

Trabalhos originais

Síndrome do nervo nasal ou síndrome de Charlin

Prof. Corrêa Meyer

Catedrático de Clínica Oftalmológica.

E' um complexo de sintomas descrito precisamente há oito anos pelo Prof. Charlin, em aula memorável, no Serviço do Prof. Argañaraz, quando se referia, pormenorizadamente, ao estudo da observação que fez nascer mais um capítulo da patologia ocular.

Charlin não só descreveu todos os aspectos da síndrome, que hoje traz o seu nome, como também construiu, com a observação de outros casos, todos os capítulos de etiologia, patogenia, formas clínicas e tratamento.

As observações e estudos dos autores, que trataram da doença de Charlin, não foram mais do que confirmação dos trabalhos do professor chileno, pois neles nada mais puderam acrescentar de original ou inédito às conclusões expressas já por Charlin.

A nossa observação se estereotipa exatamente nos moldes do quadro descrito pelo professor de Santiago.

Reproduzila, como abaixo consignamos, é tornar redundante, em sua repetida forma, todo o complexo sintomático da síndrome. Nada de novo assinalamos, mas como intento de vulgarização, é que será apreciada.

HISTÓRICO

Publicam os Arquivos de Oftalmologia de Buenos Aires, em a página 102, do número 3 e 4 de 1930, a lição dada por C. Charlin na cátedra do Prof. Argañaraz, na qual, já de início, descreve a feição clínica da síndrome do nervo nasal, fazendo então descrição pormenorizada da observação que lhe permitiu estabelecer uma nova entidade mórbida da patologia ocular.

Neste mesmo ano e na mesma revista, o Dr. C. Espildora Luque faz, referindo duas observações, interessante estudo da síndrome de Charlin.

As páginas 319 e 322 do mesmo volume dos Arquivos de Buenos Aires, de 1930, os Drs. Carlos P. Bambaeh e G. von Grolman relatam, respectivamente, a mesma síndrome acompanhada de úlcera da córnea e úlcera da córnea com hipópio.

O volume correspondente os números 1 e 2 de 1931, dos Arquivos de Oftalmologia traz uma observação dos Drs. Diego Arguello e Roberto Pereira sobre a mesma síndrome.

Nos Annales d'Oculistique, de Fevereiro de 1931, vem um extenso artigo de C. Charlin, que transcreve mais quatro observações, além da descrição, que torna a fazer, da primeira.

Os Arquivos de Oftalmologia Hispano Americanos, de Julho de 1931, publicam o trabalho de C. Charlin apresentado ao 1.º Congresso Latino-Americano de Santiago do Chile, realizado em Fevereiro de 1931. Já esta monografia traz 14 observações da síndrome estudada por Charlin.

Os Archives d'Ophtalmologie de 1931, à página 767, registam uma observação de J. François, que transcreve, sob a denominação de "névrite du nerf nasal", a descrição feita por C. Charlin anteriormente.

A seguir outros autores como Bonnet e Paufique, Wibo, Argañaraz, Verdaguer, Dessauer referem novas observações, tendo Vila Ortis relatado uma com manifestações congestivas da conjuntiva e E. Luque outra atípica, que denominou de síndrome do nervo nasal invertida.

Mas cabe ainda a C. Charlin completar o estudo da síndrome do nervo nasal descrevendo as formas frustas e as causas gerais (1932), entre as quais, em 1936, se refere à síndrome do nervo nasal determinada por toxemia bacilar.

Transcrevemos na íntegra a observação princeps de C. Charlin, relatada nos Arquivos de Oftalmologia de Buenos Aires, número de Março e Abril de 1930, à página 132, pelo profundo interesse que desperta e pelo exemplo edificante de consciencioso trabalho mental e de bem conduzido raciocínio clínico que alcançam elaboração, através de vicissitudes várias, de novo capítulo da patologia ocular:

"Atendendo ultimamente uma queratite ulcerosa atípica muito rebelde e cujo diagnóstico etiológico permaneceu ignorado por dias numerosos.

Um jovem norte-americano, de 25 anos de idade, empregado das minas de cobre de Braden Copper & Cia., chega à minha consulta depois de uma semana de sofrimentos oculares com êstes antecedentes: nos dois primeiros dias de doença tudo se limitou a uma sensação de areia no olho direito, sensação que se foi fazendo mais e mais incômoda e logo se acompanhou de hiperemia conjuntival e abundante secreção amarelo-esverdeada. A presença de uma úlcera córnea alarmou o paciente e o fez empreender viagem a Santiago.

Examinamo-lo. A pálpebra superior do olho direito está em ptose inflamatória, a hiperemia bulbar é intensa, côr de sangue, e uma grande úlcera corneana acinzentada, superficial, ramificada, chupa a região central. De uma das ramificações se desprende um penacho acinzentado, talvez um pouco amarelado, que flutua no espaço conjuntival. A córnea está hiperestésica, o olho muito doloroso; há fraca hipotensão.

Cocainizamos e examinamos a úlcera com o microscópio e a lâmpada de fenda e não encontramos o aspeto característico da úlcera dendrítica que esperavamos. Coramos com fluoresceína e não precisamos mais nossa primeira impressão. O exame da secreção conjuntival e a raspagem da úlcera são negativos.

Não há alteração manifesta da sensibilidade da fronte, no entretanto, a fronte, em sua metade direita, correspondente ao olho doente, está vermelha, vasodilatação cutânea, que atribuímos por êrro às frequentes compressas quentes.

Instituímos o tratamento habitual da úlcera corneana sem resultado algum.

Recorremos a toda a gama terapêutica em vão. O olho persiste muito vermelho, a infiltração não tem tendência a diminuir. Os dias passam e o doente sofre muito. As dôres vivas, intensas, sobrevêm bruscamente, por crises, no momento das refeições, que devem ser interrompidas, ou durante o sono, causando insônia. O doente nos consultou em 17 de março e depois de 10 dias de atenção, de consultas de manhã e de tarde, não avançamos um passo. Estamos sem diagnóstico casual. Compreendemos que o doente

está cansado e sentimos que sua confiança desapareceu. Estamos desorientados. Consultamos a outro colega. A conferência médica não fez luz alguma. Mas inopinadamente uma circunstância casual surge e nos protege. Durante uma das consultas sobrevem uma crise dolorosa. Instituímos cocaina a 5% várias vezes até obter anestesia completa da córnea e com grande surpresa observamos que a dôr ocular persiste agudíssima. Queremos separar as pálpebras e esta suave pressão sôbre o globo provoca grande movimento de defeza da cabeça.

Este pequeno fato nos iluminou o campo clínico tão obscuro, foi a ponta do fio que permitiu nos orientar.

A persistência da dôr depois da anestesia completa da córnea nos fez localizar a nevralgia ocular no pólo posterior e não no pólo anterior ocular como até então e pensamos nos nervos ciliares posteriores, no gânglio oftálmico.

A relação úlcera-nevralgia, estabelecida até êsse momento, inverteu seus termos para tornar-se: (neurite ciliar posterior) nevralgia-úlcera.

Estabelecemos o diagnóstico de **neurite ciliar posterior**, de síndrome do gânglio oftálmico e depois tratamos de descobrir a causa desta neurite profunda orbitária, retroocular.

A reação de Wassermann e o exame de urina são negativos. Como antecedente imediato, se observa febre intestinal, de algumas semanas de duração (reação de Widal negativa).

Lembramo-nos então de um conselho que damos sempre a nossos alunos e que nos permitiu repetir aos mais jovens que nos escutam: "não descuideis jamais o interrogatório e quando vos julgueis derrotados, antes de vos dar por vencidos, refazei a anamnese. Porque si o exame objetivo surpreende a doença em um momento dado, em um instante clínico, o interrogatório mostra a doença em um movimento através do tempo e si um é uma fotografia, um instantâneo clínico, o outro é uma cinematografia".

Recolhemos de novo a anamnese e aquí descobrimos uma sintomatologia nasal, própria do gânglio esfenopalatino.

As crises dolorosas oculares se acompanham de obstrução nasal, de rinorrêia abundantíssima direita. Durante o acesso o doente tem a sensação francae indefinível que dá um forte resfriado, mas resfriado limitado ao lado direito (sensação de plenitude da cabeça). Depois de meia hora as dôres oculares direitas desaparecem e ao mesmo tempo a cavidade nasal direita se abre e termina a secreção.

E' terceira vez que o doente apresenta esta mesma afecção oculonasal. Faz 6 anos, nos Estados Unidos, teve uma úlcera da córnea direita muito dolorosa, que durou 2 meses etambem com resfriado intermitente. No ano passado sofreu esta mesma enfermidade durante mais de um mês, grandes dôres oculares e secreção nasal, por crises periódicas, secreção às vezes de cor amarelo esverdeada.

Prevíamos uma síndrome do gânglio esfenopalatino e enviámos o doente ao Dr. Alfredo Alcaio. O nosso colega encontrou enorme desvio do septo nasal para a direita, que se encaixa literalmente no cornete inferior (espinha irritativa), e uma marcadíssima congestão nasal especialmente direita, que encosta a mucosa da parede externa direita na parede do septo. Há obstrução respiratória quasi total e rinorrêia direita abundante. Exames nasais posteriores e a radiografia demonstram a integridade dos seios nasais. O colega pensa também no gânglio esfenopalatino e assim nos escreve.

Mas o gânglio esfenopalatino não dá sintomas bulbares (oculares), não dá a úlcera da córnea, porque não tem relação direta com o globo. Seus ramos eferentes vão às cavidades bucal, nasal, e faringéia, ao fundo da órbita, mas não ao bulbo ocular.

Na síndrome deste gânglio há certos sintomas muito pronunciados: epífora, dores profundas orbitárias, hiperemia conjuntival... e nada mais no território ocular. Encontramo-nos novamente em situação diagnóstica difícil.

Os sintomas nasais tornaram inaceitáveis o diagnóstico de síndrome do gânglio oftálmico, por que o gânglio oftálmico dá só ramos eferentes para o globo ocular. Por sua vez, os sintomas bulbares, corneanos, faziam inadmissível a síndrome do gânglio esfenopalatino, porque o gânglio de Meckel não dá nenhum ramo eferente para o globo ocular. Apresentaria por acaso o nosso doente síndrome mixta dos gânglios oftálmico e esfenopalatino

Heveria sido pueco clínico recorrer a uma dupla localização para explicar o quadro em estudo. A dupla localização está quasi vedada em neurologia, quer se trate de neurologia especial ou geral.

Lembramo-nos então do nervo nasal e logo a anatomia nos convenceu na fórmula precisa que ela sabe fazer, que o comprometimento do nervo nasal podia irmanar a sintomatologia mixta, ocular e nasal, do caso em estudo. Desde logo, o nervo nasal, ramo do oftálmico, caminha justamente na região limítrofe, ao longo da parede interna da órbita e tem sob seu controle imediato a esfera ocular e a mucosa nasal em sua metade anterior”.

A seguir o autor estuda a anatomia do nervo nasal, que de justiça julga deve ser chamado oculonasal e interpreta, após, certos fatos clínicos, à luz desses conhecimentos anatômicos, que não compreendêra antes ou os desprezára.

“Assim, a metade da fronte direita vermelha (vaso-dilatação cutânea, que havíamos considerado com critério ligeiro como obra das compressas quentes), tomava grande significação com o conceito de neurite-ótica e com o conhecimento da anastomose deste nervo com o frontal.

Aproximamos a luz à cabeça do doente e surpreendemos muitas perolazinhas de suor na metade direita da fronte que se extendiam justamente até a linha média e par trás até a região parietal.

Surpreedíamos com este fenômeno a excitação das fibras simpáticas cranianas que do plexo simpático carotídeo interno passam ao nervo oftálmico e chegam depois por intermédio do nasal e sua anastomose com o frontal à fronte.

O doente, uma e outra vez ao nos falar de suas crises dolorosas nos assinalava sempre como pontos nevrálgicos a região temporal (o fundo da órbita) direita, o **ângulo superointerno orbitário** e a parte média do dorso nasal. Ouvíamos, pois, indicar estes pontos e não lhes davamos valor aêstes dados preciosos. Justamente o doente nos marcava os pontos em que o nervo nasal emerge da profundidade e se faz superficial (o nasal externo na região palpebronasal e o nasolobar, raminho terminal cutâneo do nasal interno na pele da eminência nasal).

Suspendemos todo tratamento ocular em 27 de março. O rinologista, Dr. Alcaino, institue pulverizações nasais de cocaina a 5% com adrenalina na fossa nasal direita, pulverizações que depois o próprio doente faz. Desde este dia o doente não sofre. Quando sente vir a crise dolorosa ocular, o paciente se pulveriza e tudo passa. Em 30, já o olho não está mais vermelho.

Em 1.º de abril ahiperemia bulbar diminuiu de maneira consideravel, a opacificação da córnea se reduziu.

Em 4 de abril, vai o doente são, sem ter tido, desde a primeira pulverização, mais dores.”

Observação pessoal

Senhora J. H., de 56 anos, nos procura, referindo-nos que há 2 meses está em tratamento de afecção ocular direita, assás dolorosa, que, faz uma semana, não lhe deixa conciliar o sono.

Sobreveiu a doença ocular após gripe. Fez, por indicação do colega que a assistia, aplicações locais com atropina, dionina, iodofórmio e novifórmio e injeções de leite e de sangue (autohemoterapia). Os analgésicos já não lhe suavizam mais as dôres, que surgem por crises de maneira intensa.

O exame revela:

O. D.: queratite epitelial e sinais discretos de irite, que deformam o orifício pupilar, injeção pericorneana mais ou menos intensa. Fotofobia, blefaroespasmo e epifora. Pálpebras vermelhas e muito sensíveis.

Dôres nevrálgicas intensas orbitárias, dôr na região ínfero intensa da órbita, na emergência do nasal externo.

Sensibilidade da pele do dorso direito do nariz. Ausência de dôr no ponto do nasolobar.

Mucosa nasal direita muito hiperemiada e coriza abundante, sobretudo do lado direito.

Em face do quadro clínico, que não deixava dúvidas a respeito da neurite do nasal, instituimos, no mesmo instante, as aplicações locais de cocaína e adrenalina. Desde esse momento, as dôres se atenuaram, permitindo já à doente, na noite desse dia, dormir tranquilamente. Em poucos dias tudo regredia, somente com o emprêgo da solução anestésica na fossa nasal direita e instilações oculares de adexilan.

Posteriormente, completámos a observação, tendo notado amígdalas palatinas sépticas, seios frontais e maxilar esquerdo transparentes; seio maxilar direito ligeiramente diminuído de transparência. Todos os dentes, postigos.

Os exames de laboratório que a doente nos apresentou, posteriormente, se referiam a resultados obtidos meses antes e acusavam:

Sangue: dosagem de uréia — 0,661 por litro

dosagem de creatinina — 2 gr. 1%

dosagem de glicose — 1 gr. 07 por litro.

Reações de Wassermann e Heet negativas.

Reações de Kahn, Meinicke e Müller positivas fracas.

Atualmente, a doente somente apresenta pequena nébula da córnea.

Não instituimos à doente nenhum tratamento geral, durante a fase de evolução da afecção ocular, somente tendo-nos adstrito à terapêutica indicada por Charlin, embora algumas reações sorológicas fossem positivas. Não resta dúvida que a neurite do nasal foi desencadeada pela infecção gripal, cedendo às instilações locais.

Fórmias clínicas

Devemos encarar, com Charlin, as fórmias completas e incompletas da síndrome do nervo nasal.

A forma completa se caracteriza por quadro clínico típico descrito, desde o começo por Charlin, em sua observação princeps., constante de:

a) Crises dolorosas, paroxísticas, de extrema violência, em contraste com a benignidade do processo patológico, oculares e nasorbitárias, localizadas, de preferência, na raiz do nariz (ponto doloroso do nasal externo) e na região do nasolobar (ponto doloroso do nervo nasolobar) e acompanhadas de hiperestésias cutâneas.

b) Processo inflamatório ocular (polarite anterior, conjuntivites) tenaz e rebelde aos tratamentos comuns, mas que cede às insuflações de cocaina e adrenalina nasais.

c) Alterações da mucosa pituitária anterior acompanhadas de profusa hidrorréia. Ademais para caracterizar a síndrome, todo êsse quadro clínico desaparece com aplicações de cocaina-adrenalina na porção anterior da fossa nasal.

Êste é um fáto de observação corrente. Há, por consequência, abolição dos sintomas oculares somente pelo emprêgo da medicação nasal. Nenhuma influência sofre a lesão ocular com o tratamento ocular.

Somente, como já vimos, em alguns casos, há necessidade de se associar ao tratamento local o regime ou a terapêutica geral.

Em síntese: a síndrome do nervo nasooocular de Charlin se caracteriza por:

- a) Inflamação do segmento anterior.
- b) Coriza ou hidrorréia profusa.
- c) Nevralgia facial (ocular e orbitária de extrema violência), com manifestações cutâneas.
- d) Melhora com aplicação nasal de cocaina-adrenalina.
- e) Influência negativa da terapêutica ocular.

Fórmulas frustas.

Charlin descreve três tipos clínicos, que se caracterizam pelo abrandamento dos sintomas da síndrome completa ou pela ausência de um grupo determinado de sinais.

Figuram nêles:

- 1.º) Aqueles casos em que os sintomas são sobretudo oculares.
- 2.º) Aqueles casos em que os sintomas são sobretudo nasais.
- 3.º) Aqueles casos em que predomina a fórmula nevralgia, com sinais oculares ou nasais discretos e fugazes.

Além destas fórmulas frustas ou incompletas foram descritos um caso de síndrome do nervo nasal simulando sinusite frontal (Monteiro) e outro atípico de síndrome nasal denominado por Luque de síndrome invertida, por isso que todo o quadro cedeu com o tratamento ocular.

No entretanto, podem-se verificar, nestas fórmulas clínicas, embora de maneira atenuada, muitas vezes, outros sinais que concorrem ostensivamente na síndrome completa.

Assim é que Charlin observou nestas fórmulas incompletas:

- a) dôr nos pontos cutâneos do nasal ou do nasolobar;
- b) hiperestesia da pele nos territórios cutâneos dêstes ramos do nasal;
- c) positividade do exame nasal;
- d) o exame nasal não é nunca negativo quando feito com minuciosidade.

Manifestações oculares:

São diversas as manifestações oculares da síndrome de Charlin, todas elas porém, subordinadas a localização no pólo anterior (polarite anterior). Raramente, a feccão se traduz por alterações conjuntivais.

Em geral, são lesões da córnea, ou simples erosão ou processo epitelial puro (queratite epitelial), que às vezes, só é possível, verificarem-se ao microscópio. No nosso caso, tratava-se de queratite epitelial com irite leve, já também observada por Charlin; ou mesmo processo ulcerativo, acompanhado (Groelman) de hipópio ou sem êle (Argañaraz, Charlin e outros).

Outras vezes somente é observada leve hipotensão do globo, como também irites e iridocelites.

Do lado da conjuntiva, conhecemos somente duas observações, que revelam reação: uma de Wibo, na qual foi observada conjuntivite comum e, outra, de Vila-Ortiz, que se referia à congestão conjuntival do tipo mixto, mas sobretudo periquerático.

Etiologia

Não podia fugir à neurite do nervo nasal aos mesmos agentes eficientes determinantes das neurites em geral: causas infecciosas, tóxicas, mecânicas, por perturbações metabólicas, por carência vitamínica B.

No início, Charlin se referiu à síndrome somente elaborada por causas locais, mas, de imediato, no acervo grande de suas observações, outras, de natureza geral, lhe chamaram a atenção.

Em 1932, encarando, ao tratar da neurite retrobulbar, a simplicidade com que fôra exposta a sua solução cirúrgica pela abertura dos seios posteriores, que não condizia com a unanimidade dos casos bservados, mesmo naqueles em que se poderiam averiguar modificações somáticas, leves no labirinto etmoidoesfenoidal, capazes de explicar, por compressão ou por falta de aeração, a afecção retrocular do nervo ótico, dizíamos nós o seguinte, o que se foi também observando à medida que se construía toda a síndrome do nervo nasal:

“Para nós deixou de ser assunto de cogitação restrita à oftalmologia, para tocar estreitamente no departamento complexo da rinofalmologia e abranger o vasto campo inexaurível da clínica médica.

Por isso, quando atentando a solução terapêutica da neurite retrobulbar, temos por norma encarar as suas múltiplas faces no afan de dominar sua variada e ainda de todo obscura etiologia. Não nos basta saber que é a lues, a esclerose em placas, as afecções rinológicas, etc., que determinam a afecção retrobulbar: as nossas pesquisas devem sempre ir além, procurando não somente esmiuçar as causas locais, como também, surpreender as manifestações clínicas de processo geral ou focal, capaz de contribuir para explicar o *primum movens* do processo ocular”.

Tal deve ser a conduta no que tange ao esclarecimento etiológico da neurite nasal de Charlin, que não escapa, como não escapou, às mesmas determinantes conhecidas.

Si bem que, em alguns casos, a perturbação local é manifesta, o que, nos primeiros tempos, levou a considerar-se somente o tratamento pelas vaporizações nasais como eficiente de todo, em outras, a causa geral é predominante na gênese da neurite nasal ocular.

No estudo da síndrome do nervo nasal, pôde-se comprovar variada etiologia:

- a) Causas locais: espinha irritativa nasal-etmoidite, hipertrofia do cornete inferior, desvio do septo, estreitamento da cavidade nasal anterior (Charlin); após ressecção do cornete médio (Bonnet e Paufigne).
- b) Causas gerais (infecciosas e tóxicas): gripe, sífilis, tuberculose, diabete, etc.
- c) Causas focais: dentárias, sinusais, amígdalianas, etc.

Ainda embora não se deva perder de vista esta etiologia, não foi descrito nenhum caso de síndrome do nervo nasal ligado a avitaminose.

Não é bastante, pois, como nos demonstra o estudo das observações até agora descritas da síndrome do nervo nasal, sobretudo as de Charlin, instituir o tratamento local. Na maioria das vezes, êle faz tudo desaparecer, mas, em alguns casos, ou não obra ou somente atenúa, abrandando por pouco tempo as manifestações dolorosas. Devemos, nestes casos, ir adiante e surpreender a causa oculta, geral ou focal.

Outras manifestações da síndrome

Além de manifestações oculares, nasais e nevrálgicas da síndrome do nervo nasal, quasi todos os autores têm assinalado e ratificado as observações de Charlin, demonstrando, além da hiperestesia cutânea já referida, a erupção de vesículas herpertiformes sôbre a narina (região do nervo nasolobar), sôbre a pele pálpebronasofrontal (região do nasal externo) e hipersecreção sudorípara na fronte devida (Charlin) à anastomose do nasal externo com o nervo frontal.

Na observação que tivemos oportunidade de acompanhar, havia, como já assinalára Charlin em sua primeira observação, vermilhidão sôbre a pálpebra superior (vasodilatação).

Patogenia

Na explicação patogênica da neurite do nervo nasal, Charlin, muito razoavelmente, aventa a hipótese de se tratar, analogamente ao mecanismo que procura explicar a causa da neurite retrobulbar e da síndrome do gânglio esfenopalatino, de compressão, estrangulação do nervo nasal, por congestão da mucosa, em sua entrada na cavidade nasal, isto é, no orifício orbitário anterior. E tanto êste fato, agora de observação comum, é verdadeiro, que basta a retração da mucosa, desafogando o nervo em sua emergência na fossa nasal para que todos os sinais de neurite se atenúem e desapareçam.

Diagnóstico

O diagnóstico da síndrome do nervo nasal é fácil, desde que estejamos atentos para os sinais nasais (hidrorréia, coriza), que orientam, em definitivo. Alguns casos, frequentemente, não são desde logo esclarecidos, por isso que os sinais nasais, discretos, passaram depercebidos. Nestes casos, as manifestações oculares não têm nenhuma particularidade ou feição especial. Sómente a sua coincidência com os sintomas nasais é que definem a sua etiologia.

“O que distingue, diz ainda Charlin, estas irites, estas úlceras, etc., de todas as outras irites ou queratites é justamente a sua rinorréia. Mas esta rinorréia não é um coriza comum. Também ela se diferencia de todas as outras rinites por determinados caracteres; é um coriza com hidrorréia profusa **unilateral com pontos dolorosos cutâneos e zonas de hiperestesia da pele.**

No diagnóstico diferencial, devemos encarar a síndrome do gânglio esfenopalatino, que apresenta com a síndrome do nervo nasal alguns traços comuns, como nevralgia e sinais nasais (hidrorréia). Mas em sua sintomatologia ocular, que é sobretudo neuralgia, não há sinal algum de lesão manifesta, que se encontra sempre na síndrome do nervo nasal (úlceras, irites, etc.).

Além disso, os sinais nasais são, na síndrome do gânglio, localizadas de preferência sobre a cauda do cornete médio, enquanto na síndrome de Charlin as manifestações nasais são anteriores.

Estará assim, com a síndrome do nervo nasal, agora completada e observada por Charlin, “constituída” (Luque) a terceira entidade clínica das síndromes oculares rinógenas, cuja etiopatogenia e tratamento são de exclusivo domínio da rinologia:

1.º A síndrome posterior ou nasosensorial (neurites retrobulbares rinógenas).

2.º A síndrome mediana ou do gânglio esfenopalatino (coriza espasmódico).

3.º A síndrome anterior, nasocular, a síndrome do nervo nasal.

Charlin publica em um quadro os caracteres, diferenciais entre a síndrome do nervo nasal e a do gânglio esfenopalatino.

Síndrome do

Nervo nasal.

Anatomia:

Inervação do globo ocular na região anterior e superior da cavidade nasal, da pele do nariz e da região palpebrofrontonasal.

Síndrome:

Sintomas oculonasais **perma-**

1.º — Lesão anatômica ocular.

2.º — Congestão **intermitente**

da fossa nasal **anterior e superior.** Mais acentuada a congestão da cabeça do cornete inferior.

3.º — Pontos dolorosos **superficiais.**

a) Pontos dolorosos do nasolobar.

b) Pontos dolorosos do nasal externo.

4.º — Erupções cutâneas sô-

Gânglio de Meckel

Inervação do fundo da órbita, da região média e posterior da cavidade nasal, parte das cavidades bucais e faringéias. Ausência de inervação cutânea.

Sintomas oculonasais **intermitentes.**

1.º — Ausência de lesão ocular.

2.º — Congestão **intermitente** da região **posterior** da fossa nasal. Mais acentuada a congestão da cauda do cornete médio.

3.º — Ausência de pontos dolorosos superficiais.

4.º — Ausência de erupções cutâneas.

bre a narina e sôbre a região frontopalpebronasal (ângulo anterosuperior orbitário).

5.º — Cessação imediata da crise dolorosa e melhora rápida da afecção ocular pela aplicação da cocaina-adrenalina sôbre a mucosa na região anterior da parede externa da fossa nasal (sinal patognomônico).

5.º — Cessação imediata da crise dolorosa pela aplicação de cocaina-adrenalina sôbre a mucosa da região do gânglio de Meckel (região posterior da parede externa da cavidade nasal: sinal patognomônico).

ZUSAMMENFASSUNG

Verf. bespricht an Hand eines von ihm beobachteten Falles das von Charlin aufgestellte Syndrom des nervus nasalis, das durch die Verbindung von nasalen Symptomen mit einer polaritis anterior gekennzeichnet ist und auf einer Neuritis des nervus nasalis beruht.

Auf die grundlegenden Fällen Charlins wird eingegangen und die Frage der Ätiologie, der Pathogenese, der klinischen Formen und der Behandlung im einzelnen besprochen.

B I B L I O G R A F I A

- Dr. C. Charlin — Síndrome del nervio nasal — Archivos de Oftalmología de Buenos Aires — 1930 — pág. 132.
- Dr. C. Espildora Luque — Síndrome del nervio nasal — Arq. Oft. de Buenos Aires — 1930 — pág. 227.
- Dr. Carlos P. Bambach — Úlcera corneal en un síndrome del nervio nasal — Arq. Oft. de B. Aires — 1930 — pág. 319.
- Dr. G. von Grolman — Úlcera corneal com hipopion en un síndrome del nervio nasal — Arq. Oft. de B. Aires — 1930 — pág. 322.
- Dr. C. Charlin — Síndrome del nervio nasal — El Día Médico — 1930 — pág. 389.
- Dr. C. Charlin — Le syndrome du nerf nasal — Annales d'Oculistique — 1931 — pág. 86.
- Dr. C. Charlin — El síndrome del nervio nasal — Arch. Oft. Hispano-Americano — 1931 — pág. 369.
- Dr. C. Charlin — Le síndrome fruste du nerf nasal — An. d'Oc. — 1931 — pág. 808.
- Drs. Diego Arguello e R. Pereira — Síndrome del nervio nasal de Charlin — Arc. Oft. de B. Aires — 1931 — pág. 44.
- Dr. Jules François — Névrite du nerf nasal — Arch. d'opt. — 1931 — pág. 767.
- Dr. C. Charlin — El síndrome del nervio nasal — El Día Médico — 1931 — Tomo IV pág. 35.
- Dr. C. Charlin — El nuevo síndrome del nervio nasal y sus formas larvadas — Arch. d'oft. Hisp.-Amer. — 1932 — pág. 265.
- Dr. C. Charlin — La neuritis del nasal de causa general — Arq. d'oft. Hisp.-Amer. — 1932 — pág. 177.
- Dr. C. Charlin — Étiologie du syndrome du nerf nasal. — An. d'Oc. — 1932 — pág. 257.
- Dr. C. Espildora Luque — Un caso atípico de síndrome del nervio nasal (síndrome del nervio nasal invertido) — Arq. Oft. de B. Aires — 1933 pág. 462.

- Drs. P. Bonnet e L. Paufigue — Síndrome du nerf nasal — Arq. d'ft. — 1933 — pág. 495.
- Dr. M. Wibo — Le syndrome du nerf nasal — An. d'Oc. — 1933 — pág. 169.
- Dr. J. M. Vila-Ortiz — Sur une nouvelle forme clinique du syndrome du nerf nasal — An. d'Oc. — 1934 — pág. 479.
- Drs. P. Bonnet e L. Paufigue — Síndrome du nerf nasal — Rev. O. N. O. — 1934 — pág. 308.
- Dr. C. Charlin — La névrite du nerf nasal de cause général — An. d'Oc. — 1935 — pág. 82.
- Drs. J. Verdaguer e H. von Dorsauer — Síndrome del nervio naso-ciliar — Arq. d'Oft. Hisp.-Amer. — 1935 — pág. 504.
- Dr. C. Charlin — Síndrome du nerf nasal par toxémie bacillaire — An. d'Oc. — 1936 — pág. 25.