

## Resultados totais e parciais na operação do descolamento da retina. (\*)

W. BELFORT MATTOS — São Paulo.

---

Este pequeno trabalho é apenas um breve relatório sobre a minha experiência sobre a operação do descolamento da retina.

Nos tratados de Gonin, Arruga, Terrien, Anderson, Marshall e em muitos outros artigos espalhados por varias revistas, encontra-se concatenado tudo sobre a matéria: as teorias sobre o mecanismo do descolamento da retina, sua etiologia, seu tratamento médico e cirurgico, a aparelhagem empregada, os resultados comparativos, estatística, etc., faltando somente concludentes estudos sobre a parte anatomo-patologica.

Cabe a Gonin a gloria de ter, direta ou indiretamente, inventado um processo cirurgico capaz de curar o descolamento da retina, o peor de todos os males oculares que até poucos anos cegava em mais de 95 % dos casos.

Como os outros oculistas, tambem eu, antes de usar a *coroidite adesiva de Gonin* para a cura do descolamento da retina, nada ou quasi nada conseguia com os processos até então em voga para o seu tratamento. Hoje, quando em minha clinica aparece um doente com um olho só e neste a retina descolada, animo-o, enchendo-o de esperanças, por ter à minha disposição um processo cirurgico científico, capaz de lhe restituir a vista.

Em algumas observações, que resumidamente adiante publico, trato de pessoas possuidoras de um olho apenas e no qual a retina se descolou como no outro olho perdido e que graças à cirurgia, estão vendo até hoje perfeitamente.

Chega quasi a 100 o número de operações de descolamento da retina que tenho praticado nestes últimos dez anos, aplicando desde a primeira a técnica que me parecia a melhor para a obtenção da *coroidite adesiva de Gonin*, isto é, a diatermo-coagulação, não tendo experimentado o galvano cauterio, a potassa ou a eletrolise.

Operei descolamentos de causa comprovadamente traumática, miopica, sífilítica, tuberculosa, cisticercosica, post-operação de catarata e de causa desconhecida ou idiopática.

Operei pessoas de 10 a 67 anos de idade, todas brancas. Nos casos traumáticos o resultado foi de 100 % de sucesso e nos de outras causas, em mais de 50 % os resultados obtidos foram bons, isto é, o doente ficou com a sua visão restituída totalmente ou em parte. Mais adiante transcrevo, como já disse, apenas algumas observações para que o leitor verifique os meus resultados em casos que à primeira vista pareciam desespe-

---

(\*) Trabalho apresentado ao 4.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

radores e nos quais obtive bons resultados. Não publico aqui todos os insucessos e os demais sucessos para não me alongar demais na parte referente às observações.

Não vacilo em intervir duas ou mais vezes, isto é, tantas vezes quantas julgar necessárias para o obter o recolamento de uma retina descolada, só abstendo-me de repetir a operação quando sei de antemão que o resultado será negativo. Na observação n.º 2, por exemplo, o caso parecia perdido, porém não vacilei em operar 3 vezes a doente para lhe salvar a única vista.

Pelo processo que uso, o da diatermo-coagulação, pode-se repetir a intervenção por varias vezes no mesmo olho, com os intervalos devidos. O único risco está na hemorragia intraocular que aliás se pode dar em qualquer intervenção. Só tive uma, gravissima, em olho no qual praticára uma única intervenção. Nos casos de olhos reoperados não registrei hemorragia alguma. No meu caso, a hemorragia total do vitreo se processou no 8.º da operação em olho que estava em boas condições conforme eu verificara no 6.º dia, ao retirar o ponto conjuntival.

Nos casos de descolamento post-operação de catarata nunca tive bom resultado com a operação para recolar a retina: logo após os primeiros dias depois da alta, a retina que parecia toda colada à parte ocular se despregava por completo. Apenas em um médico de Campinas, no qual eu praticara antes a extração intracapsular da catarata e se processara um descolamento retiniano, operado pelo Dr. Pereira Gomes e por mim, conseguimos uma cura temporaria por varios meses, pois novo descolamento se processou. Ainda não está esclarecido porque o descolamento da retina se dá com mais frequencia em pessoas bem operadas de extração intracapsular da catarata do que naquelas em que houve perda de vitreo; é que ainda não se conhece, ao certo, a patogenia do descolamento da retina.

Há meses tive um caso de descolamento bilateral da retina ocorrido na mesma semana no qual tentei, sem resultado, a operação nos dois olhos. Tratava-se de descolamento da retina em nefritica que faleceu depois de dois meses. Julgo assim, que se deva sempre operar o descolamento da retina, por peor que ele seja. Será uma tentativa, a única a se fazer, em casos de cegueira irremediavel.

Sendo o traumatismo operatório pequeno, qualquer doente suporta com facilidade. O último caso que estou tratando é de pessoa idosa com dilatação da aorta e que já suportou pela segunda vez a intervenção. Tem alta miopia e possui um só olho. Apresenta uma ruptura degenerativa da retina conforme fig. 4. Além do tratamento geral rigoroso a que está submetido o que me resta fazer se não operá-lo quantas vezes forem possiveis até conseguir o fechamento da ruptura e o recolamento da retina?

Em outros casos nos quais outros colegas não quizeram intervir, operei, obtendo sucessos totais ou parciais.

A observação n.º 1 é de um descolamento em pessoa hemofilica possuidora de um só olho. Não vacilei em operá-lo conseguindo salvar-lhe a vista.

Na minha estatística conto apenas com dois casos de cegueira bilateral por descolamento da retina nos quais a operação não deu o resultado desejado. Ambos já haviam perdido o outro olho por descolamento e em um operei por insistência dos parentes. (Caso de retinas descoladas há mais de um ano, devido a uma má operação de catarata, complicada, em moça miope.)

Pelas observações publicadas por Gonin depreende-se que o termo-cauterio produz grande destruição da retina e a cicatriz resultante é muitas vezes defeituosa, capaz de repuchar o resto da retina ou fazê-la aderir à esclerótica em ponto diferente daquele em que devia. O bloqueio da perfuração pela *diatermo-coagulação perfurante*, com a sua obliteração posterior, pareceu-me sempre garantidor de uma perfeita coaptação entre a retina e esclera, além de ser menos causadora de hemorragia intraocular.

No preparo do doente para a operação e durante os dias seguintes ao ato operatorio emprego sempre o *coáguleno* (Ciba), o cálcio e as vitaminas C e K para aumentar a coagulabilidade sanguínea, etc.

A intensidade da corrente elétrica deve ser bem regulada, assim fazendo: doso-a sobre um pedaço de carne antes da operação e ao iniciar a operação, como controle, quando a esclerótica está á mostra, pratico sobre a mesma ligeiros toques com o eletrodo ativo. Bem regulado deve o eletrodo perfurar a esclera lentamente sem fazer faíscas. Não devemos ter pressa na introdução do eletrodo no interior do olho pois uma amperagem forte é causadora de hemorragias e de grande destruição de tecidos.

O fechamento da ruptura retiniana é essencial para o sucesso operatorio, provou Gonin, seja ela responsável ou não pelo descolamento. Devemos pois fechá-la direta ou indiretamente.

A desinserção retiniana deve ser tratada com uma perfuração grande e por conseguinte bloqueada. Nestes casos estando a retina desinserida e encolhida, sobra sempre uma porção dela que ficará como telha de zinco encostada na esclerótica. Obtem-se uma cura anatômica e funcional parcial em tais casos, pois a visão nunca volta ao normal.

Tenho tido casos, como os demais operadores, nos quais a perfuração retiniana não é fechada, ficando bloqueada em parte. A retina colada, em parte, em muitos casos dá bom resultado visual, tal como o obtido na observação n.º 1. São os *resultados parciais*.

Na clínica observa-se às vezes uma perfuração retiniana sem descolamento da retina. Os estudos anatômico-patológicos ainda não demonstram se a perfuração é de todas as camadas da retina ou se é apenas das suas camadas superficiais ou profundas.

Na foto-retinografia n.º 20 em que se vê perfeitamente a retina rôtã em alguns pontos e perfurada em outro, uma placa de corio-retinite sífilítica bloqueou tudo de tal maneira a impedir que a retina se descolasse mais para diante.

Na foto-retinografia panorâmica n.º 21 de um caso por mim operado de extração de cisticercos sub-retinianos, veem-se muitas dobras retinianas, a formação de uma retinite proliferante e a de uma coroidite adesiva

(traumatica) que impediu que a retina se despregasse da esclerótica apesar de estar encurvilhada em muitos pontos, como se fosse uma telha de zinco. Existem ainda rupturas da coroide em varios pontos, migração de pigmento corio-retiniano, etc.

A cura espontanea de um descolamento da retina com ruptura só se pode explicar pelo fechamento ou pelo bloqueio da mesma por uma coroidite espontanea. Tenho varios casos de grandes descolamentos traumaticos da retina que se curaram espontaneamente e nos quais não se via ruptura.

Assim se compreende porque em todos os casos de descolamento traumatico da retina obtêm-se curas totais, quando são eles operados.

A localização exata de uma perfuração só é possível no descolamento chato, porém, quando a ruptura está em uma bolsa muito saliente, os cálculos falham e a ignopuntura escleral não cai sobre ela.

É muitas vezes inutil o repouso prolongado no leito com a cabeça em posição adequada para se obter uma parcial ou completa recolação da retina e sua posição normal, pois casos ha em que até o descolamento se estende mais.

Para a formação de uma bôa coroidite adesiva torna-se indispensavel que a *cauterização atinja tambem a retina* o que não se consegue com os eletrodos que penetram apenas ligeiramente na esclera ou a cauterizam superficialmente. Somente nas pequenas perfurações, quando a retina se acha encostada à esclerótica podem elas dar resultado. Os eletrodos finos e compridos podem ser introduzidos, sem perigo, no interior do olho. A intensidade da corrente electrica estando bem regulada determina a lenta coagulação dos tecidos sem perigo de hemorragia e quando a ponta do eletrodo atinge a retina, produz ligeira coagulação sem perfuração e ao retirarmos lentamente, cern a retina junto, ao encontro da esclera.

É sabido que o vitreo possui pouquissima quantidade de albumina e não se altera sob a influencia da diatermo coagulação. Fiz experiencias em olhos de animais constatando isto. Quando se aumenta a intensidade da corrente, formam-se bolhas de gazes ao longo do eletrodo, como se o vitreo estivesse a ferver sem contudo se verificar alguma opacidade ou outra qualquer alteração. Pode-se pois introduzir no interior do olho um eletrodo, fino e comprido sem qualquer perigo.

Usando como eletrodo ativo um fio de aço finissimo, como o mais fino mandarim de uma agulha de injeções e com uma corrente electrica bem regulada obtem-se uma coagulação dos tecidos escleral, corroideo e retiniano, em um círculo de 3 milímetros.

Faço a primeira diatermo-puntura no lugar da perfuração deixando que o líquido sub retiniano se escoe e a retina descolada se aproxime mais da esclerótica. Esta punção é tambem orientadora. Em torno dela e com determinado raio, pratico outras diatermos coagulações *sempre perfurantes*, espaçadas, umas das outras, de 3 a 4 milímetros, de maneira a bloquear toda a ruptura.

Como se pode sem o bloqueio e apenas com uma ou mais termoponturas fechadas uma perfuração como as das figuras 1, 2, 3, e 4? A última, por exemplo, fig. 4, com as suas bordas esfrangalhadas deve ser bloqueada por um grande círculo de diatermo-ponturas que atinja a parte sã da retina, pois se o fizermos pequeno e a cauterização atingir a porção degenerada da retina, novas perfurações poderão sobrevir. Prefiro sacrificar uma porção da retina boa para garantir um bom exito operatório, tanto mais que as diatermo-coagulações assim feitas, espaçadas umas das outras, determinam apenas pequenos escotomas isolados e não um só, grande.

As retinografias semi-esquemáticas, figuras 5 e 6, são de um caso de descolamento com grande perfuração em olho de alta miopia. Na operação que pratiquei tentei fechar e bloquear, sem resultado, a perfuração, pois vinte dias após a intervenção o aspeto do fundo de olho era o da fig. 2 da mesma estampa; o descolamento aumentara e varias outras perfurações apareceram. Não tento, em tais casos, nova intervenção, apenas prescrevo o tratamento geral por meio de injeções de mercurio e subconjuntivais de solução hipertônica de cloreto de sodio no outro olho bom.

Usando-se a técnica de bloqueio, em círculo ou semi-círculo, da perfuração ou da desinserção, torna-se desnecessario uma exata localização da perfuração o que é muitas vezes impossivel de se fazer, razão pela qual diversos autores inventaram processos e aparelhos orientadores para controle da primeira igni-puntura ou diatermo-puntura.

Todos os autores observaram e eu confirmei que em muitos casos de cura anatomica total a visão fica insufficiente havendo uma hemeralopia secundaria. E isto é devido, provavelmente, ao fato da retina ter ficado muito tempo fóra da sua posição normal ou porque o processo patologico determinante do descolamento continúa a sua evolução. Daí a necessidade imperiosa de se fazer o tratamento geral. Por outro lado, como se explicaria o fato de uma retina estar despregada na sua região macular cerca de 3 milímetros (observação n.º 2) e permitir uma boa visão com sph + 9 D.? No presente caso não havia a nutrição dos cones e bastonetes pela coróide.

O resultado parcial ou a cura anatomica parcial, isto é, quando a retina fica colada em parte ou mal colada, é uma grande coisa sobre o ponto de vista funcional, pois permite ao doente alguma visão, como no caso da observação n.º 1. Em um caso verdadeiramente desesperador em que uma senhora de 30 anos, mal operada dos dois olhos de catarata miopica em cidade do interior de S. Paulo perdeu as duas vistas por descolamento da retina, só sendo tardiamente, um ano depois, operada por mim de descolamento da retina, ficou com as suas retinas em parte coladas, porém com a visão apenas de projeção luminosa. Se a cura anatomica parcial foi conseguida a funcional não o foi, isto naturalmente pelo fato da retina, já toda alterada, ter ficado muito tempo para fóra do seu lugar.



Fig. 1

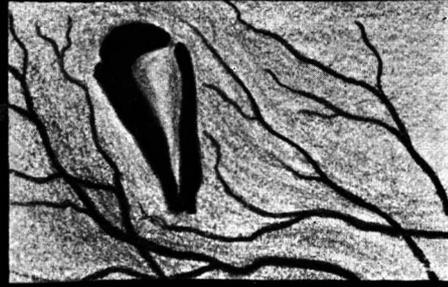


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Reprodução de desenhos coloridos do autor.

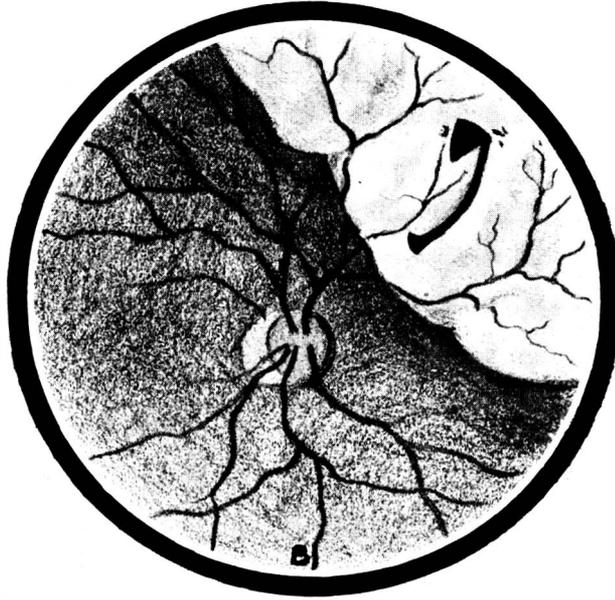


Fig. 5



Fig. 6

Reprodução de desenhos coloridos do autor.

Em toda intervenção proxima ao equador do olho ou para trás, devendo ser feito a céu aberto, exige a tenotomia de um ou mais musculos oculares. Apenas em poucos casos não se tornou a mim necessario faze-la.

A diplopia resultante em tais casos é passageira, facilmente corrigivel pelos oculos estenopeicos.

Conforme disse acima, público algumas observações que me parecem instrutivas. Vão resumidas, pois quasi que só me refiro ao ato cirurgico e seus resultados, para serem lidos rapidamente e com proveito. Deixo de publicar os casos benignos, e aqueles casos de descolamentos traumaticos curados apenas com o repouso e injeções sub-conjuntivais, bem como os demais casos nos quais a intervenção não deu resultado.

A última observação, caso de descolamento curado pelo repouso, permitiu visão normal por dois anos, sobrevindo em seguida novo descolamento que não se curou nem com o repouso nem com a operação. É um caso instrutivo que vem ensinar que *a melhor indicação para a operação é o fato da retina descolada se recolar com o repouso previo*. Quando isto não se dá o prognostico quasi sempre é máu.

## OBSERVAÇÕES

1.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO: *A. M. S., 23 anos, brasileiro, estudante, S. Paulo.* — Consulta pela primeira vez em 14 de Novembro de 1934. Perdeu há 6 anos a vista esquerda devido a hemorragia do vitreo, tendo neste olho catarata complicada, aderente. A visão do olho direito com as lentes corretoras é de 1/6, apresentando neste olho varias placas de coroidite exudativa e atrofica. É hemofilico, tendo feito muito tratamento antiluetico, apesar de todos os exames de laboratorio e clínicos terem sido negativos. Reações de Mantoux e fixação de complemento sanguineo pela método de Klopstch e Kowaski para a tuberculose, positivas. Exame radiografico do pulmão negativo. Existem diversas infecções de fóco, dentarias. Mandando remover os focos dentarios intitui o tratamento pelo *antígeno metilico diluido* do Instituto Pasteur de Paris e antes de atingir 1/2 cc. as lesões cicatrizaram e o doente abandonou o tratamento. No dia 5 de Setembro de 1935 sentiu novamente exsudação coroidiana vindo me procurar. O tratamento foi reiniciado, agora, com *neo tuberculina Cardoso Fontes*. Na segunda dóse houve intensa reação focal processando-se rapidamente vasto descolamento da retina da sua porção superior, externa e inferior atingindo a região macular. No dia 14 de Setembro deu o doente entrada na Clinica ficando em repouso e preparo para a operação. Sendo o doente comprovadamente hemofilico e possuindo apenas um olho, a operação se complicava muito. Cada dente que lhe era extraído exigia um tratamento preparatorio e post-operatorio longo e complicado, razão pela qual, não esperei que fossem removidos todos os focos dentarios para intervir no olho. Do dia 14 de Setembro até

26 de Outubro, dia da intervenção, ficou ele deitado em posição adequada tendo feito o seguinte tratamento pre-operatorio: 12 transfusões de sangue (doses de 70 cc. em média); 1 centimetro cubico diario de calcio coloidal com Ostelin; 4 drageas diarias de Cistomensina-Ciba (hormonios de ovario); Coaguleno Ciba, nos tres dias que precederam a operação (doses diarias de 20 cc.).

No dia 26 de Outubro 1935 com a preciosa colaboração de Moacir Alvaro operei-o, praticando a tenotomia do musculo reto externo e 11 diatermo coagulações de Safar tentando bloquear o descolamento e circundar a perfuração que estava quasi inacessivel às manobras operatorias. Digno de nota foi a perfeita hemostasia, pois durante todo o tempo da intervenção não se processou a mínima hemorragia extra ou intraocular. Durante o periodo post-operatorio no qual o doente ficou 15 dias deitado foi feito o seguinte tratamento médico: Gadusan em dias alternados; calcio coloidal, em dias alternados; iodo-bisman (de 3 em 3 dias); transfusão de sangue logo após a operação; Cistomensina. Terminado o tratamento com o Gadusan foi iniciado com o Antigeno Metilico. Dose inicial de antigeno diluido: 1/10 de cc. As injeções foram feitas do seguinte modo: 5 injeções de cada dose de 4 em 4 dias de intervalo cada uma. A passagem para a dose superior só se deu quando não houve reação focal. O paciente atingiu até um centimetro de antigeno puro, sem reações e com as lesões cada vez em melhor estado. Cianeto de mercurio em injeções endovenosas, de 3 em 3 dias, serie de 10, em intervalos de 2 a 3 meses. Bioplastina, Vitaminas Lorenzini e Oleo de figado de bacalhau. Calcio coloidal.

Em 14 de Novembro de 1935 o aspeto oftalmoscopico (imagem invertida) era o da retinografia semi-esquemática fig. 7. A retina estava colada nos quadrantes superior e interno e mal colada nos demais principalmente no sector infero-externo onde se viam entre a barragem diatermica e o equador, grande número de dobras e pregas.

Na região macular a retina estava encorrihada como uma telha de zinco e a ruptura não tinha sido atingida pela diatermo-puntura. A visão era igual a 0.2. Somente em Março de 1937 revii-o. Apresentava o mesmo quadro oftalmoscopico e a mesma visão. Tinha na minha ausencia feito o tratamento prescrito por Moacir Alvaro. Até hoje o aspeto do fundo de olho é o mesmo tendo sobrevivendo outros surtos de coroidites debelados pelo tratamento antituberculoso. O estado hemofilico perdura e a ruptura não obliterada lá está visivel no polo posterior. A retina ficou mal adaptada à parede ocular, porém a barragem impediu que o descolamento se estendesse ao resto da retina que se acha até hoje colada a ponto de permitir visão suficiente para que o paciente pudesse prosseguir nos seus estudos na Faculdade de Filosofia. Não há visão central e a hemeralopia resultante não melhora com a variada e insistente terapêutica empregada. Apesar do caso ser dos piores possiveis e o resultado operatorio parcial, reputo o resultado final bom. A etiologia é tuberculosa.



Fig. 7

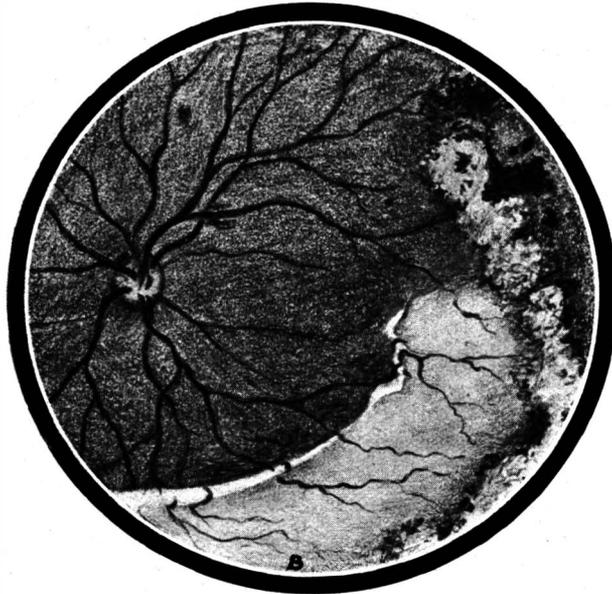


Fig. 8

Reprodução de desenhos coloridos do autor.

2.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO: *R. T. S. B., 16 anos, solteira, S. Paulo.* — Consultou-me pela primeira vez em 15 de Abril de 1932. Contou-me que há 4 anos começou a sofrer do O.D. de uveíte serosa com catarata complicada e apesar de todo o tratamento feito com os oculistas da Capital e de Campinas veio a perder irremediavelmente a visão deste olho que está se atrofiando. Apresenta no olho direito catarata complicada aderente com visão nula e o globo em início de atrofia. Existem ainda vestígios de uveíte. No outro olho observo placas pequenas de corio-retinite disseminadas, provavelmente de origem tuberculosa. Apesar de não haver sinais nem sintomas de sífilis tem feito prolongado tratamento antisifilito. Seus pais não admitem a hipótese de tuberculose ocular e não querem fazer o tratamento antituberculoso. No dia 11 de Dezembro de 1934 tendo cedido a inflamação do olho cataratado, prático a extração linear desta com ótimo resultado estético, perdurando apenas o estrabismo divergente e a ligeira atrofia bulbar. No dia 11 de Janeiro de 1937 volta a consulta queixando-se de estar vendo muito mal do olho esquerdo. A visão há 15 dias baixara rapidamente a ponto de ficar reduzida a contagem de dedos a 3 metros. Acha-se contudo forte com todos os dentes tratados, sem apresentar focos para o lado da garganta, nariz, figado, etc., tendo as reações sorológicas negativas para a sífilis. Ao exame do olho esquerdo constatei descolamento da retina de toda a porção superior, externa e inferior, descolamento chato atingindo toda a região macular. O olho direito com novos sintomas de uveíte e com descolamento total da retina e visão nula. A papila está sendo atraída fortemente, pela retração vitrea, para traz. O caso como se depreende, era gravíssimo. Contudo, feito o tratamento pré-operatorio, intervi no dia 13 de Janeiro de 1938 seguindo a técnica de Safar, após secção do musculo reto externo. Como não tivesse descoberto a perfuração da retina após longas pesquisas, fiz a barragem de todo o descolamento na região equatorial. Tudo correu bem não tendo havido nenhuma complicação e ao primeiro exame a visão era boa, sem deformação das imagens. Contudo, na região equatorial, às 14 horas mais ou menos, a retina estava descolada. Apesar de todo o repouso o descolamento tornou-se como dantes e após dois meses atingia novamente a região macular. A visão era 0.4 com sph + D. (hipermetropia devida a retina estar muito aquém da esclerótica). Em diversos pontos diatermo-coagulados a retina aderiu à parede ocular. Conquanto não tivesse sido possível encontrar qualquer perfuração retiniana, resolvi intervir novamente no dia 24-3-1938, fazendo nova barragem mais para perto da região macular em toda a volta, agora sem tenotomia. Após 15 dias desta intervenção a retina estava novamente descolada. Com muito custo convenci a seus pais que deveriam tentar o tratamento antituberculoso já que o operatorio não tinha dado o resultado almejado. Foi iniciado o tratamento pela néo-tuberculina Cardoso Fontes, calcio Ostelin, regimen alimentar e vitaminas A-D. No dia 15 de Junho o fundo de olho apresentava o aspéto da retinografia n.º 8. No meio de extensas queimaduras pigmentadas descobri duas pequenas perfurações (porção supero externa do desenho). O descolamento com uma

dobra muito nitida já caminhava para a região macular. De acordo com H. Arruga o qual examinara comigo a paciente, resolvi intervir mais uma vez e agora com diretriz certa, o fechamento das rupturas, o que foi feito no dia 10-VIII-1938. Depois de exata localização, pratiquei a diatermo coagulação em superfície com eletrodo bola, pergaminhando toda a região escleral correspondente às perfurações bem como toda a sua circunvizinhança entre os musculos reto superior e reto externo. Com satisfação verifiquei ao primeiro exame oftalmoscopico feito 15 dias depois que toda a retina achava-se completamente colada e o campo visual integro. O tratamento geral continuava a ser feito com a neo-tuberculina tendo cedido toda a inflamação do olho direito e todos os exudatos do olho esquerdo. A paciente ficou forte, tendo engardado 10 quilos e até Janeiro do corrente ano, última vez em que a examinei, a retina do olho operado estava toda recolada e a visão igual a 0.5 de modo a permitir bôa leitura. Já foram decorridos 3 anos e o resultado parece ter sido definitivo. Esse máu caso, em descolamento de origem tuberculosa, em paciente jovem com um olho apenas, foi ótimo o resultado operatorio. Convem aqui assinalar que o distinto colega aconselhara a enucleação do olho direito para tentar salvar outro, insistindo na hipótese de um caso de oftalmia simpática.

3.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO: A. P. F. português, 30 anos, mecânico. S. Paulo. — Consulta pela primeira vez no dia 26 de Agosto de 1935 contando que há 15 dias perdeu a vista do olho esquerdo tendo o mal começado do mesmo modo que começou o de agora, isto é, turvação brusca da visão a ponto de não poder ler nem escrever. Tratara-se da outra vez com o velho Moura Brasil o qual fizera o diagnostico de descolamento da retina. Apesar de não apresentar nem sinais nem sintomas de sífilis tem feito com insistencia o tratamento antisifilitico. Na vespera consultara o Dr. Danton Malta o qual fizera o diagnostico de descolamento da retina. Dois dias antes de sentir os primeiros sintomas fora a um *parque de diversões* frequentando vários divertimentos, entre eles um, onde recebeu varios choques violentos de outros automoveis iguais ao seu. A visão do olho afetado é de 0.8 para longe e com a pupila dilatada constata-se extenso descolamento da retina na sua porção infero externa e inferior; descolamento chato, sem ruptura nem desinserção visiveis. No olho direito apresenta catarata complicada com visão nula. Após o repouso no leito e tratamento geral operei-o no dia 20-XI-1935, praticando a tenotomia do musculo reto inferior e a diatermo coagulação de Safar em barragem. Tudo correu bem, quer no ato operatorio, quer no período post-operatorio, sendo a visão restituída integralmente devido a retina ter-se colado perfeitamente à parede ocular. Até hoje, a visão é igual a 1.2 com a correção: cyl + 1.75 D. eixo vertical. No dia 5-5-1937 pratiquei a extração intracapsular da catarata do outro olho com resultado estético admiravel. No presente caso trata-se de um descolamento traumatico com resultado operatorio total. É

digno de nota que o paciente não fez o tratamento antisifilitico tendo continuado a trabalhar constantemente na sua profissão de mecanico de radio.

4.º OBSERVAÇÃO: *L. R. A., 42 anos, casada, brasileira. S. Paulo.* — Consulta pela primeira vez no dia 12-11-1937. Usa oculos de miope há muitos anos. Lembra-se de que há 2 anos recebeu no banheiro de sua casa forte pancada no olho direito e há 1 mês a vista do mesmo olho vai diminuindo a ponto de estar, no presente, reduzida a contagem de dedos 20 cent. na porção inferior do campo visual. Trata-se com oculista da Capital que mandou retirar os dentes doentes e vem protelando a operação. Toda a retina deste olho acha-se descolada, apenas no sector supero interno percebe-se o clarão pupilar. É impossivel ver-se a ruptura retiniana. Após o repouso, com o qual a retina se recolou em parte e tratamento pré-operatorio, intervi no dia 17 de Novembro praticando uma barragem após tenotomia externa provisoria dos musculos reto externo e reto inferior. O resultado foi ótimo tendo apenas a registrar ligeira irite que cedeu com atropina. Toda a retina se colou e a visão foi gradativamente subindo até atingir no dia 29 de Setembro de 1939, dois anos após a intervenção: O.D. sph — 2.25 D.  $\subset$  cyl — 0.50 D. a 100° v = 1. O. E.: sph — 3D. v = 1.2. Não existe diplopia, tendo sido feito o tratamento antiluetico após a intervenção. O resultado como se constata foi ótimo e total, tratando-se de descolamento sub-total da retina, datando de 1 mês. Origem muito provavelmente traumatica.

5.º OBSERVAÇÃO: *N. L., brasileiro, artista de teatro. S. Paulo.* — Consulta em 21-12-1938. Usa oculos, receita do velho Moura Brasil. Quando criança, recebeu forte traumatismo no olho esquerdo resultando uma catarata traumatica sub-luxada que permitia visão regular até dias atrás quando começou a perceber nuvem diante deste olho que aumenta progressivamente. Com a pupila mal se dilatando pela atropina vê-se através da catarata parcial um descolamento da retina de toda a sua porção inferior atingindo a região macular. O diagnostico de descolamento é confirmado por Ademar Costa e a 27-8-1939 intervenho, fazendo extensa barragem do descolamento visto não ter sido possivel localisar qualquer ruptura da retina. Como em casos identicos, pratiquei provisoria tenotomia do musculo reto inferior. O resultado operatorio foi ótimo e até Maio de 1941 a visão era O.D. sph — 4.50 D. v = 1.2 O.E. sph — 2.50  $\subset$  D. cyl — 1 D. eixo horizontal v = 0.2. A catarata luxada impede melhor visão. Contudo o resultado operatorio foi completo e a função visual restituída.

6.ª OBSERVAÇÃO: *S. O. G., 19 anos, filho de médico. S. Paulo.* — Consulta pela primeira vez em 28-10-1939. Quasi não vê com o olho esquerdo, devido a extensa degeneração congenita corio-retiniana de todo o polo posterior. Há 1 ano vem sentindo perturbações visuais do olho direito. Trata-se com o prof. X, o qual aconselhara operação visto o rapaz só

possuir visão deste olho. A visão do olho direito é igual a 0.1 mal, devido a retina estar descolada em toda a sua porção externa, inferior e interna. Apenas a porção superior está colada, o que permite a locomoção do paciente. O tratamento pelo baixo espiritismo não impediu o aumento progressivo do seu descolamento. Não se recorda se sofreu algum traumatismo. Não consigo encontrar ruptura retiniana e apesar de insistir que se deixe operar prefere terminar assim mesmo o curso ginasial para só voltar à clínica no dia 16 de Janeiro de 1940 quando então operei praticando extensa barragem de Safar, após prévia tenotomia do musculo reto-inferior e duas perfurações diatermicas. O resultado operatório foi ótimo apesar do relativo repouso em que o paciente se conservou durante o período post-operatorio, visto ter pelo tacto, fabricado um pequeno aparelho de radio de galena com o qual ouvia as suas estações prediletas de radio. A visão a 16 de Abril de 1940 era: O. D. sph-0.75 cyl-2 D. eixo horizontal — 0.3 permitindo nitida visão macular para a leitura. Foi praticado o tratamento antisifilítico e a visão até hoje é a mesma. Apesar da retina ficar fora do seu lugar durante mais de um ano o resultado foi o melhor possível.

7.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO: C. G. R., 24 anos, médico. S. Paulo. — Consulta em 2-10-1940 queixando-se de que há um mês vem se tratando de uveíte serosa com colega da Capital. Todos os exames para a sífilis e tuberculose tinham sido negativos bem como a pesquisa de focos. A visão do olho direito, com a correção é igual a 0.2; a do olho esquerdo igual a 1.2. No olho direito apresenta um descolamento da retina em telha de zinco, de toda a porção inferior, não se conseguindo descobrir nem ruptura nem disinserção. Em 19 de Outubro operei-o, fazendo extensa barragem com os eletrodos de Safar, de toda a porção descolada da retina, após tenotomia temporaria do M.R.I. Apesar do paciente não ficar em repouso absoluto como fôra aconselhado (isto talvez por ser médico) a retina se colou desde a barragem até polo posterior. Encontrei-me há dias com o colega que informa estar enxergando bem, com bom campo visual apesar da hemeralopia resultante. Este caso de descolamento de etiologia obscura, apesar de à primeira vista parecer um bom caso, o resultado não foi total como nos demais que operei, em piores condições.

8.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO: N. P., 41 anos, comerciante. Agudos. — Consulta em 11-9-1940, enviado pelo colega Bitencourt Prado, de Baurú. Apresenta alta miopia em ambos os olhos e no olho direito com o qual via bem, extenso descolamento da retina de toda a região superior e externa. Na porção supero externa da retina encontra-se grande perfuração da retina, medindo mais ou menos 5 diâmetros papilares. Um fragmento retiniano baloiça no vitreo, preso por uma ponte (fig. 2). No dia 15 de Setembro de 1940 operei-o praticando uma coroa de diatermo-perfurações isoladas e profundas com um eletrodo isolado finissimo que mergulhava 1 cent. no interior do olho. Devido à saída do liquido sub-retiniano a operação foi facilitada. Não houve hemorragia intraocular, apenas aumentou a exuda-

ção coroidea tendo a retina se recolado inteiramente. Tres meses depois não se vislumbra vestígios da perfuração nem do retalho retiniano, apenas existia uma formação de pigmento coroideo disseminado finamente por toda a região operada. Foi prescrito o tratamento pelo 914 e bismuto. No dia 2 de Junho de 1941 a visão dos dois olhos era a seguinte: O. D. sph — 10 D combinado com cyl — 1 D. eixo a 15° v = 0.3. O.E.: sph — 10D ⊂ cyl — 1.5. Da 90: v = 0.2 (Congresso de Napoles). Visão de perto normal.

Neste caso de descolamento por alta miopia o resultado foi completo até a presente data.

9.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO: *P. P., 36 anos, comerciante, residente em Poços de Caldas.* — Consulta em 28-9-940. Usa óculos sem prescrição médica sph-12 D. Conta que há 3 dias ao chegar, de avião, em S. Paulo, sentiu a visão do olho direito baixar repentinamente. Danton Malta diagnosticou descolamento da retina. Apresenta no olho direito vasto descolamento da retina de toda a sua porção superior e externa atingindo a região macular. No quadrante supero externo encontra-se uma perfuração da retina em forma de ferradura ou V, conforme a retinografia semi-esquemática n.º 3. A ruptura deu-se de tal maneira que seccionou uma arteriola da retina havendo pequena hemorragia intra-retiniana e vitrea. Instituiu desde logo o tratamento anti-sifilitico por haver antecedentes sifiliticos operei-o em 20 de Outubro, fazendo como na observação anterior uma coroa de multiplas diatermo-perfurações com um eletrodo isolado, de maneira a circundar com toda a segurança a perfuração retiniana existente. Não houve nenhuma complicação post-operatorio até maio de 1941, quando o revi completamente curado, apresentando apenas exudatos no vitreo. Tem feito intenso tratamento pelo 914 e bismuto. A visão foi restabelecida integralmente. Trata-se de descolamento por alta miopia, em sifilico manifesto, com resultado operatorio e visual total.

10.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO: *J. B. 52 anos, comerciante, inglês, residente no Rio de Janeiro* — Consulta em 3 de Abril corrente dizendo que há 1 mês ao descer do avião que o trouxe dos Estados Unidos sentiu a vista embaçar-se repentinamente. Consulta o Dr. Paula Fonseca, do Rio, o qual fez diagnóstico de descolamento da retina. Tem protelado a operação. A visão do olho direito acha-se reduzida a movimentos da mão devido a um vasto descolamento, sub total, da retina que atinge a mácula. São inumeras as dobras retinianas não se podendo descobrir qualquer perfuração ou desinserção retiniana. Apóz repouso e decubito dorsal por 48 horas a visão melhora bastante e a retina se recolá em parte. Já tendo sido feitos todos os exames elucidativos da etiologia, que foram aliás negativos, no dia 8 de Abril último operei-o, praticando a tenotomia provisoria dos músculos reto externo e reto inferior e a *diatermo coagulação perfurante* com eletrodo isolado que mergulha sempre no interior do olho cerca de 1/2 a 1 centimetro dando a volta a todo o olho na região equatorial. O resultado operatorio foi inesperado, pois a retina se colou integralmente

e a visão foi totalmente restabelecida. Ligeira diplopia curou-se no terceiro dia com o uso dos óculos estenopeicos. Ao receber alta no dia 8 de Maio a visão ainda era mais firme visto ter passado o efeito da atropina, No dia 3 de Junho a visão era O.D.: cyl — 1.50 D. eixo certical  $v = 0,9$  O. E.: cyl — 1.50 D. eixo horizontal  $v = 0,9$ . Visão de perto, normal com sph + 2.50 D.  $\ominus$  cyl — 1.50 D. eixo horizontal. Caso de cura total inesperada. Resta saber se este resultado é definitivo.

11.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO: *I. de A., 22 a., bancário, S. Paulo* — Consulta pela primeira vez no dia 23 de Agosto de 1935 queixando-se que há 15 dias sentiu os primeiros sintomas do descolamento da retina no O. D. Toda a porção inferior, externa e supero externa da retina estava descolada, não se percebendo nem ruptura nem desinserção. Ficando 48 horas em repouso, deitado em decubito dorsal, toda a retina se recolou voltando a visão ao normal. Fiz 5 injeções sub-conjuntivais de cloreto de sódio em solução hipertônica. Como não quizesse ser operado foi prescrito um tratamento antisifilitico, feito intensamente até começo de 1936. Passou bem, com a visão normal até 3 de Novembro de 1937 quando volta à consulta por estar sentindo os mesmos sintomas de antes. Observo o mesmo aspéto de fundo de olho, agora com mais exudatos no vitreo, estando a retina quasi toda descolada. Opero-o em 11 de Novembro, depois de longo repouso e nova série de injeções sub-conjuntivais sem resultado, visto ter havido grande exudação sub-retiniana e vitrea. Processou-se grave surto de irite, com formação de sinequias, oclusão pupilar e catarata complicada. O outro olho está bom.

## **Sôbre a necessidade e oportunidade da prevenção da cegueira e conservação da visão. (\*)**

MOACYR E. ALVARO E ELEANOR BROWN MERRILL

---

### **FATORES HEREDITÁRIOS**

O século atual ensinou-nos que o momento de iniciar os trabalhos de prevenção da cegueira é muito antes da criança nascer. Uma das causas mais frequentes de padecimento ocular é a sífilis, que pode ser transmitida da mãe infectada à criança antes do nascimento. O exame de sangue feito sistematicamente em todas as mulheres que esperam

---

(\*) Trabalho apresentado pela *The National Society for the Prevention of Blindness* ao Congresso da Federação Mundial das Associações de Educação, 1939. Publicado em inglês na "Sight Saving Review", Vol X, n.º 2, pág. 91, 1940.