

ANGIOPATIA TRAUMÁTICA INDIRETA DE HAAB

PERICIA MEDICO-LEGAL (2)

Prof. IVO CORRÊA MEYER (1)
e Dr. EDUARDO DE ASSIS BRASIL
Cátedra de Clínica Oftalmológica.

PRAZEIROSAMENTE acedi ao convite de meu nobre colega, Prof. Moacir E. Alvaro, de aditar uma aula ao presente Curso de Aperfeiçoamento de Clínica Oftalmológica, no qual concorrem estudantes e médicos ávidos de conhecimentos especializados e desejosos de maior intercâmbio cultural e intelectual com os representantes universitários de outros escolares do país.

E' com satisfação, repito, que aqui retorno a ocupar, em rápidos instantes, a cátedra de Clínica Oftalmológica da Escola Paulista de Medicina, ilustrada pelo espírito dinâmico e brilhante de seu titular, por isso que de sua orientação medica e didática decórrer exemplo fecundo e proveitosa lição à norma de ensino da especialidade a ser considerada e instituída em as nossas Faculdades Médicas.

Dentro desta orientação salutar, sinto e percebo que, além da preocupação de dar ao Curso o sentido racional e pratico que a experiência mostrou ser a que melhor responde aos interesses do ensino e da clínica, há a intenção generosa de despertar e incentivar o espírito universitario.

Devo confessar, contudo, francamente, que as nossas Faculdades de Medicina sofrem a carencia de instalações adequadas e de material didático à ministração, até mesmo do ensino normal da oftalmologia.

Reconheço, em que pesem tantas dificuldades materiais, e isto serve de conforto aos que exercitam a arte difícil de ensinar, que o ensino ministrado, graças ao labor e

ao acendrado espírito de sacrificio dos professores e assistentes, é eficiente e, de modo geral, corresponde às necessidades da clínica e aos interesses imediatos do medico pratico.

A privação desses elementos materiais, e o atual Curso é convincente testemunho desta assertiva, não anula necessariamente o trabalho do homem, do docente, e não exclue a norma de fazer da disciplina élo obrigatorio da cadeia de clínicas indissolúveis, cujo aprendizado permite a formação integral do medico.

Já recuado é o tempo em que a Clínica Oftalmológica era ministrada como si fôra cadeira medica encistada, extranha aos conhecimentos e às lições de toda a Medicina. Ao contrario, atualmente a orientação é diversa, por isso que a Oftalmologia resume a patologia inteira. O globo ocular é uma miniatura do todo organico: as reações que se nele processam, em pequena escala, são identicas às que se efetuam em cada tecido, em cada órgão, em cada aparelho ou sistema, com a diferença, porém, de que no aparelho da visão, em geral, as manifestações morbidas pódem ser apreciadas, acompanhadas, dissociadas e estudadas mercê de condições particularíssimas de transparencia de seus meios refringentes.

E' imprescindível, para a melhor eficiencia do exercicio da medicina, em virtude da interdependencia funcional de todas as clínicas e da cooperação opulenta que à solução dos problemas medicos oferece a Clínica Oftalmológica, que haja, durante o curso, estagio regular dos alunos nos serviços de doenças dos olhos.

(1) Relator.

(2) Apresentada ao Curso de Aperfeiçoamento de Clínica Oftalmológica da Escola Paulista de Medicina, em Janeiro de 1941.

Em termos, porém, sem querer dar a esse estagio o carater de precoce especialização, que, aliás, a propria natureza normal do curso não poderia comportar.

E' proposição axiomática de que quanto mais se apura a especialização tanto mais se mecaniza e se automatiza a ação do medico. Este pôde chegar até à situação de simples técnico sem a noção de conjunto das relações que mantêm os diferentes sectores da patologia geral.

O aprendizado da especialidade deve vir depois que o aluno demorou o tempo necessario exigido em longo estagio nos serviços e enfermarias de medicina e de cirurgia, de modo a que possa o futuro especialista ter sólidos conhecimentos de medicina geral e visão panorâmica clara e nitida das interrelações morbidas do organismo enfermo.

Assim, o curso normal dará ao aluno noções fundamentais, de maneira a permitir-lhe aproveita-las em beneficio de precisa orientação clinica e aplica-las a lhe proporcionar formação medica harmonica, compreensiva e adequada à pratica da profissão. Será guia do aluno antes que deformador de seu espirito ainda não habituado à observação e à meditação e não amadurecido na experiencia continuada da investigação clinica. E será sempre o estudo da especialidade firme elo da cadeia de clinicas que lhe facultará melhor entendimento do todo harmonioso do panorama medico e mais facil exercicio de suas qualidades de clinico ou de cirurgião.

A frequencia às clinicas possibilitará maiores recursos tecnicos e científicos ao aluno que, posteriormente, se vai dedicar à oculistica, do que a assistencia e o estagio prematuros em os serviços especializados. O acumulo de trabalhos e de estudos desta natureza, durante o curso academico, em detrimento ou prejuizo da cultura medica geral, é uma falta de senso comum, cujas consequencias nocivas transparecem em toda a vida profissional do medico. Ainda a especialização precoce é grave erro de educação medica, por isso que restringe a capacidade de iniciativa e limita a liberdade de ação dos futuros galenos.

De conformidade com a doutrina sadia, a especialização pressupõe portanto tirocinio clinico prévio. E' quando, portanto, estará o medico, depois de educado na experiencia e na escola da clinica, apto a se dedicar integralmente aos labôres da especialidade eleita. Ulteriormente, o estagio obrigatorio e a frequencia bastante em cursos de especialização e de aperfeiçoamento serão em definitivo a pedra angular da formação do verdadeiro especialista. E' então quando, no longo convívio com um serviço que pesquisa e que investiga e dedicado exclusivamente ao estudo, o medico se integra na especialidade, consciente e capaz de preencher as finalidades de uma existencia proficua e util aos seus semelhantes.

Por toda parte, hoje em dia, nos grandes centros universitarios que já transpuzeram esse periodo de dificuldades e de incompreensões, emancipados da anomalia da especialização prematura, os dispositivos reguladores do ensino medico procuram abreviar, em o curso normal, os alentados programas das clinicas especializadas.

Temos que convir no acerto da medida. Não é possivel, no exíguo tempo do periodo letivo atribuido ao desenvolvimento da materia oftalmologica, ainda desdobrado, em muitas Faculdades, para duas turmas diferentes, não é possivel exgotar-se cabalmente o programa regulamentar por mais aplicado que seja o professor e por mais assíduos e estudiosos os discipulos. E' a experiencia universal que justifica a orientação benefica de restringir, em proveito do aluno, já sobrecarregado de tarefas didaticas das diversas cadeiras do curso escolar, o plano das materias das disciplinas especializadas.

Não ha com este procedimento restrição à missão elevada do professor, de vez que à tarefa de rotina e aos encargos obrigatorios de suas funções se superpõem as novas atividades de ensinar, em cursos de especialização e de aperfeiçoamento, aos medicos diplomados, que, após frequentarem com proveito os serviços idoneos de medicina e de cirurgia, estão à altura de aprender os ensinamentos diferentes propiciados pelas clinicas especializadas e, entre estas, a oftalmologica que apresenta meto-

dos semioticos proprios, particular arsenal terapeutico e termos medicos diferentes e peculiares.

Eis a razão que assiste, pois, a Houssay de dizer que "isto não significa reduzir a importancia destas matérias. Seus professores dariam cursos de especialização. Pelo seu ensino elementar e superior, por sua capacidade técnica e profissional, por suas investigações, um professor de uma especialidade pôde ser a maior figura de uma escola e para isto não necessita de sobrecarregar o ensino dos alunos".

E' tambem, não resta duvida alguma, uma verdade a de que a especialização prematura desvirtua e anula o espirito universitario, que é o de formar homens instruidos, educados, idoneos e cultos, capazes de realizar, no ambito da universidade, o objetivo primeiro da investigação e fóra dela, de atuar, no plano superior da moral, da espiritualidade e da inteligencia, como homens de escól, como lidimos dirigentes, dignos, aptos, rétos, justiceiros e integros, como os melhores.

Distraída que fosse desta orientação exemplar, a universidade sacrificaria as fontes do idealismo creador e construtor em proveito somente das necessidades e exigencias imediatas e rotineiras do ensino, o que determinaria a anulação da investigação, que significa, para Houssay, a origem da verdade, da iniciativa, da dedicação à pesquisa e da coesão dos estudos e das disciplinas.

De outra parte, a utilidade, quiçá benevolencia, dos cursos de aperfeiçoamento ressalta ainda mais quando, como o presente, em o qual tenho a honra de professar, encara outro salutar aspeto do espirito universitario — o do intercambio de professores.

No nosso país, em virtude de sua expansão geográfica, ha imperiosa necessidade desse intercambio. E aqui se abre um precedente que devêra tornar-se norma educacional e prerrogativa do professor: o direito de ensinar em qualquer Escola ou Universidade da nação. Naturalmente, que este privilegio pressupõe capacidade, laboriosidade e espirito de cooperação. Implica, ademais, em aproximação das elites culturais,

de maneira que haja, na relação reciproca de nossos centros de ensino superiores, unidade de ideais, de pensamentos e de ação.

Deste vinculo comum de ideais e de laços mutuos e harmonicos, superiormente conduzidos, ha de florescer um povo soberano, constituido de homens livres, no qual o espirito universitario ativo permitirá que se alcance alto gráo de educação civica, de sabedoria e de prestigio intellectual.

* * *

Versará a dissertação que se vai ler caso complexo de acidente de trabalho que nos permitirá fazer, de passagem, considerações em torno da ardua e delicada tarefa do medico perito, dos obices inumeros que surgem a miude para complicar e dificultar a mais singela interpretação diagnostica e tratar de inumeros problemas de ordem clinica e medico-legal que aparecem e surpreendem a cada passo ao perito, tornando onerosa e prolongada a propria pesquisa pericial. Cabe aqui integral aplicação um dos aforismos medico-legais classicos de Lacasagne: "Os casos em apparencia mais simples podem ser os mais complicados".

O caso em si, observado como devêra ter sido no inicio, não ofereceria ao medico perito dificuldade de maior monta. Não foi, porém, o que veio a succeder.

Nomeados que foram os novos legistas, que subscrevem o presente laudo, não lhes foi possivel encontrar dados clinicos ou informes de importancia pericial, exarados nos laudos anteriores, em que podessem louvar-se. Nada havia. Nenhum elemento de indagação ou de estudo concorria para qualquer demonstração ou prova decisiva de elucidação. Ao contrario, em vez de auxiliar a tornar factivel o diagnostico retrospectivo, que se impunha incontestavelmente em face do resultado do exame oftalmoscopico, o mutismo dos pareceres precedentes, no que tange a um dos aspetos terminantes, o das lesões maculares, do problema medico-legal que se ia interpretar, serviu somente para crear situação embaraçosa à solução natural da questão em apreço.

A experiencia deste caso, contudo, deunos ensejo para comprovar o acertado de

nossa conduta em proceder sempre, sistematicamente, quando procuramos interpretar os aspectos morbidos do fundo ocular, á rigorosa e detida observação dos quadros oftalmoscopicos que se sucedem no decurso das enfermidades ou que se processam consecutivamente aos traumatismos. Até mesmo no aspetos do fundo ocular que parecem ou são tidos como expressões particulares, ou peculiares, de determinadas molestias, não se deve descurar da precaução de se reportar aos exames dos quadros patologicos retinianos procedidos anteriormente. A análise iterativa destes leva-nos algumas vezes a corrigir diagnostico que parecia, no primeiro momento, irrecorrível. Si isto se passa em relação a estados morbidos bem conhecidos e estudados, que diremos das lesões sobrevindas a traumas e que frequentemente têm evolução irregular e caprichosa?

E', neste particular, que a fotoretinografia em serie toma relevo e adquire grande importancia semiótica, proporcionando ao clinico ou ao perito imagens valiosas de caracterisação oftalmoscopica e de documentação testemunhal.

Nos accidentes de trabalho e nas doenças profissionais, a observação da marcha das lesões deverá ser feita com cuidado e rigor e, sobretudo, deverá ser registada objetivamente em vista de análise, de confrontação e de ulterior comprovação. De tal ordem e magnitude, acentuamos, é a documentação propiciada pela investigação fotoretinografica que se não deve prescindir dela na concurrencia de provas decisivas á caracterisação exata dos sintomas e quadros morbidos.

Tem o aparelho pericial, na exploração retinografica, auxiliar de primeira ordem, principalmente ao registrar fielmente as alterações subtis e delicadas, às vezes imperceptíveis aos metodos de exame de rotina, sofridas, na rapida evolução do processo patologico, pela região enferma ou pelo segmento do globo ocular traumatizado. E é esta uma excelencia do metodo de documentação fotoretinografica, que não tem sido explorada convenientemente, pois permite

registrar, por vezes em condições difficilimas de exame, incompatíveis com minucias de indagação e de investigação momentaneas, aspetos transitorios da lesão pesquisada, de significação probatoria concludente e decisiva para mais tarde dar ocasião a que se possa fazer a verdadeira interpretação em proveito da justiça.

Os dados da documentação assim coligidos e arquivados pôdem, em determinado instante, ser suficientes, como teriam sido no caso referido mais adeante, para elucidação do diagnostico retrospectivo e, consequentemente, apuração da verdade.

Não nos cansamos em insistir sobre a necessidade que ha de mais estreita colaboração e maior intercambio do internista e oculista e sobre as vantagens semiologicas que a ambos oferece o estudo fotoretinografico, principalmente quando, por seu intermedio, apreciamos o transcurso das doenças do fundo ocular, surpreendendo e anotando fotograficamente os diversos aspectos do quadro oftalmoscopico, em fases diferentes e variadas da mesma enfermidade, e objetivando sintomas ou manifestações morbidas de fugazes entidades patologicas que apenas se entremostam aos demais metodos de propedeutica clinica (1).

Ha já cêrca de dez anos, encareciamos as vantagens do emprego da fotoretinografia não só para servir de elemento precioso de documentação clinica, como tambem de meio seguro de diagnostico e de esclarecimento ao prognostico e tratamento. Acentuavamos, então, naquela epoca, que o aspeto particular do estudo fotografico do quadro evolutivo das afecções do fundo ocular já de muito nos chamava a atenção e nos referiamos aos ensinamentos que este metodo de exame oferecia ao capitulo do prognostico (2).

E ainda hoje nada temos a acrescentar ao nosso parecer anterior. Assim é que aspetos oftalmoscopicos que, á primeira vista, parecem levar a formular-se prognostico de graves consequencias para a função visual comprometida, revelam-se, em esta-

(1) Corrêa Meyer — Estudo angioscopico retiniano das hipertensões gerais — Arq. Clin. Oft. e O.R.L., ano 3, Maio-Dez., 1936.

(2) Corrêa Meyer — O valor da retinografia em Oftalmologia — Arq. Clin. Oft. e O.R.L., ano I, n.º 1, Junho de 1934.

dios mais recentes, de tal maneira modificados, que se não diria tratar-se da mesma doença. Como, por consequencia, sem o registro oportunamente feito, seria possível a identificação e a conexão desses varios quadros morbidos da mesma entidade clinica observados em epocas diferentes por mais de um oculista?

Do mesmo modo, teremos que mencionar outros casos, talvez os mais frequentes, nos quais a feição oftalmoscopica, pelo aspecto e pelas características, não levaria, de imediato, a crer em evolução desfavoravel; contudo, o exame periodico registado revela, em estadios diversos da mesma molestia, com a multiplicidade de aspetos, a alteração profunda dos elementos nervosos e vasculares a entremostar a gravidade da doença e a severidade do prognostico.

Em traumatologia ocular, não é menor a importancia que se empresta ao emprego habitual da fotoretinografia. O auxilio valioso que ela oferece à solução de inumeros problemas medico-legais robustece, dia a dia, a ampla necessidade de sua applicação rotineira.

Assim é que nos accidentes oculares de trabalho, principalmente quando o perito observa o doente em fase adeantada de evolução das lesões, os sintomas ou os quadros patologicos primitivos, apreendidos e inscritos que foram com nitidez e clareza, se revestem de grande importancia.

Quando é possível a documentação inicial, contemporanea com o acidente, ou com o traumatismo, a tarefa da pericia se simplifica, tornando mais exata a análise dos fatos posteriores e, portanto, mais veridica a conclusão do laudo medico.

Sendo já, em relação com as demais afecções oculares, de valor inestimavel a oportuna documentação grafica objetiva, maior é a soma de provas obtidas quando a lesão se assenta no fundo do olho, proprio, no caso de que os meios refringentes se mantenham transparentes, aos exames periodicos e à eficiente assistencia medica.

Passemos agora à análise circunstanciada do caso em apreço com os devidos comentarios criticos à margem de sua exposição:

"Exmo. Sr. Dr. Horminio Silveira, M. D. Juiz Municipal.

I. C. M. e E. de A. B., respectivamente, professor catedratico e docente-livre da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre, designados pelo Sr. Diretor da Faculdade de Medicina, Prof. Freitas de Castro, para, de conformidade com a solicitação de V. Exa., procederem a novo exame, e apresentarem o laudo respectivo, na pessoa do operario R. G. S., que, segundo consta, sofre de "molestia visual", depõem em vossas mãos o relatorio medico-legal, informando-vos sobre:

A) — QUESITOS APRESENTADOS PELO SR. PROMOTOR PUBLICO, DR. C. P. D.:

- 1) A lesão apresentada pelo paciente no olho direito resultou de acidente de trabalho?
- 2) Essa lesão de acha consolidada?
- 3) Em caso afirmativo, qual o numero e indice da lesão?
- 4) A lesão resultará ao paciente uma deformidade permanente e parcial?

B) — QUESITOS FORMULADOS PELO SR. DR. ADVOGADO DA VITIMA:

- 1) Si o paciente ainda necessita de tratamento medico adequado?
- 2) Si, apesar de necessitar de tratamento medico, o paciente póde continuar a exercer a sua atividade presentemente?

C) — HISTORICO DO ACCIDENTE:

Em 15 de Maio de 1939, informa-nos o paciente, trabalhando nas oficinas do Porto desta Capital, onde exercia as funções de ajudante de serralheiro, quando ajudava a desempenhar uma chapa de ferro incandescente, pintada com tinta a oleo de cor acinzentada, e já muito enferrujada, saltou um estilhaço da dita chapa que lhe foi ferir o olho direito.

Atendido, no ato, por dois companheiros de trabalho, observaram estes que, ao procurarem prestar o primeiro socorro, o fragmento contundente se eliminava espontaneamente do globo ocular.

Os mesmos companheiros levaram-no então ao Posto Medico da Administração do Porto, onde foi pelo respectivo medico, Dr. R. W., feito o primeiro curativo.

O paciente ainda menciona que a capacidade visual do olho direito, anterior ao traumatismo, era igual a do olho esquerdo. Ademais, refere o paciente que não fazia uso de qualquer aparelho protetor contra accidentes de trabalho.

Deixamos de consignar aqui o resultado dos exames realizados pelos medicos especialistas que examinaram e assistiram posteriormente ao paciente, por isso que os pareceres dos laudos medicos estão inclusos no processo de autuação em andamento.

D) — DESCRIÇÃO DO EXAME:

Pálpebras normais. Fenda palpebral direita discretamente diminuída, devido a blefaroespasma, também discreto. Percebe-se que o doente sofre de leve fotofobia. Aparelho lacrimal normal.

Conjuntivas: Hiperemia conjuntival, em ambos os olhos, circunscrita aos ângulos externos e internos, e presença de discreta secreção catarral. O exame microscópico desta secreção, procedido no Laboratório "Oswaldo Cruz", da Faculdade de Medicina, foi negativo (ausência de germes). Tanto nas regiões externas e internas da conjuntiva bulbar, nota-se a presença de pterígio. Os pterígios internos, tanto do olho direito como do olho esquerdo, se apresentam mais proeminentes, por isso que repousam exatamente sobre pequena elevação rugosa, nodular, da esclerótica, adquirindo falsamente, por isso e pela hiperemia circunscrita da conjuntiva angular, acima referida, aspecto de um botão de episclerite. No entretanto, exame mais detido e minucioso, principalmente feito pelo biomicroscópio, é possível dissociar-se o processo patológico da conjuntiva (pterígio) da superfície irregular e saliente da esclerótica e precisar-se com exatidão o verdadeiro diagnóstico, que é facilitado ainda pelo contraste de coloração oferecido pela alvura da esclerótica e pelo tom amarelado, próprio dos velhos, que a conjuntiva revela em torno do pterígio. Em ambos os olhos, no ângulo interno, a conjuntiva apresenta folículos disseminados.

Membrana externa do globo: a) Esclerótica normal, apresentando, em sua superfície externa, entre o limbo e a extremidade anterior do tendão do reto interno, de ambos os olhos, irregularidades, que são descritas, pelos autores, como acidentes (sulcos e saliências) comuns nas regiões de inserção dos músculos extrínsecos oculares.

b) Cornea. A cornea, porém, não se apresenta normal em sua totalidade. Próximo ao limbo, no quadrante infero-interno, em relação com o meridiano de XI a IV horas e próximo às IV horas, observa-se, à iluminação oblíqua, um grupo de pequeninas opacidades branco-acinzentadas, disseminadas irregularmente.

Ao biomicroscópio, este grupo de lesões pôde precisamente ser evidenciado como sendo pequeninas incrustações branco-acinzentadas, que demoram em diferentes níveis do tecido da cornea. A superfície desta, em relação com as incrustações, apresenta-se recoberta pelo epitélio normal, mas a intimidade da cornea, nessa pequenina área descrita, entre o epitélio anterior e a membrana de Descemet, se acha crivada, em diferentes camadas, das incrustações aludidas.

O exame biomicroscópico não pôde, contudo, identificar a natureza dessas incrustações, permitindo afirmar somente que são pequeninos corpos estranhos af localizados mercê de traumatismo.

Não ha sinal, ao nível dessas lesões, bem como no restante da cornea, de reação inflamatória. Não ha, mesmo ao atento exame biomicroscópico, presença de vasos arteriais, que indiquem fenômenos de irritação ou de reação local.

Câmara anterior: nada de anormal foi verificado.

Oftalmotono: olho direito: 15mm.Hg. (normal); olho esquerdo: 18mm.Hg. (normal). Iris e corpo ciliar, normais. Não há sinais de perfuração que faça supôr a presença de corpo estranho endocular.

As radiografias do globo ocular e da órbita, pedidas com o fim de investigar a presença de corpo estranho endocular, invalidam também a suspeita inicial, que ocorre pela natureza do corpo estranho contundente (metal).

Cristalino: normal. Ausência de perfuração.

Humor vitreo: normal.

Oftalmoscopia: a) Retina periférica normal; b) Região macular: 1) Observam-se, no olho direito, pequenas manchas puntiformes, despigmentadas, de tonalidade amarelada, localizadas disseminadamente, na região macular (ver figuras ns. 1 e 2). 2) Papila normal. 3) Angioscopia: em ambos os olhos, os entrecruzamentos arterio-venosos são patológicos (1.º e 2.º graus). O sinal de Raehlmann-Salus-Gunn está evidente.

A motilidade extrínseca do olho direito é normal. Estrabismo externo de 3 graus desse mesmo olho. A motilidade intrínseca do olho esquerdo também é normal. No olho direito, as reações pupilares são mais demoradas e a pupila se dilata demorada e incompletamente sob a ação do midíático.

Agudeza visual: olho direito, 1/10 ligeiramente difícil e discretamente excêntrica; olho esquerdo é igual a 1 (normal).

Esquiascopia: em ambos os olhos é igual a vidro convexo de 0,50.

Corrigida a hipermetropia, a visão do olho direito é igual a 1/2 excentrica, e a do esquerdo igual a 1 nítido.

Campo visual (perimetria e campimetria): olho direito: retração concêntrica e irregular da isoptera externa e escotoma central; campo visual do olho esquerdo, normal.

Provas de simulação: as provas de investigação de simulação foram negativas.

Exame radiográfico do crânio (órbita direita): "aspecto anátomo-radiológico normal (ausência de sombra de natureza metálica). (a.) Dr. Augusto Andrade".

Exames complementares de laboratório:

Exames de sangue: Reação de Wassermann, negativa 0; uréia, 0gr.270‰; cloretos, 6grs.699‰; creatinina, 1 mgr.818‰; colesterol, 1gr.595‰. Exame comum de urina: elementos anormais: excesso de indol, traços levíssimos.

Exame da secreção conjuntival: negativo (ausência de germes).

E) — DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Foram encontradas, na intimidade do tecido da cornea do olho que sofreu o acidente de trabalho, incrustações de uma substância, de coloração branco-acinzentada que não pôde ser identificada.

Incluídas em diferentes níveis do parenquima corneano, as incrustações branco-acinzentadas já não determinam reação ou irritação local, por isso que não havia neoformação vascular invasora.

As lesões da cornea estavam, pois, consolidadas. Devemos considerar, sem que possamos, por falta de elemento decisivo, que seria extração de uma das incrustações para exame e prova, que, no histórico do acidente, o paciente informou que trabalhava numa chapa de ferro pintada com tinta a óleo de cor acinzentada.

A extração de incrustações implicava em uma intervenção cirúrgica, que não era da alçada dos médicos examinadores praticarem.

Releva notar que a tolerância da cornea, em relação aos corpos estranhos incrustados, é uma contraindicação à intervenção em obediência ao preceito médico: "primum non nocere".

Não desejamos insistir sobre o fato da coincidência, atrás referida, mas a nós cabe o dever de ressaltar a evidência da relação entre a causa e os efeitos.

Si a verdade deve, quando possível, ser evidenciada, socorrendo-nos para esse desideratum de todos os recursos e meios de exame adequados, no caso presente ela seria fácil, dependendo, porém, de determinação judicial e do consentimento do paciente.

Os médicos examinadores não se sentiram competentes, em face da Lei, para tal investigação, que poderia expor o paciente ao risco de novos sofrimentos ou complicações oculares, tanto mais quanto as lesões, embora incluída e tolerada a substância estranha, estavam consolidadas. No entretanto, o resultado do exame da córnea mostra que as lesões aí encontradas estão na dependência de traumatismo.

Foram, também, verificadas na conjuntiva bulbar de ambos os olhos síndrome hiperêmica, pterígio interno e externo, matiz amarelado da conjuntiva, em torno dos pterígios internos, e elementos macroscópicos de conjuntivite folicular.

Ausência de germes na secreção conjuntival implica na caracterização de síndrome hiperêmica em vez de conjuntivite angular.

Consideramos todas essas alterações da conjuntiva anteriores ao traumatismo, porquanto elas se observam também no olho esquerdo com o mesmo aspeto, com as mesmas características e com a mesma forma de evolução.

Os médicos, que assinam o presente laudo, encontraram, no olho direito, lesões centrais da retina, cuja interpretação etiológica, agora

que foram decorridos quasi 11 meses e dias do acidente, seria assás difícil si as pequeninas lesões maculares não se revestissem de caracteres peculiares às causas traumáticas comocionais.

Para firmar-se diagnóstico de causa, falta um elemento de prova de grande valor e decisivo, qual seja o exame oftalmoscópico, após o acidente que não é referido nos laudos médicos anteriores. Do mesmo modo, não ha nêles registo de estudo do aspeto retiniano em toda a evolução da doença.

Sem o conhecimento do aspeto do fundo ocular, no ato do acidente e após, o estudo que se fizer a respeito das causas eficientes que determinaram as pequeninas lesões centrais, maculares, da retina, é baseado em hipóteses. No entretanto, julgamos que devem ser expostas e consideradas com o fim de, si possível, chegar-se a fazer diagnóstico retrospectivo.

Há várias causas que explicam tais lesões. O traumatismo direto da região macular por agente externo metálico foi excluído, inicialmente, graças ao exame radiográfico negativo.

As causas indiretas traumáticas não puderam ser comprovadas, por isso que ha ausencia de informações médicas, que, si presentes, seriam decisivas para estabelecer-se o diagnóstico verdadeiro. Ha, contudo, alguns elementos que poderiam esclarecer a veracidade dessa etiologia.

São, em primeiro lugar, o aspeto e a séde das lesões. Estas se acompanham inicialmente de focos sororrágicos ou hemorrágicos. Dão ensejo estes, após reabsorção, à formação de pequeninas manchas despigmentadas que pôdem persistir definitivamente, como nas formas classicas de Haab, fixadas, ou inscritas, de modo indelevel, na alfombra retiniana com a feição do caso agora em estudo. E, como também, no caso presente, ha a exteriorização lacunar (escotoma central) desses processos comocionais retinianos.

Em segundo lugar, embora a encaremos reservadamente, consta a informação do acidentado de que a visão do olho direito era igual, antes do acidente, a do olho esquerdo.

Em verdade, sentimos o dever de declarar que, em toda a sucessão de provas efetuadas, tivemos o cuidado de investigar a veracidade das informações do paciente e as respostas sempre dadas coincidiam com os fatos observados, contrários à hipótese de simulação e abonadores, portanto, das declarações por ele prestadas.

Em terceiro lugar, a presença de fenomenos motores espasmodicos interessando o orbicular e o esfíncter pupillar (blefaroespasmico, que ainda perdura, e contratura espasmodica, que demora em se dilatar e o faz incompletamente), levam-nos a crêr que a projeção do corpo estranho determinou no globo ocular violenta comoção, o que explicaria as lesões retinianas (edema de Berlin, angiopatia trau-

matica da retina de Purtscher, fôrma indireta) ou as maculares típicas de Haab. As fôrmas clínicas das primeiras, estudadas nas comções diretas ou indiretas do globo ocular, desaparecem muitas vezes sem deixar vestígios, ocorrendo isto principalmente na de Berlin, na qual se observa, na maioria dos casos, a reabsorção dos processos linforragicos durante os primeiros dez dias. Ao contrario, na fôrma de Haab, a lesão é indelevel e típica do traumatismo anterior. Daí decorre tornar-se imprescindível o exame oftalmoscopico logo após ao traumatismo, para verificação exata das alterações retinianas e, si possível, para formular-se diagnostico verdadeiro.

A normalidade dos exames complementares de laboratorio tornou possível a exclusão das causas toxicas determinantes de afecções retinianas, assim tambem das de natureza vascular ligadas às formas clínicas de retinite hipertensiva, que ocorrem em ambos os olhos. No caso presente, si bem que o doente apresentasse já alterações vasculares (entrecruzamentos patológicos de 1.º e 2.º grãos), a hipótese da ocorrência de retinose hipertensiva pôde formalmente ser excluída, não somente pelo aspeto e natureza das lesões, como sobretudo pela ausencia de sintomatologia geral e renal próprios dessa enfermidade.

A sífilis é outra causa que poderia se manifestar sob o aspeto das lesões aqui estudadas. No entretanto, o que não exclue, em fôrma definitiva, a hipótese agora sugerida, o soro diagnóstico é negativo.

A evolução das lesões é que poderia com a observação continuada, orientar o diagnostico nesse sentido. Até agora a evolução das lesões depõe contrariamente à ocorrência de lues.

Em síntese, ha elementos clínicos que fazem supôr que as lesões observadas na região macular pódem ter sido determinadas pelo traumatismo inicial do globo ocular direito.

Concluindo, somos de parecer:

- 1) que o Sr. R.G.S. sofreu traumatismo direto da cornea do olho direito, com impregnação de substancias extranhas toleradas pelo parenquima corneano;
- 2) o traumatismo determinou perturbações motoras do aparelho ocular (orbicular; blefaroespasmó; esfínter pupilar: contração espasmódica) e, provavelmente, as lesões da região macular.

Em face do exposto, respondemos aos quesitos formulados da seguinte maneira:

Aos quesitos apresentados pelo Sr. Promotor Público, Dr. C. P. O.:

- 1) Sim;
- 2) Sim, quanto à cornea;
- 3) Deixamos de responder com segurança

ao quesito por isso que a tabela a que se refere o decreto n.º 86, de 14 de Março de 1935, é omissa em referencia ao caso concreto, que abre excepção, conforme pôde ser evidenciado pelo presente laudo na parte concernente a "Discussão e conclusões" deste mesmo laudo. No entretanto, os ns. 39 e 40 e os indices 6 e 8 são os que melhor interpretariam a avaliação do acidente;

- 4) Sim, entendendo o vocábulo "Deformidade" na acepção que lhe empresta Pedro A. Pinto (Dicionario de termos médicos): "Alteração adquirida de um órgão, ou de parte, em consequencia de lesões tróficas, traumáticas ou funcionais".

Resposta aos quesitos formulados pelo Sr. Dr. advogado da vítima:

- 1) Sim;
- 2) Sim.

Porto Alegre, 8 de Abril de 1940.

(as.) Dr. I. C. M. - Dr. E. A. B.

Ha um fato ocorrido neste caso que deve ser apreciado com rigôr: é o de que o acidentado estava sem proteção ocular. Pela apuração deste dado, de grande importancia na obra de prevenção dos accidentes, é que devia iniciar e, em torno dele, girar a investigação da justiça do trabalho. O inquérito que não fizesse luz a respeito de quem cabia a responsabilidade deste desleixo seria inicialmente falho e inoperante: a apuração devia esclarecer si a falta coube ao empregador, nesse caso o poder público, ou si a negligencia foi exclusivamente do empregado. Sobreleva notar que a exclusão da culpa ao acidentado implicaria, de início, que a causa estaria definida, evitando-se o arrastar de um processo exaustivo e moroso, que onera e prejudica ambas as partes. Julgamos que o perito tem o dever de investigar a existencia ou não de meios de proteção ao trabalhador, por ocasião do acidente, e do seu uso efetivo. A êle tambem deve ser atribuido o direito de registrar o fato averiguado e chamar atenção das partes quando observa a deficiencia ou a falha absoluta dos meios de prevenção do infortunio.

A omissão é uma falha grave que terá repercussão extensa, durante todo o processo, com a agravante de que uma das partes

sofre diminuição de seus direitos ao se encerrar e apreciar devidamente o alegado e o apurado pela pericia.

Quando averiguada a deficiência, ou inexistência, de proteção adequada, o processo deveria ser susgado, incorrendo na condenação a parte ou as partes que fosse ou fossem encontradas em culpa. Os meios preventivos usados com o fim de assegurar assistência e proteção ao operário devem prevalecer como base de julgamento.

No caso concreto os médicos peritos registaram a ausência de aparelhamento de proteção. A demanda foi até o fim, não havendo, ao que nos consta, sido tomada em consideração a inexistência dos meios de profilaxia dos acidentes. Não foram estes usados, conforme se depreende da declaração do acidentado, pelo simples fato de que nunca existiram. Não seria mais razoável e justo que a parte demandada reconhecesse, desde logo, a sua incapacidade ou incompetência e sustasse o processo, satisfazendo a parte prejudicada, esclarecida e avaliada exata e precisamente a perda, ou lesão, havida?

Assim considerada a questão, poupar-se-ia uma série de diligências desnecessárias e evitar-se-ia que a delonga refletisse desfavoravelmente sobre a própria justiça do trabalho.

Na nossa observação, o testemunho do médico é inicialmente decisiva, mostrando, por outro lado, no interesse da própria justiça, que a sua função não é só a de socorrer o acidentado, sem mais nada registrar que possa servir de elementos à elucidação da questão. Bem sabemos que é assunto que serve à controvérsia, sendo que Ricchi textualmente recomenda que "excluída ainda toda responsabilidade por parte do acidentado, o médico, chamado a socorrer um operário ferido no trabalho, não tem obrigação de indagar e nem registrar no certificado se o indivíduo havia ou não observado a disposição preventiva que teria podido protegê-lo do trauma". Caberia então, nesse caso, ser debatida a questão entre o patrão ou empregador e o instituto de seguro.

Contudo o testemunho do médico é, muitas vezes, decisivo, porquanto, em circunstâncias inúmeras, é ele exclusivamente

que está em condições, pelos seus conhecimentos e pela observação obrigada, de notar ou surpreender a falta ou verificar a negligência. O depoimento seu é precioso no interesse da justiça.

Por isto, julgamos não se poder prescindir do registro das condições do trabalhador e do local onde exerce o seu mister. O médico está muitas vezes em condições de verificar si o acidente não se reveste de dolo, si não foi provocado intencionalmente, si não houve prévia deliberação de cerca-lo de circunstâncias que dessem a entender que o traumatismo fôra acidental e imprevisível.

As modalidades de acidente em trabalho são tão variadas e as causas de infortúnio momentâneas que haveria sempre interesse do exame das declarações ou dos registros feitos, seja por quem fôr. Em relação ao médico, o seu depoimento imparcial e extremo de interesse pôde dar sempre um esclarecimento decisivo.

No caso que estamos analisando, o caráter instantâneo e violento se torna evidente pelo estrôdo das lesões da cornea e da mácula, determinadas por uma única causa. Inicialmente, em face dessas lesões, estaria afastada a hipótese do concurso de outras causas postas, com o fim ou de simular o acidente ou de tornar mais graves as suas consequências, visando maior indenização.

As lesões da cornea, com inclusão de pequeninos corpos estranhos disseminados em uma área limitada, em planos diferentes, já por si mesmo indicam a violência do acidente ocorrido no instante, que foi testemunhado pelos companheiros de trabalho, mesmo em que submetia a viga de ferro pintado à ação do fogo. E as alterações maculares, excluídas que foram todas as outras causas capazes de produzir lesões análogas, eram de natureza a serem imputadas como patogônicas do infortúnio havido. Permitem elas não só caracterizar a violência e a instantaneidade do traumatismo, mas também de revelar, em qualquer época que as apreciemos, pelas modificações havidas nos quadros oftalmoscópicos e na coloração dos elementos patológicos, o seu gráo de antiguidade.

Capitulamos as pequeninas lesões branco-amareladas disseminadas dentro da área

macular com a designação de angiopatia traumática indireta, que compreende as lesões que se formam, mercê de traumatismo bulbar. As alterações maculares se constituem em consequência, não de agressão direta da membrana nervosa, mas por força da comoção ocular que teve origem em ponto distante e, às vezes, oposto da região macular.

São alterações maculares postraumáticas pequenas, de cor amarelada, de contornos que se confundem, sem limite preciso, com o tecido visinho da mácula. Essas lesões insignificantes, às vezes, como observamos, só podem ser averiguadas com exame detido, após dilatação da pupila. São tão discretas, como se podem verificar nas fotoretinografias anexas, que tivemos necessidade de comparar com o olho são.

O quadro oftalmoscópico dessas pequenas lesões foi claramente descrito por Haab, que chamou atenção, sob o ponto de vista médico-legal, para a alteração macular sobrevivida, após traumatismos diretos sobre o globo ocular, "quasi imperceptível, mas que produz graves e incuráveis perturbações visuais, e que, no fóro, assim como para as indenizações, é a miude da maior importância".

Verificamos, também, a ausência de reflexos da região macular, que se apresentava baça. Mais tarde, a região macular pôde mostrar alterações pigmentares, que tornam o prognóstico visual mais grave quanto mais precoce é o seu aparecimento. As alterações maculares podem determinar modificações do campo visual, escotoma central, como vimos no nosso caso. Nos traumatismos mais severos, pôde-se observar, nos primeiros instantes após o acidente, turvação intensa da região macular semelhante ao edema comocional de Berlin e que, como este, é reabsorvido até aos dez primeiros dias. Em geral, nesses últimos casos, lesões mais extensas podem deixar para sempre assinalado o traumatismo.

As lesões maculares discretas postraumáticas tornam-se mais evidentes, segundo Haab, depois de algumas semanas. No nosso caso, quando o examinamos pela primeira vez, quasi um ano decorrido o aci-

dente, as lesões se evidenciavam com os seus característicos próprios.

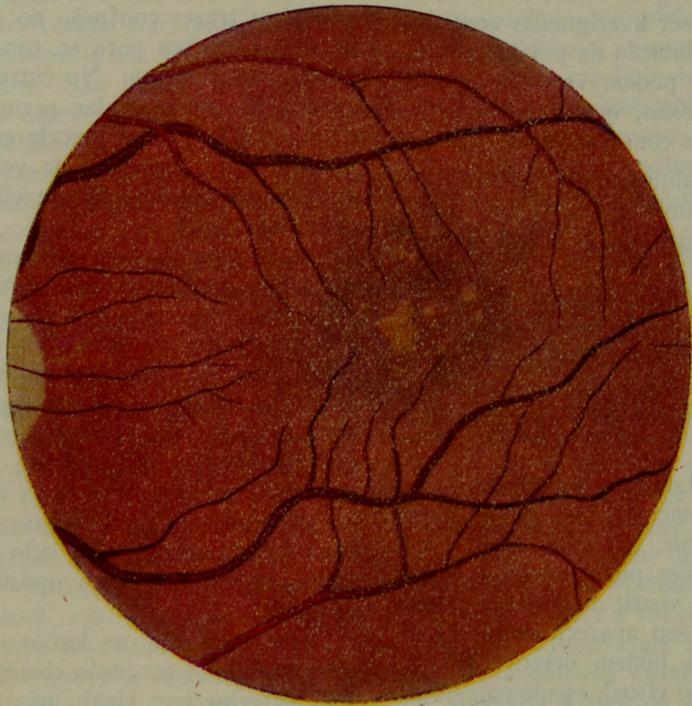
Haab friza que nunca se deve declarar-se como simulador ao doente que, depois de um traumatismo direto do globo, queixa-se de perturbações visuais, sem que se tenha examinado o fundo detidamente.

As lesões, situando-se na região macular de forma disseminada, se aproximam das alterações maculares observadas na arterio-esclerose. No nosso caso, o doente possuía alterações vasculares retinianas próprias da angioesclerose incipiente, como ficou assinalado no exame angioscópico, que poderiam trazer confusão ao se apreciarem os dados clínicos para se formular o diagnóstico retrospectivo. No entretanto, o confronto do fundo ocular permitiu, pela exclusão das alterações maculares, no olho esquerdo, que a natureza da verdadeira etiologia, a traumática, ficasse claramente evidenciada.

Lagrange também descreveu lesões semelhantes nos ferimentos de guerra por projectis que interessavam o globo ocular através de abalos ou comoções do arcabouço osseo orbitario. São bem conhecidas as seis leis de Lagrange, que abrangiam todas as formas de lesões e comoções oculares, sendo que entre estas havia as que se produziam por traumatismo direto e as que ocorriam, em consequência de abalo ou comoção, quasi sempre determinadas no lado oposto às diretas, isto é, no ponto oposto à lesão de contato.

Julgamos que as lesões maculares determinadas por contusão chamada direta, do tipo descrito por Haab, não poderiam ser classificadas como lesões comocionais, tipo Berlin, e nem como angiopatia traumática de Purtscher direta. Esta sobrevém em consequência de traumatismos cranianos com compressão do torax e da coluna vertebral. As lesões retinianas sobrevêm à estase sanguínea, observando-se então os focos de sororragia característicos.

Nas formas de contusão de Haab, as lesões não são produzidas verdadeiramente pelo traumatismo direto sobre a região macular; ao contrário, elas surgem em virtude de uma comoção consecutiva a mecanismo de contra-golpe. O abalo não foi suficiente



Angiopatia traumática

para ocasionar lesões extensas da retina e dos vasos, mas foi, contudo, bastante para determinar, em uma região facilmente vulnerável aos traumatismos, como é a região macular, lesões anatomicamente definitivas. Si direto é o traumatismo sobre o globo ocular, as lesões, no entretanto, são ocasionadas indiretamente pelo mecanismo do abalo ou da comoção à distância. Daí justificar-se que a este tipo de lesões traumáticas, deve caber a denominação de angiopatia traumática indireta. Angiopatia e traumática, porquanto as lesões maculares são devidas não só ao traumatismo como às alterações tróficas que sobrevêm em consequência de distúrbio local de circulação. As próprias modificações sofridas pelas pequeninas manchas da mácula, que se processam lentamente, bem como o aparecimento tardio destas, verificadas em alguns casos, como na observação de Addario La Ferla e Scimeni, citada por Ricchi, na qual as lesões somente apareceram quatro anos após o traumatismo, depõem em favor de um distúrbio circulatório na gênese dessas alterações.

O antecedente do traumatismo direto do globo ocular, a presença das lesões maculares típicas, a abolição dos reflexos maculares, as alterações campimétricas, escotoma central, e a diminuição da agudeza visual são elementos importantíssimos capazes de por si sós configurar o caso dentro das lesões imputáveis a causas traumáticas e definir a questão. São elementos preciosíssimos de prova, sobretudo as lesões características de Haab, que servem, na maior parte dos casos, para se firmar o diagnóstico retrospectivo.

Não se deve nunca, deixar de excluir a presença de corpos estranhos endoculares, que também podem trazer alterações maculares análogas. Em geral, o diagnóstico pode ser feito, desde o início, pelas alterações que os corpos estranhos endoculares ocasionam ou pelas lesões particulares que, em sua passagem, determinam não só nas membranas oculares como também nos meios refringentes. O corpo vítreo, sensível à presença de corpos estranhos, se turva, o que não acontece nas lesões tipo Haab. A única dificuldade, raríssima de encontrar-se, reside na eventualidade do corpo estranho ficar incorporado, encravado, às membranas ocu-

lares, oculto, por consequência, aos meios de investigação semiológicos. Mesmo assim, só deixarão de serem evidenciados si forem corpos estranhos não metálicos. Estes corpos estranhos incluídos nas paredes podem produzir alterações maculares semelhantes às outras de Haab.

Ao quesito segundo, em relação à lesão da cornea, a resposta foi de que ela se achava consolidada, isto é, de que a lesão não apresentava mais nenhum sinal, por mínimo que fosse, revelador de atividade reacional tecidual. O processo se achava extinto, no sentido de que as incrustações observadas na intimidade do tecido corneano não determinavam mais neoformação vascular.

Quando fazemos o estudo da antiguidade das opacidades da cornea, somos muitas vezes surpreendido pelas dificuldades que se oferecem à distinção das formas agudas das crônicas. Um dos sintomas de grande valor, que é a neoformação ou injeção vascular, pode nada significar, porquanto pode persistir em uma opacidade antiga. De fato, a ausência de reação vascular em uma mancha da cornea pressupõe que esta seja antiga, mas também podemos observar em antigos leucomas a permanência de um vaso neoformado, que perdura, às vezes, anos e anos. Do mesmo modo, em opacidades antigas, pode sobrevir processo recente, esfoliação, acarretando, por sua vez, reação mais ou menos intensa. Nesses casos, a infiltração da cornea, branco-acinzentada, que vemos nos processos recentes ou agudos, só servirá, para dificultar o exame. Nas infiltrações profundas ou nas encrustações sub-epiteliais, ha sinais, como a integridade do epitélio, a nitidez do contorno das opacidades, a transparência do tecido visinho, a ausência de reação vascular, verificados também no nosso caso, que permitem fazer-se exato esclarecimento.

Ainda quando, no momento, não se tenham dados para elucidação diagnóstica segura, deve-se recorrer à observação continuada do caso e quando esta não é exequível, e que subsistam dúvidas, a unanimidade dos autores recomenda que o laudo médico se incline a favor do acidentado, obedecen-

do ao velho preceito de prudência e de sabedoria antiga: *In dubio pro reo*.

Na cornea, o traumatismo pôde ocasionar diminuição da agudeza visual e tanto mais acentuada quanto mais central fôr a lesão. E' intuitivo. Expressamo-nos desta maneira propositadamente, porquanto ha lesões periféricas que tambem pôdem trazer perturbações visuais; quando, bem se vê, determinem modificações na curvatura da cornea, acarretando, destarte, defeitos astigmáticos. São os leucomas espessos e extensos ou as infiltrações profundas que são capazes de alterar a refração corneana. No nosso caso, a diminuição da agudeza visual não estava na dependencia da lesão corneana, como os exames posteriores de refração e do fundo nos mostraram. Não se tratava de simulação, que foi o que pensáramos no inicio do exame ante a integridade da porção óptica da cornea, nem de espasmo de acomodação, pois não havia sinal desta perturbação e em ambos os olhos era igual o valor dioptrico. As provas de simulação efetuadas, em face desse primeiro exame, nos revelaram que o acidentado não estava falseando a verdade. Tiveram elas comprovação imediata quando provocamos a miíriase, eliminamos o disturbio espasmódico da acomodação e verificamos, com dificuldade, as lesões da região macular de natureza traumática. A suposição inicial de se tratar de simulação tinha fundamento, por isto que os pareceres anteriores não se referiam às alterações disseminadas discretamente na região macular. O achado macular, desde logo, afastou a hipótese de simulação e deu a verdadeira rubrica ao processo retiniano, que era de origem traumática.

No caso em apreço ha uma interpretação do parecer anterior que aos meios semióticos comuns não padecia dúvida de que se tratasse, como era afirmado, de um ponto de reação episclerítico. É um dos pontos mais ilustrativos da observação, servindo de lição àqueles que não se beneficiam do emprego do biomicroscópio para a elucidação dos casos equívocos ou para tirar a prova da informação dos outros recursos de investigação propedéutica. Sómente o uso do biomicroscopio deu margem ao esclarecimento devido.

Concorreram para que fosse possível tornada erronea a interpretação, em interessante coincidência, a presença de um estado de hiperemia conjuntival angular, a presença de uma proeminencia arredondada normal da esclerótica na proximidade da inserção esclerótica do tendão do reto interno e a formação de um pterigio com o aspeto, a coloração e o brilho das degenerações hialinas. Confessamos que incidiríamos no mesmo erro sinão contássemos com recursos semióticos mais amplos, pois era impossível pelos meios comuns fazer a distinção, permitida posteriormente. Mesmo após o estudo demorado da região, dissociados os fatores anatómicos do equívoco, a observação isolada concorria ainda para justificar o primitivo diagnóstico. A comparação procedida da região com um e outro método de investigação dava-nos claramente os elementos de diferenciação.

Não se podia confundir o quadro revelado ao exame biomicroscópio com o pterigoide, que poderia ser invocado, levando-se em consideração a localização na cornea da lesão traumática e a possível natureza cicatricial, característica essencial de formação pterigoide. Não havia perda de substancia da cornea, que é um dos fatores principais na constituição do pterigoide, do mesmo modo que se não percebia infiltração da cornea propria dessa formação reacional da conjuntiva.

Ha interesse médico-legal na diferenciação dos dois processos (pterigio-pterigoide e episclerite), por que si aqueles podem ocasionar perturbações visuais imediatas, diretamente ligadas à sua extensão ao campo óptico da cornea, ou indiretamente, pela deformação da curvatura corneana, a episclerite, no caso de propagação mais profunda, poderá ulteriormente trazer dano muito maior pelos distúrbios tróficos possíveis de se verificar.

Si a indenisação é equivalente, em geral, nos dois infortúnios, significará no entretanto, na última hipótese, avaliação maior do prejuizo.

A avaliação da indenisação não poderá ser a mesma, contemporanea ao acidente, mas deverá corresponder, atendendo às com-

plicações posteriores possíveis, as consequências havidas do traumatismo.

Resta-nos ainda tratar de dois sintomas — blefaroespasmos e fotofobia — que, no primeiro instante, antes de se ter evidenciado a natureza traumática das pequeninas lesões maculares, nos inclinaram a pensar que havia simulação. Posteriormente, podemos nos certificar de que se tratava era justamente de exageração, procurando o doente dar impressão de um sofrimento que realmente não existia mais. Sintomas reflexos, no caso, de irritação periférica, êles de fato existiram no início das perturbações ocasionadas pelo traumatismo, quando são percebidos, via de regra, em ambos os olhos. A unilateralidade faz pensar em simulação. Em geral, cedem ou desaparecem por completo ao curar-se o acidentado. Não comporta aqui o estudo dos meios empregados para desmascarar o simulador; mas êste, é evidente, não pôde manter atitude simuladora por muito tempo, de modo que, frequentemente, o sintoma se revela mais atenuado, sem que haja necessidade de emprego de recursos médicos adequados. Às vezes, contudo, o blefaroespasmos pôde persistir por muito tempo, que é o que aconteceu no caso, sem a intensidade, porém, que o acidentado queria emprestar. Do mesmo modo, na fotofobia pôde ser evidenciada a simulação, que, em geral, ocorre sem epífora ou lacrimação; ao contrário, na verdadeira fotofobia, a epífora é um sintoma sempre associado.

Ao lado do blefaroespasmos, observamos modificações pupilares, que filiamos também a fenomenos motores espasmódicos interessando o constritor pupilar. O exame biomicroscópico não revelou alterações es-

truturais da íris e da borda pupilar que pudessem explicar o disturbio observado. Este, de fôrma alguma, poderia ser simulado.

Bem sabemos da dificuldade de serem evidenciadas lesões mínimas da borda pupilar e, da mesma maneira, é difícil dizer-se si as perturbações pupilares pôdem ser incriminadas à sífilis nervosa, à tabes incipiente, etc.

São hipóteses que sempre devemos ter em mente, embora conhecendo as dificuldades de excluí-las, tanto mais quanto o simulador se rodeia de todos os meios e processos para alcançar o seu objetivo.

No campo visual, a par do escotoma central, havia contração acentuada e irregular da isóptera externa. No caso, como em geral, acontece, o estudo do campo visual periférico é desnecessario pela impossibilidade de nos certificarmos da exatidão das respostas. O registo do campo visual, no entretanto, tem grande valor, para exclusão da simulação, sómente quando se apresenta com seus limites normais.

Caso simples na apparencia e de facil solução, êle tornou-se complexo pela sintomatologia discreta de que se revestiu. Mesmo encarando a sua complexidade, a natureza e as características especiais das lesões da cornea e da mácula foram razões suficientes para configura-lo, dentre os infortúnios ou acidentes de trabalho, como um processo decorrente de traumatismo, que determinou incapacidade ocular parcial e permanente.

O exame oftalmocópico proporcionou dados suficientes para que se pudesse reparar grave erro de interpretação, que incidiria em prejuizo do acidentado.