

CONTRIBUIÇÃO ÀS MANIFESTAÇÕES OCULO-PALPEBRAIS DA MOLESTIA DE BASEDOW (*)

Dr. LUIS A. OSORIO

Livre-Docente de Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Assistente do Serviço de Olhos da Santa Casa. Chefe do Serviço de Oftalmologia do Centro de Saúde Modelo do D.E.S.

A COLABORAÇÃO entre todas as especialidades médicas sempre foi a suprema finalidade da moderna Ciência Hipocrática revelada no interesse comum de cada um de nós e, em particular do doente, de ver esclarecidos os mínimos detalhes de sua molestia.

Esta colaboração muitas vezes é desvirtuada pela ambição e egoísmo de alguns querendo tudo tratar e procurando resolver sem ouvir a opinião do médico especializado.

O estudo das glândulas endócrinas é atualmente um dos ramos mais interessantes e palpitantes da Medicina moderna.

Quantas questões dependem ainda da sua última palavra?

Em Oftalmologia por exemplo, existem diversas, pendentes da sua solução.

A Molestia de Basedow caracterizada como sabemos pela triada sintomática *Exoftalmia, bocio e taquicardia* será objeto das nossas considerações sob o ponto de vista oftalmológico.

I — Considerações sobre os sinais e sintomas oculo-palpebrais na molestia de Basedow.

Esta questão que já foi abordada pelo Prof. Ulysses Lemos Torres, Livre-Docente de Clínica Médica da Escola Paulista de Medicina e publicada na revista O HOSPITAL volume 23 n.º 5 Maio 1943 merece nossa atenção em virtude de existir ainda entre os próprios oculistas certa discrepância na

definição de alguns sinais oculo-palpebrais desta molestia.

Achamos necessário dar a conhecer o verdadeiro significado de cada um, com precisão de acordo com a maioria dos autores.

Será somente com este objetivo que passaremos em revista os seguintes sinais:

SINAL DE BEGDIE: Nome dado á propria exoftalmia.

SINAL DE BERGER: Córnea lúidia e húmida dando o aspecto brilhante ao olho.

SINAL DE BEYER: Crises de lacrimejamento, sobrevindo frequentemente durante o sono.

SINAL DE BOSTON: Os movimentos das palpebras superiores sinérgicos com os dos globos oculares se fazem aos arranços.

SINAL DE BALLET-KAPPIS: Oftalmoplegia externa (coincidência fortuita)

SINAL DE BECKER: Armento da pulsação das arterias da retina.

SINAL DE GLIFFORD: Dificuldade da eversão da palpebra superior.

SINAL DE DALRYMPLE-STEL-

LWAG: Alargamento da fenda palpebral.

SINAL DE DANIELÓPULO: Alternancia de miose e midriases sucessivas.

SINAL DE EUROTII: Tumefacção da palpebra superior.

SINAL DE GALATA: Incompleto fechamento da palpebra.

SINAL DE GRAEFE: Asinergia entre o movimento do globo ocular e da palpebra superior.

(*) Comunicação feita a Sociedade de Oftalmologia e Oto-rino-laringologia do Rio Grande do Sul em 24-8-944.

SINAL DE GOWERS: Acomodação pupilar preguiçosa.

SINAL DE HOMEN-RUMMO: Tremor das palpebras quando fechadas.

SINAL DE INGLESE: Tremulação do globo ocular percebida por baixo das palpebras quando fechadas.

SINAL DE JELLINEK: ou Jellinek-Rose consiste na pigmentação do bordo das palpebras.

SINAL DE JOFFROY: Falta de contração do musculo frontal e enrugamento da fronte.

SINAL DE KOCHER: Retração espasmódica da palpebra superior provocada pela mudança rápida do olhar.

SINAL DE MOEBIUS: Divergencia dos olhos quando o paciente fixa um ponto proximo.

SINAL DE PARROT: Ausencia de miídiase quando se belisca a pele do pescoço.

SINAL DE ROSEMBACH: Tremor clonico da palpebra superior e inferior quando fechadas.

SINAL DE RUMENO: Tremor clonico da palpebra superior quando fechada e do orbicular.

SINAL DE SATLER: Aumento da tensão ocular.

SINAL DE SAENGER: Edema Sub-palpebral.

SINAL DE STRUMPELL: Abaixamento da palpebra inferior devido á retração espasmódica.

Constituem todos estes sinais graduações diversas de uma mesma perturbação. Formam a expressão de um estado de hipertonia das palpebras e musculatura ocular.

II — Molestia de Basedow com exoftalmia uni-lateral.

Em virtude da escassa frequencia de casos de exoftalmia unilateral na Molestia de Basedow publicados no nosso meio e até mesmo nas estatísticas publicadas sobre o assunto na literatura Oftalmológica nacional e estrangeira, conseguimos reunir o seguinte:

Estatística Estrangeira:

Terson	1
Trousseau	1
Vaubergey	1
Worms e Hamant (r)	112
Sattler (r)	109
Azevedo	1
Pisoni	2
Faure, Beaulier e Velter	2
Satanowky	4

Estatística Nacional:

Mario Góes	1
Olivé Leite	2
Mariano de Andrade e Raimundo Britto	8
(Numa estatística de 900 casos de afecções da tiróide)	

No Serviço de Olhos da Faculdade de Medicina á cargo do Prof. Ivo Corrêa Meyer observamos mais dois casos os quais passamos á relatar:

1.ª Observação

Ficha clinica n.º 12.015 — Data da consulta: 10-5-1943.

F. B. do Amaral, com 52 anos de idade, sexo feminino, viuva, domestica, residente nesta Capital á rua Santos Dumont n.º 1560 e natural da cidade de Alegrete.

História da doença: Ha 1 ano e meio começou á notar que seu olho esquerdo cresce e já nota grande diferença comparando com o outro olho. Parece que ele está saltado e tem a sensação de secura no olho e muita ardencia em algumas ocasiões. Diz enxergar duplo (diplopia) e sofrer de dores de cabeça e no estomago. Anda ultimamente muito esquecida.

Exame clinico: (feito pelo Dr. Aldo Chaves) Coração moderadamente aumentado de volume. Bulhas ritmicas com discreto arrastamento da 1.ª bulha na base. Pulso sem características, algo duro, 72 vezes por minuto. Pressão arterial — Mx: 14 Mn: 8½. Demais aparelhos normais. Ciclo menstrual normal, agora encontra-se em menopausa.

Metabolismo basal: feito em 19-2-1943: + 34% (aumentado).

Diagnostico clinico: Molestia de Basedow com muito discreto bocio (Ver fig. 1).

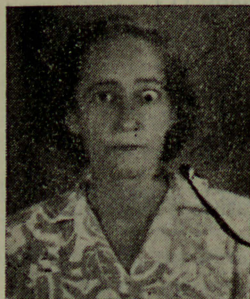


FIGURA 1

Exame Oftalmológico: Percebemos pela simples inspecção da face da paciente estar o seu olho esquerdo exoftálmico. Esta exoftalmia era direta. Os movimentos desse globo ocular eram ligeiramente dificultados no olhar para fóra e para cima o que nos fez pensar, á primeira vista em algum tumor retro-bulbar como causa responsável pela exoftalmia direta.

Pedimos então Radiografia dos Canais opticos e sela tursica; o resultado enviado pelo radiologista Dr. Carlos Tietböehl foi: "Canais opticos de aspeto normal. Sela tursica de contornos, fôrma e dimensões normais".

Afastamos assim esta possibilidade diante destes exames e com o resultado do exame clinico e metabolismo basal ficou perfeitamente esclarecido a natureza da exoftalmia uni-lateral da paciente.

A agudeza visual era a seguinte:

OE — 0,9

OD — 1

Exame da diplopia: Diplopia homonima em OE.

Campo visual: normal em AO

Reação de Wassermann no sangue: negativa em 10-2-1944 (Dr. Carrion).

2.ª Observação

Ficha clinica n.º 12.159 — Data da consulta 28-12-1943.

V. T., com 31 anos de idade, sexo feminino, côr parda, casada, domestica, brasileira, residente nesta Capital á rua S. Francisco de Assis 367.

Historia da doença: Ha 2 semanas notou que a vista direita estava mais saltada do que a outra. Sofre de palpitações ha muito tempo e tem o pescoço engrossado de uns anos para cá.

Exame Oftalmológico: Agudeza visual em ambos os olhos normal.

Percebe-se sómente exoftalmia uni-lateral no olho direito (ver fig. 2)



FIGURA 2

Exame clinico: revelou forte eretismo cardiaco.

Metabolismo basal: + 28% (aumentado).

Diagnostico clinico: Molestia de Basedow com bocio bem visivel.

III — Molestia de Basedow com luxação provocada do globo ocular.

Passamos á relatar a seguinte observação estudada no Serviço de Olhos da Faculdade de Medicina á cargo do Prof. Ivo Corrêa Meyer.

3.ª Observação

Ficha clinica n.º 7998 — Data da consulta 1-4-1942.

M. X. B., com 56 anos de idade, casada, branca, domestica, sexo feminino, brasileira, residente nesta Capital á rua Luiz Afonso 581.

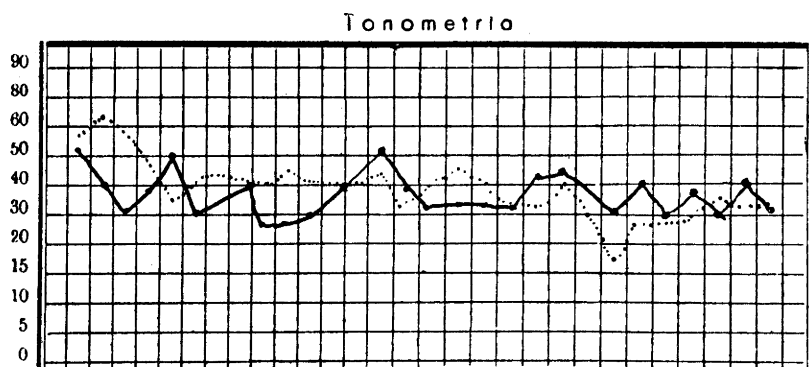


FIGURA 3

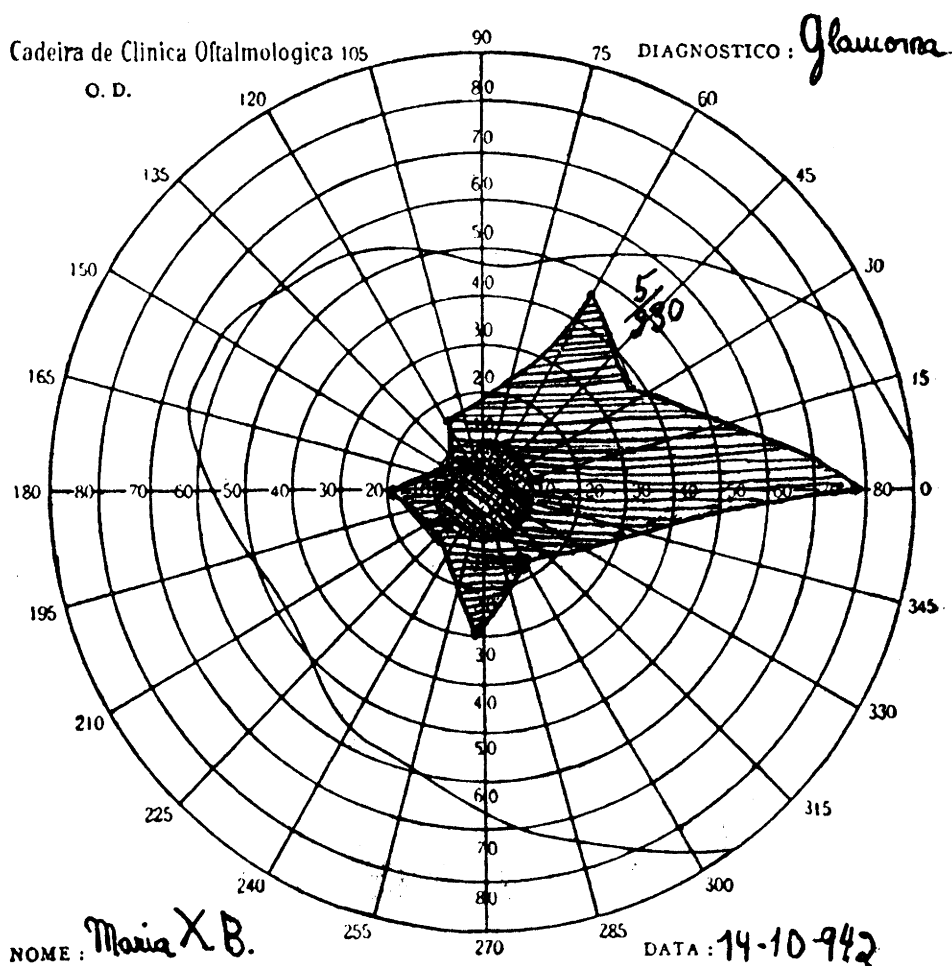


FIGURA 4

Nota: Esta observação vem descrita na t  se de Livre-Docência do Dr. Luiz A. Osorio, intitulada "Alter    es Vasculares nos Glaucomatosos".

Exame Oftalmológico: Queixa-se que ha 1 ano começou   ter diminui     da visão acentuando-se esta cada vez mais.

Agudeza visual:   lho direito — 0,3   lho esquerdo — visão de vultos.

O exame de fundo de   lho em ambos os olhos revela sinais oftalmosc  picos de angio-esclerose difusa com vasos de calibre estreitados e sinuosos. A papila apresenta-se de colora     esbranquiçada, mais pronunciada no   lho esquerdo que se mostra em maior gr  u de atrofia, com escava     glaucomatosa bilateral.

Tonometria: (ver grafico) figura 3

Campo visual: (ver grafico) figura 4

Naquela época foi feito o diagnostico de Glaucoma cronico simples, mas o exame clinico veiu confirmar o diagnostico de Molestia de Basedow comprovado pelo *metabolismo basal* que acusou hiper-tiroidismo acentuado + 48%.

O interesse agora para nós desta observ       a luxa     dos globos oculares provocada pela pressão feita sobre as respeti-

vas palpebras superiores e inferiores (Ver fig. 5).

Este nosso caso   estudado s  mente com a finalidade de mostrar que nos basedowianos pode-se provocar uma sub-luxa     ou mesmo luxa     do globo apoiando-se sobre as duas palpebras no angulo externo da orbita.

Este sintoma  , de acôrdo com a maioria dos autores, t  pico do hipertiroidismo.

Deparamos no entanto com um trabalho do Dr. A. de Almeida, publicado nos Archivos do Instituto Penido Burnier n.   de Março de 1932 e outro do Dr. Evaldo Campos na Revista O HOSPITAL de Julho 1941 nos quais estes autores salientam a raridade destas luxações, sempre observadas em individuos de raça negra.

Cita o Dr. Almeida um basedowiano que teve de fazer tarsorrafia para proteger a cornea e no qual não conseguiu provocar a luxa     apesar da grande exoftalmia.

Contrariamente aos casos descritos nossa observ       pessoa de raça branca e com hiper-tiroidismo acentuado: metabolismo basal + 48%.

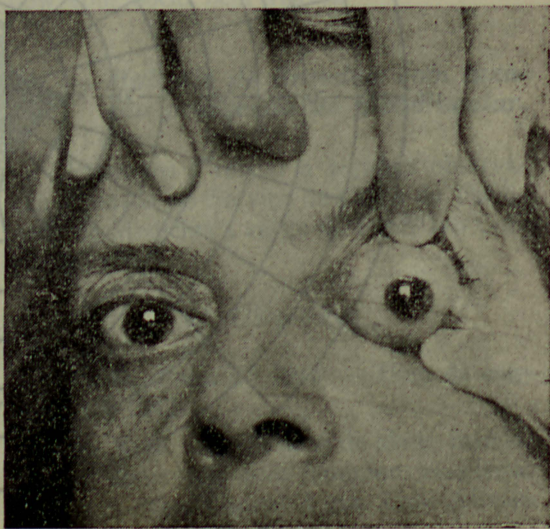
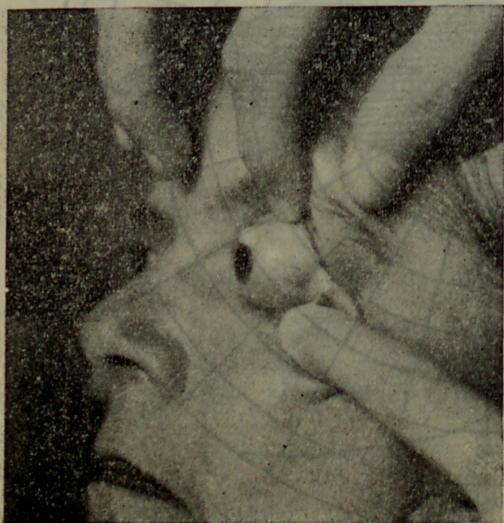


FIGURA 5

BIBLIOGRAFIA

- 1 — *George K. Smelzer* — The role of the cervical sympathetic ganglia and Mullers orbital muscle in experimental exoftalmos pag. 1201 Am. J. Opht. November 1939.
- 2 — *George K. Smelzer* — Treatment of experimentally produced exoftalmos with thyroxin and other iodina compounds. pag. 1208 Am. J. Opht 1938.
- 3 — *Boivin* — Etude de l'exophtalmie basedowienne Thèse de Paris 1937. Resumo na Revue Generale d'Opht. pag. 161 Février 1938.
- 4 — *Daniel Kravitz and Walter V. Moehle* — Exophthalmos in hyperthyroidism pag. 527. Am. J. Opht. Vol. 24 N.º 5 May 1941.
- 5 — *Edward E. Covitz* — Exoftalmos. The first manifestation of thyrotoxicosis pag. 1423 Am. J. Opht. Vol. 24 N.º 12 December 1941.
- 6 — *Olivé Leite* — Síndrome basedowiano com exoftalmia unilateral permanente pag. 37 Arquivos de Clin. Oftalmol. e Oto-rino-laring, Janeiro, Abril 1939.
- 7 — *Paulina Satunowsky* — Enfermedad de Basedow com sintomas oculares uni-laterais y sin bocio. Tesis de Professorado 1936.
- 8 — *Mariano de Andrade e Raimundo Britto* — Tratamento do hipertiroidismo. Experiência pessoal sobre 900 casos pag. 195

MEDICINA, CIRURGIA E PHARMACIA
Abril de 1944.

- 9 — *Ulysses Lemos Torres* — Sinais e sintomas oculares no hipertiroidismo pag. 117 O HOSPITAL Vol. 25 N.º 5 1943.
- 10 — *J. Voisin* — Retraction spasmodique de la paupière superieur pag. 395 Arch. d'Opht. N.º 5 May 1937.
- 11 — *Evaldo Campos* — Luxação provocada do globo ocular pag. 68 O HOSPITAL Julho de 1941.
- 12 — *Luis A. Osorio* — Alterações Vasculares nos Glaucomatosos Tese para Livre Docencia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre 1943.

RESUMO

Insiste o autor em considerar no seu trabalho a discrepancia existente nos diferentes sinais e sintomas oculo-palpebrais da Moles-tia de Basedow, mesmo até entre os oculistas.

Considera depois a escassa frequencia de casos de exoftalmia unilateral na Moles-tia de Basedow publicada na literatura oftalmologica nacional e estrangeira dando á co-nhecer 2 casos observados pelo autor.

Finalmente aborda a questão da luxa-ção provocada do globo ocular na Moles-tia de Basedow apresentando tambem uma ob-servação sobre o assunto.