

tancia de 5 ou 6 metros. O Forometro dá deste ponto luminoso duas imagens muito diferentes o que faz cessar o estímulo da fusão naqueles que apresentam deficiências latentes desta função e então as novas imagens obtidas se apresentarão ao paciente como se ele fosse portador de paralisia muscular. Pela informação de imagens homônimas, heterônimas, desniveladas etc. reconhecemos qual a função defeituosa; em seguida pela adição de convenientes prismas ficaremos conhecendo qual o grau da perturbação.

A investigação deverá ser feita separadamente para a visão de longe e a de perto.

*Tratamento:* Em presença de pequenos graus de heteroforia, sem sintomas, nada temos a prescrever como tratamento. O tratamento da heteroforia começa então com o advento dos seus sintomas. Dada a associação frequente de heteroforia e vício de refração é por meio deste que conseguimos muitas vezes a correção daquele.

A correção será regulada pela natureza da heteroforia presente.

Nem sempre conseguimos o desaparecimento dos sintomas de heteroforia pela simples correção do vício de refração. Temos a observação dum paciente, escrivão, de 30 anos, em quem tentei o tratamento da heteroforia por meio de prismas sem o mínimo alívio, tendo no entanto, desaparecido totalmente a sintomatologia com o uso de injeções contendo estricnina. Em outros este mesmo tratamento tem falhado totalmente.

A observância de hábitos sadios durante o trabalho, da nutrição etc. contribuem para o desaparecimento do mal. A heteroforia é referida como consequência de fadiga de vôo prolongado, principalmente em grandes altitudes. Os pilotos que assim se apresentam são submetidos a um maior número de horas de repouso antes de nova ascensão.

Um recurso ainda contra a heteroforia é o tratamento ortóptico.

Exige muita perseverança do paciente mas é de proveito principalmente na insuficiência da convergência. Os prismas empregados neste exercício são de base com direção oposta àquela que dariam imediato alívio, justamente para excitarem a função deficiente.

## **Estrias Angioides da retina**

B. PAULA SANTOS — S. Paulo.

---

Tendo o professor Ivo Corrêa Meyer, de Porto Alegre, publicado no número anterior destes *Arquivos*, um caso de estrias angioides da re-

tina, ocorreu-nos publicar o que observamos em 1938 e que relatamos na Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo. As foto-retinografias de Belfort Mattos, a que se refere em nota Corrêa Meyer, são deste caso. Apresentamos apenas o caso, com a documentação foto-retinografica, eximindo-nos de considerações etio-patogenicas sobre a afecção, pois que, no trabalho do citado professor, isto é feito exclusivamente, sendo pois superfluo repetir as mesmas hipoteses ou controversias que o assunto tem suscitado. Apenas acrescentaremos algumas considerações sobre o tratamento, já que não o fez Corrêa Meyer, salientando o que, sob este aspecto, conseguimos em nosso caso.

*Observação:*

17-4-938. A. G., brasileiro, natural de Itapira, no Estado de S. Paulo, 23 anos, cor parda, operario. Viuvo ha 1 ano e 9 mēses. Casado aos 15 anos, sua mulher teve 4 filhos que faleceram e ela morreu de parto do ultimo. Conta as molestias peculiares à infancia. E' etilista imoderado e tabajista. Seu pai é italiano e sua mãe brasileira, gozando ambos boa saúde. De seus 17 irmãos, 9 faleceram na 1.<sup>a</sup> infancia e 8 são fortes, e, segundo sua informação, nenhum sofre dos olhos. Não sabe se ha laços de consaguinidade entre os seus ancestrais. A historia da sua molestia atual é a seguinte. Refere que no dia 16-4-1938, à tarde, estava a passeio, quando sentiu tontura e perdeu os sentidos, só acordando na 1.<sup>a</sup> enfermaria de olhos da Santa Casa, serviço do Dr. Pereira Gomes, para onde foi trazido pela Assistencia Publica. (Talvez se tratasse de embriaguez, já porque o paciente é dado ao vicio do alcool, como porque informa nunca ter sofrido qualquer especie de ataque). Não conta nenhuma queda, mas apresenta hemorragia sub-cutanea das palpebras e sub-conjuntival do olho esquerdo.

*Exame ocular.*

Visão: O. D. 2/50; OE — Visão periferica. Exame externo — Hemorragia sub-cutanea e sub-conjuntival do O.E. Conjuntiva de aspecto normal, com manchas pigmentadas na região das carunculas. Corneas — abundante pigmento na região limbica. No olho direito, em correspondencia de 5 horas, ha pequena mancha, que do limbo avança 3 mm. na cornea (esta mancha é opaca e ocupa as camadas superficiais), sendo percorrida por vasos esclerosados. Iris de cor castanha escura, uniforme, com criptas pouco pronunciadas. Cristalinos e vitreo normais. Fundos oculares: aspecto tipico de estrias angiódodes da retina (ver foto-retinografias 18 e 19, que foram gentilmente tiradas por Belfort Mattos). As estrias apresentam o mesmo quadro oftalmoscopico em A.O. Ha um sistema de estrias pigmentadas situadas nas camadas mais profundas da retina, ou provavelmente na lamina vitrea da coroide, conforme a opinião mais aceita dos autores que se têm ocupado do assunto. Ha o anel pigmentado

peri-papilar unico, que apenas é ligeiramente interrompido no contorno temporal. Dele partem muitas estrias radiadas, com aparência de vasos sinuosos, de cor parda-escuro, com ramificações. Tanto o anel como as estrias estão situadas em plano profundo, posterior aos vasos da retina, que, sobre elas, passam intactos, exceto na região macular do O.E., onde ha grandes alterações. As estrias vão se tornando mais delgadas à medida do seu percurso e atingem a região equatorial, sem ultrapassa-la. As papilas são descoradas e entre os seus bordos e o anel pigmentar ha um halo claro. Acompanhando as estrias pigmentadas ha tambem um halo claro, como as chamadas estrias claras que Plange diz formarem o leito das estrias pigmentadas e que Kofler julga serem apenas reflexos, porque se movem com os deslocamentos do oftalmoscopio, o que se não observa com as estrias pigmentadas. Na região equatorial há manchas pigmentadas que se dispõem tambem em anel. Este aspéto de manchas pigmentadas equatoriais torna-se um mosaico na periferia retiniana. Além do equador ha tambem muitos pontinhos de um branco sujo, situados na espessura da retina e que lembram os da capilarite de Bailliart.

Nas proximidades das papilas, quer para o lado temporal, como para o inferior, ha varias hemorragias, umas pequenas e outras iguais ou maiores que uma área papilar. Estas hemorragias são profundas, pois sobre elas passam os vasos retinianos, sem nenhuma alteração. Na região macular o aspéto oftalmoscopico difere um pouco do olho direito para o esquerdo. No O.D. ha abundantes hemorragias e pequenos areas brancos que dão a impressão de exsudato. Aí as estrias perdem a visibilidade. No O. E. ha um grande lago sanguineo que toma toda a região macular e proximidades. Aqui mal se percebem os vasos nos limites da hemorragia e na parte superior da região macular, confundindo-se com a hemorragia, ha uma mancha branca um pouco elevada, com aspéto conjuntivo.

Sobre esta mancha ha dois pequenos vasos. Exames complementares. O exame clinico, feito na 1.<sup>a</sup> enfermaria de medicina, nada revelou de importante. O exame dermatologico, feito pelo Dr. Humberto Ceruti, mostrou a inexistencia do pseudo-xandoina-elastico, fáto este de muita importancia, pois esta afecção da pele acompanha comumente as estrias angioides da retina. A reação de Wassermann foi negativa por duas vezes num intervalo de 3 meses, posto que o doente informasse que a tivera fortemente positiva algum tempo antes e que não fizera tratamento algum. Radiografia do cranio — opacidade do seio maxilar direito: ausencia de sinais de lesões da base. O exame rinologico não revelou puz no seio maxilar direito. Tempo de coagulação — 7',25". Tempo de sangria — 2',50". Formula leucocitaria: Neutrofilos 56 %. Basofilos 1 %. Eosinofilos 7 %. Monocitos 7 %. Linfocitos 29 %.

Uréa no sangue = 0,30 ‰

Glicose no sangue = 0,60 ‰

Taxa de hemoglobina = 74,7 %.

Globulos brancos = 7050m3.

Hematias = 4.950.000 m3.

Exame de fezes: ovos de ancilostomo.

Exame de urina: Traços de albumina, celulas epiteliais chatas, cilindroides e leucocitos.

*Tratamento.* Posto que não se indique um tratamento determinado para as estrias angioides da retina, para as complicações, especialmente as do tipo hemorragico, alguma cousa se póde fazer. Assim, no nosso doente, instituímos primeiramente a auto-hemoterapia, em injeções de 10 c.c. de sangue de 3 em 3 dias e calcio endovenoso em dias alternados. Desde logo notamos algumas melhoras, pois as hemorragias entraram em reabsorção, especialmente as do olho direito.

Tendo nessa ocasião recebido o n.º de fevereiro do *Annales d'Oculistique*, aí encontramos o trabalho de Mlle. Frydmann, de Genebra, que às paginas 155 a 158, se refere aos bons resultados que obteve com emprego da vitamina C em altas doses, associada à calcioterapia endovenosa. Fizemos então a pesquisa do ácido ascorbico na urina do nosso doente e como essa fosse negativa, demos durante 15 dias, 150 miligramas diários de vitamina C (Cito-ascorbiol com calcio) e ao fim deste periodo a pesquisa na urina ainda foi negativa. Mas as hemorragias do olho direito estavam completamente reabsorvidas, deixando em seu lugar áreas esbranquiçadas, tendo a visão subido a 1/10. No olho esquerdo, as pequenas hemorragias tambem se tinham reabsorvido, restando em parte o lago sanguineo da região macular. Continuamos o tratamento com a vitamina C e calcio endovenoso e vimos, ao fim de 5 meses, quando o doente, em 9-7-1938, deixou a enfermaria, que ainda persistiam duas pequenas hemorragias na região macular do O.E., restos do primitivo lago sanguineo. Nunca empregamos mais de 150 miligramas diários de Vitamina C e nunca a pesquisa do acido ascorbico na urina, sempre feita pelo Dr. Humberto Cerruti, foi positiva. Frydmann só verificou saturação de vitamina C, depois de 10 dias do emprego de 300 miligramas diários. Nos casos de Frydmann as hemorragias se reabsorveram, a visão melhorou, mas a terapeutica vitaminica não impediu a recidiva das hemorragias. No meu caso, durante o tempo em que o doente esteve na enfermaria, não houve recidiva de hemorragias. Pretendiamos continuar a observação deste doente e fazer novas foto-retinografias, quando, no dia 7 de Setembro de 1938, o doente pediu autorização para sair a passeio, tendo-se embriagado de tal forma que a irmã fe-lo deixar a enfermaria, no dia 9, por indisciplina. Nesta data, a visão do olho direito era de 1/10 e a do esquerdo apenas periferica. A papila do O. D. era bastante descorada e a do O.E. nitidamente atofica. Na região macular deste olho ainda persistiam duas pequenas hemorragias e todo o polo posterior, lugar antes ocupado por um lago sanguineo, apresentava agora uma massa branca, de aspéto conjuntivo e nitidamente elevada. Ao seu nivel não se observavam as estrias pigmentadas.