

A DOR ENCEFALO OCULAR
DR. DURVAL PRADO (X) — São Paulo

Bem elevada é para mim a distinção que me concedeu o vosso Professor convidando-me hoje para ocupar a sua tribuna.

E com o convite veio-nos a devida sugestão: a livre escolha do assunto deveria apenas satisfazer uma formalidade academica; por isso escolhemos um tema de conum e permanente interesse que trata de elemento com o qual deparamos a cada instante da nossa vida profissional. Falaremos da dôr que interessa o aparelho visual tendo por sede ou origem o conjunto encéfalo-ocular.

Não difere a dôr de que vamos tratar daquela que ocorre no restante da economia no tocante á sua polimoria maneira de se apresentar. O principal interesse do seu estudo reside na sua possibilidade diagnóstica, uma vez que realçaremos exclusivamente a dôr nas afecções funcionais do citado conjunto.

A mesma variedade de atributos encontramos no dôr interessando o nobre aparelho visual.

Todos os graus de intensidade e duração com variações e sede, irradiação, modalidade mórbida, resistencia á terapeutica, repercussão e dificuldade diagnóstica encontramos na dôr encéfalo-ocular.

Como médicos, ante um portador de semelhante entidade clínica sempre-nos interpreta-la em toda a sua extensão, aquilatando cuidadosamente todos os seus atributos para chegarmos ao diagnóstico e o conseqüente sucesso terapeutico.

Falemos primeiramente da dôr ocular propriamente dita, oriunda de afecção puramente funcional, qual seja a hiperfunção do músculo ciliar responsável pela acomodação do cristalino; ela faz parte importante da astenopia cuja enorme freqüencia impõe-nos sua interpretação por todo aquele que clínica.

A cefaleia de origem ocular é frequentíssima no moço portador de víncio de refração; como limites de idade encontramo-la desde os 10 anos até volta dos 45.

Contra ela não se conhece preventivo ou tratamento eficaz enquanto descrita permanecer sua causa.

Geralmente não é muito violenta mas o bastante para transformar muitos dos seus portadores em inveterados consumidores de analgésicos.

* Alocução proferida pelo Dr. Durval Prado perante a 6-a serie da Escola Paulista de Medicina ao iniciarem-se as atividades da Cátedra de Clínica Oftalmológica, no dia 6 de Março de 1950.

Dada a possibilidade, aliás freqüente de não o acarretar senão muito levemente redução da capacidade visual, fica o seu portador a peregrinar pelos consultórios de clínica médica sem jamais encontrar ali um pronto alívio.

Visto a frequente associação desta cefaleia a náuseas e até vômitos compreende-se a natural tendência de muitos destes pacientes permanecerem anos seguidos a se tratarem de hipotéticos males do estômago ou do fígado, tudo sem resultado.

Muitas outras afecções são frequentemente imputadas pelo próprio paciente como responsáveis pela sua interminável cefaleia; assim ouvimos frequentemente a acusação contra sinusites, hipertrófia das amídalas, apendicites crônicas etc, sendo que muitas vezes já nos consultam após terem sofrido a intervenção de uma ou mais delas.

Um comum motivo freqüentemente encontrado na anamnese do paciente de cefaleia ocular é a punção raquena seguida do competente exame do líquor. Compreende-se aqui, pelo significado deste exame, o quanto empenhados se encontram o clínico e o paciente em eliminarem a incômoda e pertinaz cefaleia.

Isto por que, possuindo o jovem uma larga reserva funcional do músculo da acomodação pode atravessar muitos anos seguidos em verdadeiro estado de hiperfunção pagando com cefaleia a solicitação incôveniente do seu aparelho visual a fim de não se alterar a integridade da função.

Explica-se como causa desta cefaleia a distensão hiperêmica das veias meningeias que recebem inervação do mesmo ramo óptico responsável pela sensibilidade do globo ocular e anexos.

Em certos pacientes não tarda muito se associarem à cefaleia os fenômenos mais denunciadores do seu mal: dificuldade visual para os trabalhos prolongados, se acompanhando logo de dores nos próprios olhos e alterações mais objetivas do polo anterior destes.

Outra entidade clínica que se acompanha de cefaleia tendo como origem também uma perturbação funcional ocular é a heteroforia, que vem a ser uma perturbação latente da musculatura que move os olhos. Equivale esta afecção a um estrabismo não manifesto devido ao excesso de função de um músculo ou grupo de músculos que por este modo mantém aparentemente normais a estética e a motricidade ocular.

Acompanha-se quase sempre de vício de refração embora muito menos frequente do que este. Dá, porém origem a uma sintomatologia mórbida muito mais intensa e extravagante aparecendo em primeiro plano à cefaleia.

Aqui não temos, se quer, um esquema de localização deste caprichoso sintoma referido pelos seus portadores.

Os característicos de sede, intensidade e diferentes associações mórbidas que se observam com a cefaleia destes pacientes nos mostram bem a complexidade do fenomeno dôr.

Não admira pois que eles procurem neurologistas que em vão tudo tentam para debelar o mal.

São verdadeiros neurastênicos que não raras vezes apelam também para a psicanálise.

A caprichosa cefaleia destes pacientes junta-se uma penosa astenopia atem de manifestações típicas de natureza vestibular que dão uma triste aureola à tão caprichosa síndrome neuro-ocular.

Afastando-nos agora do globo ocular como ponto de origem de cefaleia sem alteração anatômica, falemos da hemicrania que tantas vezes se desencadeia com manifestações molestas visuais de modo a ser conhecida também por enxaqueca oftálmica.

E' afecção frequentemente de natureza familiar martirizando as suas vítimas durante a maior parte da vida.

O fenômeno dominante nesta afecção é uma caprichosa cefaleia que se instala de modo brusco, precedida muitas vezes por uma verdadeira aura visual representada por uma onda de escotomas cintilantes. Como indica sua denominação, a dôr e as cintilações visuais são frequentemente lateralizados e menos vezes difusas.

Pacientes há que ameaçados por um ataque de enxaqueca procuram imediatamente abrigar-se contra a luz, ou: mesmo deitar-se em ambiente escurido e tudo se dissipa sem maiores consequencias. Outros, ao contrario, ficam como que siderados pela deflagração do ataque e ao lado da cefaleia intensa instalam-se fenomenos bulhares, como náuseas e vomitos ou mesmo acidentes paralíticos, com diplopia e ptose palpebral transitorias.

As vezes o vômito põe fim a tudo e a volta ao bem estar não tardará; outras vezes o paciente arrasta por muitas horas e até dias seguidos toda a gama de padecimentos de que se reveste a enxaqueca.

A cefaleia desta síndrome é geralmente descrita com múltiplos adjetivos. E' uma dôr intensa que age como pressão em todo hemicrânio, ora como queimação, perfuração ou marteladas etc. Os sintomas se agravam pelos movimentos da cabeça, barulho ou luz incidente.

É' afecção peculiar ao moço entre 15 e os 40 anos; apresenta-se com características peculiares a cada paciente; repete-se de modo mais ou menos uniforme e apresenta intervalos entre os ataques que paulatinamente vão crescendo até que estes cessam dum vez.

Invocam-se como causa desta síndrome espasmos de arterias cerebrais.

Ainda entre as afecções *sine materia* caracterisadas principalmente pelo elemento dôr no territorio do trigêmeo, temos a nevralgia, dita essencial deste nervo.

A nevralgia do trigêmeo diagnostica-se baseando-se exclusivamente nos caracteres da dôr. Esta se manifesta por acessos mais ou menos próximos, mas sempre separados por intervalos inteiramente livres que duram no mínimo alguns minutos.

A dôr tem a substaneidade do raio; é de natureza fulgurante que se inicia num ponto qualquer do nervo e logo se exterioriza ou penetra em profundidade; dai os pacientes compararem-na a uma descarga eletrica.

Alem da dôr propriamente dita podem se ajuntar sensações de queimadura ou picadas que estendem por mais alguns segundos a duração do acesso.

O carater súbito do seu aparecimento, a brevidade da sua duração e a intermitencia dos acessos caracterisam a nevralgia do trigêmeo.

Como o acesso se desencadeia ao menor movimento ou gesto adquire o paciente a convicção de que a dôr é continua. As dôres nevrálgicas podem ser desencadeadas por um simples toque num dado ponto do territorio do trigêmeo, assim como pelos movimentos da face ao falar, mastigar ou pela simples trepidação dos veículos.

Estas causas determinantes vão aos poucos adquirindo um tal poder deflagrador que tem a imobilizar o paciente temeroso da repetição dos acessos.

Observa-se então que um nervo capaz de reagir com dôr violenta ao menor estímulo, como o ato de barbear-se porque apresenta-se perfeitamente normal nos intervalos das crises; é mesmo característico da afecção a integridade da sensibilidade cutaneo-mucosa, incluso o reflexo corneano.

A nevralgia facial autêntica, tendo por substrato uma hiper-excitabilidade do trigêmeo exige para o seu desaparecimento a secção nervosa, seja por alcoolisação do ganglio de Gasser, seja pela secção cirúrgica da raiz retro-ganglionar.

Deixando agora as afecções dolorosas sem lesões causais aparentes, passemos a relatar o outro grupo no qual encontramos mais ou menos evidentes alterações varias. Em alguns casos a alteração encontrada está em intima relação com a dôr, como é o caso da hipertensão ocular no glaucoma, da inflamação da iris nas irido-ciclites etc., em outros torna-se necessário procurar mais demoradamente a sede da origem da dôr como é o caso das simpatalgias, das nevralgias periorbitárias e em geral da maioria das afecções dolorosas quando apenas em inicio.

Apezar do polimorfismo dos sintomas, qualquer que seja a origem, as establecer de modo preciso qual o ponto do simpático céfálico interessado.

O território das simpatalgias não tem limites nítidos; sua extensão varia com a intensidade das dores e as irradiações à distância são a regra.

Apezar do polimorfismo dos sintomas, qualquer que seja a origem, as simpatalgias podem ser agrupadas, pois elas apresentam caracteres comuns que se opõem aos da nevralgia facial.

As simpatalgias surgem por crises mais ou menos longas; as dores se acenutam lentamente até o máximo e se atenuam também de modo lento; são contínuas durante toda duração da crise.

Quanto ao caráter da dor apresenta-se ela como, formigamento, pontadas, constrição, batimentos ou queimaduras a que se ajunta frequentemente a fotofobia.

Paralelamente ao fenômeno doloroso podem aparecer: rubor da face com sensação de calor, turgescência incomoda da arteria temporal, congestão da conjuntiva, lacrimejamento e hidrorreia nasal.

As dores da simpatalgia não são exageradas pelos movimentos nem acalmadas pelo repouso e podem muito bem coexistir com uma anestesia facial, pois elas emanam do simpático enquanto a anestesia decorre da secção das fibras sensitivas.

O problema etiológico das simpatalgias é bastante obscuro já que elas se desencadeiam de modo semelhante as demais manifestações dolorosas até aqui estudadas tornando-se difícil à maioria dos pacientes descrever-las com os caracteres próprios.

Chegamos agora à mais importante forma de dôr óculo encefálica que deve ser interpretada de maneira perfeita pelo oculista **uma vez que ela esconde** a mais funesta das causas qual seja o glaucoma em suas manifestações prodromáticas atualmente aceito e magistralmente descrito sob a denominação de pré-glaucoma.

Não difere muito esta dor daquilo que dissemos em relação á astenopia da acomodação a não ser pela idade do paciente que aqui em geral está acima dos 40 anos.

Trata-se de uma cefaleia, as vezes combinada com dor ocular mas sempre em conexão com os trabalhos visuais não obstante a correção perfeita das lentes em uso.

Uma sensação de peso ou de plenitude ocular pela manhã ou após longa permanência no escuro como após o cinema, acompanhada ás vezes de cefaleia e visão de halos irisados em torno dos focos luminosos, são outros tantos sintomas prenunciadores do pré-glaucoma.

Até aqui as alterações objetivas do olho são mínimas e somente devidamente apreciadas mediante cuidadoso exame. Corroboram decisivamente no diagnóstico do glaucoma neste período as provas ditas provocadoras de elevação da tensão ocular.

Encarado porém somente o elemento dor desta afecção poderíamos estabelecer uma verdadeira curva essencial nas diferentes formas clínicas sob as quais se apresenta, desde o congestivo crônico ou compensado até o absoluto.

E' na forma congestiva descompensada ou mais vulgarmente chamada glaucoma agudo que encontramos o ácme da dor ocular; ela tem merecido as mais variadas comparações todas elas tendentes a qualificá-la como das mais cruciantes.

Tendo como ponto de partida o globo ocular, irradia-se por todo o território do oftalmico associando-se grandemente a manifestações simpáticas e bulbares como edema, lacrimação, fotofobia, náuseas e vômitos.

As perturbações gerais não faltam e por vezes prostam o paciente, com pulso irregular, face pálida e extremidades frias; outras vezes, ao contrário há elevação de temperatura; o globo é extremamente tenso e sensível ao mínimo toque. Devido á hipertensão, porém, a cornea acha-se anestesiada e devido ao edema a visão está praticamente abolida.

Ditas até aqui as diferentes espécies de dor oculo-encefálica, encaradas principalmente no seu aspecto diagnóstico das afecções funcionais tratadas na clínica oculística, deixamos deliberadamente de escrever aquelas originadas em lesões as mais variadas das diferentes partes constituintes do globo ocular.