

NOTAS PRÁTICAS

VALOR SEMIOLÓGICO DA MEDIDA DO ÂNGULO DE CONVERGÊNCIA. APRESENTAÇÃO DE UM APARELHO PARA SUA AVALIAÇÃO

J. CANDIDO SILVA *

Várias observações publicadas por Pierre Marie e Barré, em 1910, consignavam a frequência com que eram registadas as anomalias da convergência nos parkinsonianos post-encefalíticos. Posteriormente a caustística tornou-se maior, verificando-se que a encefalite epidêmica tem especial predileção pelos movimentos conjugados oculares, cujos distúrbios constituem importantes sequelas dessa moléstia.

Dentre os diversos movimentos conjugados, a prática demonstra que os mais atingidos pela encefalite são a elevação dos olhos e a convergência. O primeiro aparece em parkinsonianos post-encefalíticos sob a forma de crises espasmódicas violentas que podem durar até duas horas. O segundo oferece maior interesse clínico, pois, costuma figurar em qualquer forma de encefalite epidêmica, mental ou neurológica. Constitue, às vezes, o único sinal neurológico de certos quadros mentais de difícil diagnóstico, como aqueles em que se verificam desvios da conduta e do comportamento atuando como núcleo central das perturbações psíquicas.

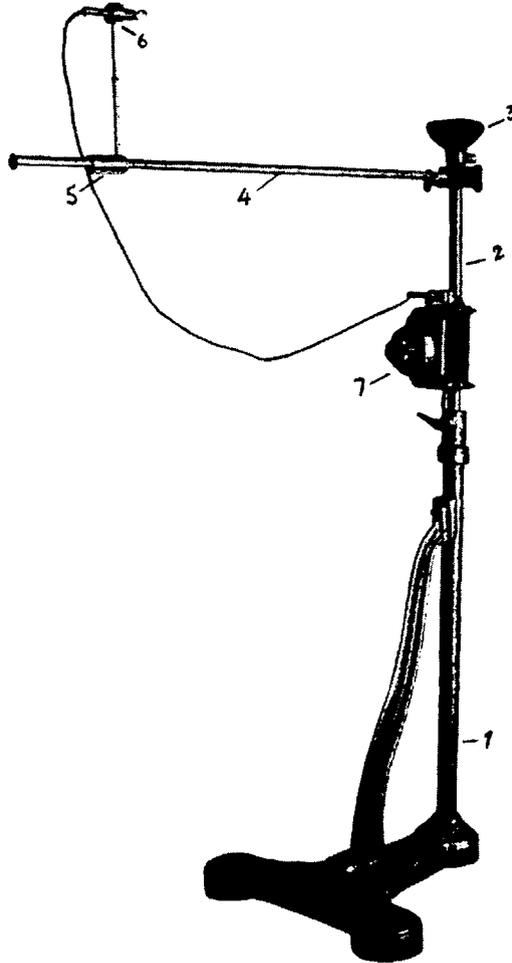
Pode a convergência apresentar-se em paralisia ou em paresia, sem afetar a ação dos dois retos internos nos movimentos de lateralidade, fato esse que demonstra comprometimento da função convergência por lesão nuclear. As paralisias acompanham-se de abolição da reação pupilar sincinética à convergência e, em geral, de paralisia da acomodação. Muito mais frequentes são as paresias da convergência complicadas ou não de distúrbios da acomodação e do reflexo foto-motor. A vizinhança imediata dos núcleos de Perlia e de Edinger-Westphall, explica as alterações da convergência comumente associadas a modificações do reflexo foto-motor.

A paresia da convergência apresenta-se com maior ou menor intensidade, podendo ser facilmente despistada pela mensuração do ângulo máximo de convergência. Baseado no mesmo principio que permitiu a

* Neuro-Oftalmologista do Hospital de Juquerí. Trabalho apresentado à Secção de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina em 5 de Fevereiro de 1943.

Landolt a construção do seu oftalmodinamómetro, planejamos um novo modelo de aparelho para medir o ângulo máximo de convergência.

A fotografia anexa apresenta o aparelho cujas peças auxiliares são: um pé apoiado no chão (1) e articulado com uma haste (2) que permite



variações de altura. Essa haste está encimada por uma queixeira (3). As peças essenciais constam de um braço horizontal (4) dividido em centímetros e dioptrias para medir o ângulo de convergência e a capacidade de acomodação. Ao longo do braço (4) desliza um cursor (5) ao qual

está unido o sistema de iluminação do aparelho (6). A intensidade da luz é variável, podendo ser regulada pelo reostato (7).

Posto o doente em posição, com a cabeça apoiada na queixeira, coloca-se um vidro vermelho adiante de um dos olhos, ficando o outro livre. Com o olhar dirigido para a luz, vai o ângulo de convergência aumentando à proporção que a luz se aproxima dos olhos. Em certo ponto o doente acusa duas lampadas, uma vermelha e outra branca. Esse ponto indica que o máximo de convergência já foi vencido. Si a diplopia cruzada aparece aos 20 centímetros, por exemplo, esse doente tem seu máximo de convergência a 21 centímetros.

Um individuo normal, com 60 milímetros de distância pupilar, pôde convergir até 10 centímetros em média. Toda diplopia cruzada que aparece para cima de 15 centímetros, pôde ser considerada como paresia da convergência.

Existem, no entanto, algumas causas de erro que devem ser mencionadas, afim de evitar falsas conclusões. Assim, a insuficiência da convergência pôde também dar lugar à diplopia cruzada, ocasionando possível confusão. Individuos míopes, exofóricos, exgotados, crianças em idade de crescimento, podem apresentar diplopia cruzada obedecendo, porém, a mecanismo diverso. Nesses casos os impulsos corticais que alcançam os centros mesencefálicos não são suficientes para levar os olhos a convergir. Trata-se de distúrbio de ordem funcional, passível de melhora e mesmo de cura, enquanto que as diplopias cruzadas por paresia são irreversíveis.