoscopia. Para isto usei um simples estereoscópio com os cartões apropriados. É um trabalho longo e que exige muita paciencia; os resultados não são imediatos, requerendo às vezes mezes para se obter um resultado que pode ser apenas parcial. É nesta fase que os fatores individuaes "inteligencia e dedicação" se fazem mais necessarios. Uso os cartões apropriados para esse fim de diversos autores: DAHLFELD, HEMIL HEGG e os originaes cartões de JAVAL. Uso tambem alguns cartões feitos por mim, visando certos detalhes. Não os descrevo pormenorizadamente, o que levaria muito tempo. A visão estereoscópica da nossa doente ficou bôa, conseguindo uma visão satisfatoria de todos os cartões, tanto de figuras geométricas como as panoramias. Infelizmente não possuó os aparelhos de grande sensibilidade, como

sejam — o estereoscópio e os seus cartões, da Casa Zeiss e o Dephtoscope de BAUSCH e LOMB.. É impossível obter-se esses aparelhos no momento devido à situação internacional, assim como os grandes aparelhos de reeducação, como o sinoptoscópio, ortoscópio, etc.

A doente está curada, sem desvio nenhum, com visão binocular perfeita e estereoscópica boa. A acuidade visual é agora de 0.3 no olho ambliope. Removida a causa do complexo que tanto aborrecia a paciente, tornou-se ela mais alegre.

Devo acrescentar, para terminar, que os exercícios ortópticos devem ser feitos de manhã, pois que à tarde, quando o individuo já está fatigado, a sua eficiência é menor, assim como também nas pacientes do sexo feminino, o período menstrual é muito improprio. Como auxiliares de tratamento uso a stricnina e a vitamina B₁, sobretudo a primeira que aumenta o tonus muscular e o influxo nervoso, tão necessários para os músculos e nervos nessas ocasiões.

Resumindo, a nossa paciente que parecia, de início, um mau caso para o tratamento ortóptico, ficou completamente curada. Quer isto dizer que se deve sempre tentar o tratamento médico, que quando nada, auxilia muito a evolução post-operatoria. Por muito pouco que seja o estímulo para a fusão das imagens, os centros da visão, reeducados, se encarregarão de corrigir os pequenos desvios residuais, decepção frequente nas intervenções de estrabismo.

Quero ainda fazer ressaltar que o tratamento dos casos reeducáveis de estrabismo compreende diversas fases: correção da refração, oclusão, quando necessário, visão simultânea até o aparecimento da diplopia, fusão e por último a estereoscopia. Somente, como no meu caso, si houver uma insuficiência muscular é que se deve operar o doente, consistindo aquelas fases o essencial no tratamento do estrabismo, colaborando o ato cirúrgico apenas como um meio terapêutico valioso mas não necessariamente obrigatório, pois que o estrabismo não é o defeito físico aparente que se vê na face do doente, mas sim uma afecção que se localiza mais para cima, nos centros nervosos da visão; é lá que está o alvo que devemos atingir com a nossa terapêutica.

A cura do estrabismo deve ser funcional, sempre que for possível e não apenas cosmética.



Fig. 1

Paciente I. N. C. antes do tratamento



Fig. 2

Fazendo exercicio de fusão com lentes esféricas da caixa



Fig. 3

A mesma paciente após o tratamento

NOÇÕES DE ÓTICA GEOMETRICA RELATIVAS AO STIGMATISMO E ASTIGMATISMO DAS SUPERFICIES REFLETORAS.

Osorio Alves — Campinas, Est. S. Paulo.

A ótica tem contribuído de uma maneira notavel para o progresso da oftalmologia não só no que diz respeito ao diagnóstico das afecções oculares, com a descoberta de métodos de exame de grande precisão, como também quanto à sua terapêutica, com o aperfeiçoamento das lentes corretoras das ametropias e com o conhecimento mais exato e profundo das propriedades fisico-químicas das radiações luminosas e de sua ação sobre o órgão visual.

A descoberta do oftalmoscópio por HELMHOLTZ, em 1851 marcou o início de uma nova era no estudo da oftalmologia, permitindo a exploração do fundo do olho, cujas lesões, inacessíveis até então ao exame objetivo, permaneciam como incógnitas, reveladas somente após enucleação do globo ocular. Até essa época, isto é, antes do advento da oftalmoscopia, a nosologia das afecções oculares internas era fundamentalmente sintomatica, dada a impossibilidade de se estabelecer a relação de causalidade entre suas manifestações externas e