

Considerações em torno da astenopia

DURVAL PRADO — S. Paulo.

Exmo. Snr. Presidente,

Prezados colegas,

Acedendo ao honroso convite que me fez a Diretoria desta Casa, para apresentar durante uma reunião de clínicos, um tema qualquer de Oftalmologia entre os de interesse comum para o clínico geral, escolhi o referente à astenopia, procurando ainda detalhar particularmente uma das suas causas, assás frequente e sobretudo mascarada por outras, o que contribuí muitas vezes, para escapar ao diagnóstico do próprio Oculista.

Permití Colegas, todavia, que, antes de encararmos o nosso tema, acene para alguns pontos da fisiologia ocular de interesse imediato para o mesmo.

Dizemos que um olho é emetrope ou normal em relação à sua dióptrica quando, em ausência fisiológica de esforço de acomodação pode receber imagens nitidas do infinito e, empregando aquele esforço, em quantidade proporcional à distância visada, pode obter o mesmo resultado relativamente a objetos situados entre o infinito e o seu ponto próximo de visão distinta.

Paralelamente à condição acima, ocorre uma outra relacionada com a visão binocular, portanto com a função sinérgica dos olhos, representada pela convergência dos eixos visuais que é máxima no olhar para o ponto próximo e diminui progressivamente até se anular, pelo paralelismo entre eles, no olhar para o infinito.

Esta função de convergência e divergência dos eixos visuais, em condições fisiológicas, representa a ortoforia.

Vejamos agora, em linhas gerais, o que se passa com estas duas funções debaixo de condições anormais.

Afastando-se o olho das condições rígidas exigidas pela emetropia, apresenta-se ele ametrope ou portador de vício de refração. Sendo a alteração simétrica nas curvaturas dos diferentes dióptros, nos seus índices e principalmente no comprimento do eixo antero-posterior do olho, aparecem as ametropias axiais que de mais perto nos interessam: a hipermetropia, frequentíssima na prática e a miopia.

No primeiro caso a visão nítida ainda é obtida em amplos limites, devido à hiperfunção do músculo acomodador. No segundo, onde é bem

conhecida a perturbação visual resultante, o músculo acomodador funciona sempre em deficit, proporcional ao seu grau.

O que acontece porém, à segunda condição fisiológica que definimos como ortoforia é o que mais nos interessa. Em traços gerais são paralelas as funções de acomodação e convergência, donde perclitar uma quando normalmente se apresenta a outra.

Exigindo o hipermetrope (não corrigido) maior esforço de acomodação para ver nitido, o que ocorre sempre entre os jovens, emprega ele, automaticamente, maior amplitude de convergência dos eixos visuais como se o fizesse para ver objetos mais próximos do que aquele visado.

Nasce deste fato a astenopia, criada geralmente pela hiperfunção da acomodação e agravada, muitas vezes, pela instabilidade do equilíbrio dos músculos extrínsecos, mantidos penosamente em condições devisão binocular. Na maioria das vezes é bastante a correção da ametropia para corrigir-se também o vício funcional da musculatura extrínseca e com isto cessação definitiva da astenopia. Casos há, porém, que tal não se dá; não existe pois o paralelismo entre as funções de acomodação e convergência e por isso, embora o paciente use lentes corretoras devidamente prescritas, continua sentindo as mesmas perturbações, ora exageradas pelo trabalho de perto, ora pelo olhar ao longe.

Ele vê bem, mas sente fadiga pelo uso mais ou menos continuado da função visual, unicamente porque apresenta um deficit latente da sua musculatura extrínseca, seja a da adução, da abdução, da verticalidade ou da rotação dos olhos.

E' para ele penoso manter o cruzamento dos seus eixos visuais precisamente sobre o objeto visado, embora possa fazê-lo perfeitamente bem com qualquer um dos olhos em separado.

A essa perturbação latente do equilíbrio da musculatura extrínseca dos olhos, em presença ou não de vício de refração, denominamos heteroforia.

A heteroforia está para os músculos extrínsecos assim como a ametropia está para o músculo da acomodação.

A heteroforia pode ser definida como a resultante do estímulo criado em benefício davisão binocular penosamente mantida.

Causas de heteroforia: Podem os músculos ou grupos musculares responsáveis por determinadas funções do globo ocular se apresentarem congenitamente deficientes, fato que apresenta justificativa no caráter hereditário desta perturbação, por vezes referido. A implantação viciosa dos tendões sobre a esclera tem sido incriminada como causa de heteroforias. Causas gerais como anemia, astenia, convalescença, cansaço, desvios da nutrição, estafa etc. representam causas habituais dessa perturbação. Contamos entre os nossos observados com um distinto médico desta Capital que me pediu um exame de refração precisamente às 17 horas, momento habitual da exacerbção do seu mal, que ele até então supunha tratar-se duma perturbação vascular da retina. Trata-se de pessoa de

grande atividade intelectual que depois da hora referida via-se quase impossibilitado de ler os jornais da tarde só o fazendo penosamente a custa de um só olho. E' ele um grande heteroforico, atualmente corrigido, com grande melhora dos sintomas, principalmente para a visão de perto. Um outro exemplo de heteroforia, em ausencia de vicio de refração, foi por mim observado na pessoa de um desenhista, que geralmente depois do almoço, sentia muita dificuldade para executar o seu serviço, pois às vezes via dupla a ponta do lapis. E' o unico caso dentre os observados por mim que apresentava heteroforia isolada. Tratava-se dum insuficiencia de convergencia, cujos sintomas desapareceram pelo uso de prismas planos, durante o trabalho, com base voltada para o nariz.

O vicio de refração é todavia a maior fonte, quando nada, o maior companheiro de heteroforias. Como já vimos, o hipermetropo não corrigido, apresenta naturalmente excesso de convergência, assim como o miope, nas mesmas condições apresenta deficiencia da mesma função. A correção dos vícios de refração é pois o ponto de partida de todo tratamento. Possuo uma observação dum jovem medico, atualmente do serviço de saude da Aeronautica Civil no Rio de Janeiro. A sua queixa era sono irresistivel e preguiça para qualquer trabalho longo. Como apresentava o vicio de beber agua demais, durante as refeições, julgava-se um doente de afecção diencefalica. Tratava-se dum miope, grosseiramente hipercorrigido, que por isso tinha assim exagerada a sua endoforia.

Outras causas têm sido invocadas como determinantes de heteroforias, como a configuração das orbitas, no tocante ao grande angulo formado pelos seus eixos.

Sintomas de heteroforia: Em pequenos graus é muito frequente a ocorrência de heteroforias sem sintomas. Quando a perturbação é dos músculos responsáveis pelos movimentos da horizontalidade, principalmente insuficiencia de convergência, a sintomatologia é muito manifesta nos trabalhos de perto. Quando a função deficiente é a divergência os sintomas aparecem ou se exageram sempre que a visão é empregada para as distâncias, como o cinema por ex.

A perturbação funcional da verticalidade é sempre mal tolerada mesmo em graus fracos. Finalmente, na perturbação ocorrendo nos músculos obliquos, responsáveis pelos movimentos de rotação dos olhos, aparecem sintomas complexos, às vezes de natureza labiríntica, obrigando o paciente a adotar situação especial da cabeça, o que lhe dá um aspecto escoliotico.

Uma queixa geral dos sofredores de heteroforias é a intolerância na contemplação de objetos moveis ou a desagradável sensação que experimentam quando necessitam trocar rapidamente o ponto fixado por outro distante. O mal estar ocular está sempre presente.

Investigação de heteroforia: Suspeitada a presença de heteroforia, devemos, por meio do Forometro, classificar a sua especie e medir o seu grau. Para isto apresenta-se ao paciente um pequeno foco luminoso a dis-

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, desníveladas etc. reconheceremos 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, escriturário, 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 saudáveis 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-