

GAZETA MEDICA DA BAHIA.

ANNO VI.

BAHIA 31 DE JANEIRO DE 1873.

N.º 132.

SUMMARIO

CIRURGIA. Estudo sobre as affecções glaucomatosas pelo Dr. José Lourenço de Magalhães. **MEDICINA.** Da existencia e tratamento da febre pelo Dr. Lender. Acção do carare sobre a economia animal por C. Bernard. **REVISTA SCIENTIFICA.** O café: os alimentos anti-debilitantes, etc. **VARIEDADE.** Estudo medico

sobre a dynastia dos Valois. **CHRONICA.** A mortalidade no Rio de Janeiro e a febre amarella. Transfução do sangue. Contra os depositos fibrinosos no coração. Terebentina na peritonite aguda. Ammoniac no delirium tremens. Carvão animal como antidoto do phosphoro.

CIRURGIA

ESTUDO SOBRE AS AFFECÇÕES GLAUCOMATOSAS

Pelo Dr. José Lourenço de Magalhães

(Continuação)

Entre as formas aguda e chronica do glaucoma temos encontrado na pratica uma forma perfeitamente discriminada, que não pode ser confundida com aquellas, porque não apresenta quanto á intensidade os symptomas tão caracteristicos da primeira forma, nem os essencialmente chronicos da segunda.

Queremos fallar do glaucoma *sub-agudo*

Se o que distingue as formas de uma molestia, são as sensiveis gradações da sua intensidade; regulando a expressão symptomatica e a marcha da mesma molestia, não podemos deixar de abrir espaço e descrever aqui o glaucoma sub-agudo, cuja evolução é igualmente caracteristica

O glaucoma sub-agudo annuncia-se por uma dôr moderada, toleravel, occupando o olho ou a região superorbitaria correspondente. Os vasos pericorneanos (injecção perikeratica) injectão-se, o que aliás é frequente em grande numero de affecções intra-oculares. A pupilla torna-se um pouco lenta em seus movimentos de esphincter, tendendo para dilatação. O campo pupillar conserva se limpo: a cornea e o iris nenhuma alteração apresenta. O doente accusa, alem da dôr, alguma diminuição e turvação da vista.

Este conjuncto de symptomas encontrando-se em uma pessoa maior de 40 annos, é para desafiar suspeitas quanto á verdadeira natureza de semelhante mal.

É raro que a visão peripherica soffra constrangimento neste primeiro accesso. No entretanto uma exploração cuidadosa da tensão ocular não deixará duvida quanto ao seo estado anormal.

A dôr, a diminuição quantitativa do poder visual, e o augmento absoluto, embora pouco consideravel da dureza do olho, formão neste caso a trindade symptomatologica do glaucoma sub-agudo.

Nesta invasão do glaucoma os signaes ophthalmoscopicos são sem valor algum.

Este primeiro accesso é ordinariamente de curta duração; 3, 4 ou 5 dias.

Passados alguns dias de notavel melhora ou de restabelecimento completo, novo accesso sobrevem. Repetem-se os mesmos symptomas; a diminuição da vista é mais consideravel, e a dureza do olho mais sensivel.

Com este segundo accesso é possivel que o corpo vitreo comece a turvar-se. O ophthalmoscopio descobrirá uma nuvem por igual, profundamente situada, como que occultando a parede intra-posterior do olho.

Estes symptomas e esta mancha são pathognomonicos do glaucoma sub-agudo.

Depois de maior numero de dias de duração, do que no primeiro accesso, observa-se nova remissão, e mais tarde outro accesso. É a mesma marcha do glaucoma agudo com menor agudeza. A final o doente perde completamente a vista, o globo ocular attinge elevado grão de dureza, e a opacidade do corpo vitreo avançando de detraz para diante, acaba de comprehender ao cabo de certo tempo, de alguns mezes, o cristallino. A pupilla dilata-se e conserva-se immovel.

Se nos apresentarem depois de algum tempo de soffrimento, isto é depois de determinadas todas as desordens secundarias, dous doentes glaucomatosos, poderemos pelos exames das mesmas desordens distinguir o caso de glaucoma agudo do sub-agudo?

Sim. No glaucoma sub-agudo, por mais adiantado que seja o periodo em que encontrarmos o doente, a dureza do olho não chega ao ultimo grão, como acontece no agudo. No sub-a-

gudo a cornea não apresenta a menor alteração, o iris nunca muda de côr, a pupilla não se dilata enormemente, o cristallino pode deixar de embaciarse, ou somente muito tarde, depois de mezes ou annos, perderá sua transparencia; a sclerotica nunca apresenta staphylo-mas: o que tudo serve para indicar que no glaucoma sub-agudo a secreção intra-ocular, qual-quer que seja sua causa, não é tão abundante, como acontece no glaucoma agudo.

A forma sub-aguda pode ser primitiva ou consecutiva. No 1.º caso os symptomas dula-vam-se desse o principio com a certa alterna-ção, e a molestia segue sua marcha fatal, mas com algum vagar. No 2.º, depois de accesso francamente agudo, a molestia parece abran-dar, seguir dahi em diante uma marcha menos rapida.

Depois que os doentes têm perdido um olho atacado de glaucoma agudo, quasi sempre o segundo olho, conforme o que temos observa-do, vem á soffrer mais tarde de glaucoma agu-do, depois de um intervallo que varia entre 4 e 7 annos. É raro que o segundo olho soffra igual-mente de glaucoma agudo; pelo menos é o que temos verificado nos nossos doentes.

O seguinte caso, occorrido recentemente em nossa clinica, nos offereceu um exemplo de glaucoma sub-agudo, revestido das circumstancias, de que acabamos de fallar.

O Sr. P. de 39 as. de idade (*) empregado publico, com predominancia nervosa, soffre regularmente de hemicrania, que occupa sem preferencia ora o lado direito, ora o esquerdo da cabeça. Ha 7 annos foi acommettido de uma affecção tão grave do olho direito, que, apesar dos esforços medicos, em 8 dias determinou para sempre a perda da vista do mesmo olho. O olho esquerdo continuou a funcionar regu-larmente, e com elle poudo o doente entregar-se sem interrupção a esforços de escripturação e leitura, exigido por seu emprego: foi um dos encarregados do presente recenseamento nesta capital. Ha 35 dias foi este doente surpreendido por uma dôr branda no olho esquerdo, acom-panhada de injeção da conjunctiva ocular, e de fraca perturbação de vista. Ao cabo de 3 dias estes symptomas desappareceram comple-tamente, depois de um purgante de citrato de magnesia, permittindo ao doente que no 4.º

(*) Entre as curiosas circumstancias, que accom-pnhavam este facto, figura a da idade do doente. Foi um dos mais instructivos doentes, que aqui temos en-contrado, e por isso esperamos que sua historia fará parte de uma communicação que em breve dirigire-mos á Academia de Medecina de Paris.

dia voltasse á sua repartição. Passados 8 dias, os mesmos symptomas voltaram; o doente reco-lheu-se á casa, tomou dous purgantes, e desta vez somente depois de 8 dias é que cederam os mesmos symptomas. O doente tornou a repar-tição, mas notava que desta vez a vista não adquirira sua integridade. Podia trabalhar, mas com esforço. Quando o doente teimava em trabalhar, o olho esquerdo injectava-se, e a vista turvava se um pouco mais. Este estado não deixou de preoccupar o espirito do doente, não obstante a benignidade da sua molestia, tahi por deante tudo foram incerteza e irreg-ularidade; dias melhor, dias peor: ora o olho parecia nada soffrer, ora a injeção demorava um pouco mais, e a vista não era tão clara e firme como dantes. Um dia o doente accusou dôr mais forte do mesmo olho que amanhecera injectado; a vista turvava-se mais do que até então. Neste estado fomos convidados para examinar o doente. Eis-aqui o resultado do nosso exame.

O. D. Cornea embaciada, pupilla enorme-mente dilatada, cristalino opaco, e injeção passiva dos vasos ciliares, que eram tortuosos. Dureza extrema do globo ocular. Impossibilida-de de exaninar por meio do ophthalmoscopio o interior do olho, cujos meios achavam-se opa-cos. Diagnostico: glaucoma absoluto. Este olho de tempos em tempos era a sede de dores ne-ralgicas.

O. E. Cornea perfeita, pupilla um pouco di-latada e preguiçosa, campo pupillar limpo, in-jeção perikeratica, um pouco de photophobia e lagrimejamento. Dureza do olho sensivelmen-te augmentada (T. 2.º de Boman), e diminu-ição quantitativa do poder visual; o doente lia com difficuldade o n.º 50 da eschala de Giraud Teulon. Procedendo ao exame ophthalmosco-pico não podemos observar a pupilla do nervo optico; uma sombra profundamente situada nos impedia de fazer este exame. Esta sombra não estendia-se ás regiões equatoriaes do olho, onde podemos lobrigar o colorido da sclerotica. Para completarmos esta descripção acrescena-taremos que a visão periferica achava-se mui-to pouco estreitada. (*)

(*) Neste caso nota-se que é consideravel a des-proporção entre a visão peripherica ou retiniana e a central. Se no glaucoma de marcha menos impetuosa (sub-agudo e chronico) estudamos mais de perto a opacidade do corpo vitreo, reconhecemos que no principio ella occupa o pólo posterior, dirigindo-se progressivamente para as regiões equatoriaes da retina; ora ás camadas opacas do corpo vitreo corres-pondendo á parte desta membrana encarregada da

Dignostico: glaucoma sub-agudo; 3.º accesso.

Tendo o doente accitado a nossa indicação de lhe praticarmos a iridectomia, foi elle operado no dia seguinte. No 5.º dia procedemos á novo exame com o ophthalmoscopio, que nos permittio observar uma pupilla physiologica, sem escavação anormal. A opacidade do corpo vitreo cedera rãpidamente. Depois da operação a dôr desapareceu por uma vez, e o doente em poucos dias achou-se completamente restabelecido.

Sem a menor contestação não é esta a marcha dos accidentes proprios do glaucoma agudo, nem tão pouco do chronico, como passamos a mostrar.

A forma chronica do glaucoma é muito mais lenta e insidiosa. No decurso da molestia não se apresenta um symptoma, a não ser a diminuição progressiva da vista, que prenda a attenção do doente e o obrigue á cuidado immediato. Basta dizer que ha casos, em que os doentes dão pela existencia do mal depois que casualmente descobrem a perda da vista.

A apresentação symptomatica d'esta forma de ordinario é a seguinte. O doente accusa algum enfraquecimento da vista com alternativas, bem como a presença de circulos iriados em volta de uma chamma, e nuvem delgada diante de um dos olhos. São os symptomas premonitores do glaucoma. Estes symptomas ao principio não são constantes; desaparecem e voltão com intervallos ás vezes de semanas. Depois estes intervallos encurtã-se, e o doente vê-se mais perseguido pelas mesmas perturbações da vista. Mais tarde elle nota que os symptomas não desaparecem; ora mais; ora menos; mas perdurando sempre. Aparece sobre o olho uma dôr sorrateira, intermittente, e sem iridiações. O olho injecta-se, isto é, os vasos subconjunctiva sobresaem e tornão-se flexuosos. A pupilla move-se menos livremente. É raro que acornea e o iris apresentem a menor alteração, pelo menos nos primeiros tempos da molestia. O globo ocular augmenta proporcionalmente. Com a tensão, e com a diminuição progressiva da visão central coincide a estreiteza do campo peripherico,

Depois de declarada a molestia não ha mais

visão central, parece que dahi resulta a desproporcionada diminuição desta visão. Será isto exacto?

Esta opacidade (alem da compressão que a retina soffre) será sufficiente para explicar o enfraquecimento tão consideravel da visão central?

Parecendo plausivel, esta explicação não nos satisfaz. Em outro lugar esperamos tratar desenvoldidamente deste assumpto-

accessos; o doente accusa o mesmo soffrimento, marchando para peor.

Depois de alguns meses de duração a papilla do nervo optico escava se pouco á pouco. Em periodo bastante adiantado ella apresenta o typo, que já descrevemos, da papilla glaucomatosa. N'este estado a injectão é a mesma, a pupilla dilata-se um pouco mais, immobilisa-se. A diminuição da visão central é progressiva, até que a final esta perde-se de todo.

Na forma chronica é raro que o corpo vitreo apresente-se turvo. Temos tido occasiões de observar alguma opacidade d'este corpo depois que a molestia data de annos. A cornea e o iris quasi nunca apresentam alterações.

D'esta forma de glaucoma temos encontrado aqui bastantes doentes, quasi sempre em periodo irreparavel. Ha pouco fomos consultado por um individuo que nunca se inquietara disse-o elle, com uma tal ou qual vermelhidão do olho direito. Um dia foi elle a caça, e grande foi sua surpresa quando verificou no acto de dirigir a pontaria, que estava cego do mesmo olho. Este doente apresentava o quadro fiel do glaucoma chronico em periodo irreparavel.

Em outra occasião fomos aqui consultado por uma senhõra, de 65 annos de idade, que accusava um singular soffrimento (disse-nos um collega, que era seu parente). O olho esquerdo d'esta doente quasi todo mez era a sede de uma pequena dôr, acompanhada de injectão moderada e de algum enfraquecimento da vista. Este estado durava alguns dias, no fim dos quaes os mesmos symptomas desaparecião. No seguinte mez acontecia-lhe o mesmo, e d'este modo tinhão decorrido alguns mezes. Ultimamente notava a doente que a injectão não cedia, e a vista continuava enfraquecida.

Passando a examinar a doente, verificamos que a pupilla conservava-se immovel e um pouco dilatada. A camara anterior ja não existia. A tensão ocular estava sensivelmente augmentada. O ophthalmoscopio revelou-nos flexuosidades dos vasos retinianos ao nivel do bordo papillar: a pupilla achava-se descorada, e nella notamos começo de escavação.

Não havia duvida alguma; tratava-se de um glaucoma de marcha chronica.

Exprimimos francamente nossa opinião, e de harmonia com ella propozemos a ireductomia. (*) A doente mostrou-se convencida de

(*) Uma operação, quando não ha muita dôr, muito soffrimento, quasi perda da vista, etc. isso é de mais!

Para certos doentes não ha maior infelicidade do

nossas palavras, e, como é de costume nestes casos, tratou de adiar a operação. Decorreram mezes, e nada mais ouvimos dizer relativamente a este doente.

O caso em nosso entender era tão serio, que sempre nos pareceu que fossemos mais d'ia menos dia convidado para intervir nelle. Mas qual! A theoria da contemporisação estava em seu pleno vigor.

De volta de uma digressão que fizemos em fim de 1870 pela provincia das Alagoas, fomos convidado, ao chegarmos aqui para visitar a doente de que nos occupamos. Ella nos referio que desde nossa primeira entrevista continuou a soffrer com a mesma regularidade, não lhe parecendo que piorasse: chegou mesmo a felicitar-se por não ter accedido o nosso conselho de se deixar operar, attendendo a que a sua molestia estacionava. Permanecia neste estado, quando foi acommettida de uma hepatitis, que posera em risco sua vida. Achando-se em convalescença desta ultima molestia, notou um dia a doente que os objectos se lhe apresentavam cobertos por uma réde. Ali mesmo communicou ella a uma pessoa que aquella perturbação da vista era indicio de accesso, mas que nunca tivera diante de seus olhos (isto é do olho doente) uma réde com malhas tão estreitas como naquelle dia, o que lhe fazia desconfiar que este accesso seria mais forte do que os outros. A noite esta senhora foi acommettida de uma dôr subita terrivel, inexoravel sobre o olho.

Abatida como se achava, a doente julgou não poder resistir a semelhante dôr, que não lhe deixou repousar um só instante durante a noite. Na manhã seguinte a doente estava completamente cega daquelle olho. Esta dôr continuou por 3 dias, vindo depois a ceder: a vista é que não voltou mais.

O exame, a que procedemos, confirmou plenamente o nosso juizo. O olho da doente apresentava os accidentes proprios de um glaucoma agudo no ultimo periodo. A cornea estava embaciada, a pupilla enormemente dilatada, o cristallino opaco, os vasos sub-conjunctivaeas estavam congestos e flexuosos, indicando que a circulação ciliar fazia-se mal, e o olho parecia convertido numa bola de marfim.

Neste caso o glaucoma chronico convertera-se em agudo.

que não serem suas molestias, quando são graves, acompanhadas de symptomas apparatusos. Não é a voz do medico que convence estes doentes; é a formal intimação da molestia.

A este respeito temos presenciado cousas incriveis.

Manifestamos á doente o nosso pesar por não lhe podermos ser util, e lhe prevenimos que tivesse o maior cuidado com o outro olho, que cedo ou tarde viria a soffrer (*).

Por muito tempo o glaucoma simples foi considerado como uma variedade da amaurose; sua marcha lenta e isenta de qualquer manifestação inflammatoria authorisava semelhante classificação. Graefe denominou-o *amaurose com escavação* do nervo optico; foi o primeiro que descobriu *nestas amauroses* a escavação glaucomotosa. Depois deste celebre ophthalmologista seguiu-se o Sr. Donders, que demonstrou que esta amaurose pertencia ao grupo das affecções glaucomatosas, das quaes era uma variedade, passando a denominar-a *glaucoma simples ou não inflammatorio*.

Esta opinião é geralmente acceita hoje.

Nos primeiros tempos torna-se difficilimo o diagnostico do glaucoma simples.

O doente nota que sua vista cança, diminue, o que elle attribue ao progresso da idade. Como este enfraquecimento da vista é muito lento, e mesmo não é seguido, o doente não suspeita da existencia de uma molestia, a mais insidiosa certamente. O exterior do olho nada revela. A cornea, o iris, os movimentos pupilares, a injeccão dos vasos ciliares, a perfeita transparencia dos meios, permanece tudo no estado normal.

Depois de longa existencia, algumas vezes depois de annos, é que se apresentam os dois symptomas pathognomonicos do glaucoma, dureza do olho, e escavação papillar, coincidindo com grave comprometimento das visões central e peripherica. É molestia para ser diagnosticada em período adiantado, tanta é a carencia de symptomas á principio.

A dureza do olho nem sempre é constante; no mesmo dia pode variar, e para surpreendê-la aconselham os ophthalmologistas que a explorem por vezes no mesmo dia. Ha casos em que o campo peripherico estreita-se desigualmente; mais frequentemente do lado inferior-interno ou superior-interno.

Num periodo muito adiantado a pupilla torna-se indolente e alarga-se. Com esta marcha lenta o campo retiniano reduz-se cada vez mais,

(*) Nestes casos costumam os doentes pedir ao medico que lhes indiquem um symptoma que lhes sirva de aviso, caso o olho não venha a soffrer. Costumamos indicar a formação de um circulo iriado em redor da chamma: é o symptoma precursor que mais facilmente pode ferir a attenção do doente.

a visão central enfraquece progressivamente, e afinal o doente fica cego. (*)

Pode acontecer que o glaucoma simples venha a assumir o caracter chronico com seus symptomas inflammatorios.

Graefe era de opinião que, suspeitando-se de glaucoma simples, se examinasse o doente de preferencia pela manhã, depois do somno, porque a esta hora o engorgitamento, nesta forma de glaucoma, dos vasos sub conjunctivae é mais pronunciado do que durante o dia. No glaucoma agudo, sub-agudo e no chronico é o contrario que acontece.

Da exposição, que acabamos de fazer, resulta que, se é verdade que o glaucoma simples (de Donders) apresenta os principaes symptomas, que caracterisam as affecções glaucomatosas, não é menos verdade que o seu diagnostico, opportunamente feito, é extremamente difficil, exigindo do medico grande cuidado na apreciação dos phenomenos que se apresentarem ao seu exame.

Tendo nós descripto até aqui os symptomas das quatro formas do glaucoma primitivo, passemos em revista cada um dos mesmos symptomas afim de avaliarmos sua significação pathologica, antes de nos occuparmos do glaucoma secundario.

Quando o ophthalmoscopio começou á ser applicado ao estudo do glaucoma, pareceu aos observadores que nesta affecção a papilla do nervo optica apresentava-se em forma de cupula, mostrando uma saliencia anterior. Desta illusão optica participava o proprio Graefe, que encontrava então naquella disposição da papilla o maior embaraço á explicação, que elle concebera, dos phenomenos glaucomatosos. Um exame mais profundo convenceu do contrario ao inspirado ophthalmologista allemão. Não era uma cupula a forma apresentada pela pupilla glaucomatosa, mas uma *escavação*. A pupilla parecia recuar diante de uma força qualquer, cedia, escavava-se, e desde então arredou-se do ultimo obstaculo á theoria de Graefe, que attribuia todos os phenomenos do glaucoma á um só effeito, o augmento da pressão intraocular. Alem do descobrimento da verdadeira forma da papilla glaucomatosa, Graefe encontrara pela primeira vez em glaucomotosos a pulsação espontanea da arteria central da reti-

na. Como explicar esta pulsação sem admittir que a onda sanguinea ao penetrar no interior do olho encontrava uma resistencia, contra a qual lutava?

Um exame circunstanciado dos phenomenos glaucomotosos deu, com effeito, sobreja rasão a Graefe. Todos os ophthalmologistas quasi sem excepção acceitaram a explicação, que Graefe deu, admittindo no segmento posterior do olho, um producto secretorio, e do qual resultava a distensão do envolvero do olho. Esta distensão explicava por sua vez a successão dos phenomenos que caracterisam o glaucoma, como passamos a mostrar.

Injecção dos vasos ciliares anteriores.—Debaixo da influencia de uma compressão intraocular demora-se nestes vasos a circulação determinando uma stase venosa. Depois de alguma duração do glaucoma estes vasos tornam-se caracteristicamente flexuosos. Em casos de glaucoma agudo desenvolve-se um chemosis seroso mais ou menos pronunciado, determinado pela injecção rapida e consideravel dos mesmos vasos.

Insensibilidade e embaçamento da cornea.—A cornea deve sua sensibilidade aos nervos ciliares; e uma vez que estes achão-se comprimidos, enervando-se sua acção, a sensibilidade da cornea é mais ou menos comprometida. A mesma compressão, obrando directamente sobre esta membrana, a distende em todos os sentidos. A camada epithelial, não podendo acompanhá-la na distensão divide-se em pequeninas partes, resultando d'ahi a perda de brilho, que observa-se na cornea glaucomatosa.

Casos ha em que a cornea apresenta opacidades e até ulcerações, que denunciam falta de nutrição d'esta membrana. Comprehende-se facilmente a explicação d'estas alterações mais profundas do tecido corneano, quando se considera que em consequencia da mesma compressão achase enfraquecido o poder endosmotico, do qual depende o movimento nutritivo da membrana.

Diminuição da camara anterior.—O iris e o cristallino, sendo impellidos para diante, diminuem o espaço da camara anterior. No glaucoma agudo a iris parece encostar-se á camada posterior da cornea.

Alteração no colorido do iris.—Os ophthalmologistas defendem a natureza inflammatoria do glaucoma, attribuem a mudança de cor do iris á extensão do dominio inflammatorio, que comprehende esta membrana. Na formação de sy-

(*) É a mais perigosa de todas as formas do glaucoma, e o seu diagnostico é mais difficil, mesmo para medicos experimentados. Quando nos occuparmos da iridectomia, veremos que n'esta forma este meio cirurgico conta maior numero de mallogros.

nechias posteriores (quando estas existem, o que não é frequente) elles pretendem encontrar uma rasão de mais para sustentar sua opinião. Outros ophthalmologistas interpretão diversamente estas alterações do iris. Em sua opinião são ellas devidas á falta de nutrição d'esta membrana. Quanto aos symptomas inflammatorios, que aliás não são constantes, apresentadas pela mesma membrana, elles attribuem-nos á um trabalho consecutivo, secundario, inconstante, e que por isso não é intimamente ligado á verdadeira natureza do glaucoma.

Dilatação e immobilidade da pupilla.—Os movimentos pupillares cessão com a interrupção da acção nervosa. É um dos effeitos do excesso de pressão intra ocular.

Opacidade do corpo vitreo: côr verde-mar.—Os ophthalmologistas não estão accordes quanto á explicação da opacidade do corpo vitreo. Os que professão as ideias de Graefe (natureza inflammatoria do glaucoma) attribuem-no á exsudação de elementos inflammatorios, cuja presença turvaria a transparencia d'este meio. Os que seguem a doutrina de Donders (nevrose dos nervos vaso-motores do olho) dão como causa d'esta opacidade a falta de nutrição do corpo vitreo. O certo é que esta opacidade é toda dependente do accesso glaucomatoso, representado sempre pelo augmento da compressão intra ocular (*). Quanto á côr verde-mar do corpo vitreo (e mais tarde do crystallino) não ha para ella uma explicação verosimil.

(*) No trabalho, que esperamos apresentar brevemente á Academia de Medicina de Paris, proenramos desenvolver este ponto de doutrina ophthalmologica. Faz parte do nosso trabalho um interessante caso de glaucoma agudo, em que depois de 7 mezes o corpo vitreo readquirio em 15 dias sua transparencia depois de uma iridectomia que praticamos afim de aliviar o doente de dores pertinazes. Ora, os que conhecem as lentidões com que o corpo vitreo consegue desembaraçar-se de elementos exhubativos, que penetram entre suas laminas, melhor avaliarão a difficuldade (que não escapou, nem podia escapar ao genio de Graefe) de se explicar esta opacidade, vendo-se que ella desaparece rapidamente em casos de glaucoma combatidos pela iridectomia. É este um dos problemas, cuja solução muito nos interessa. Conhecemos a pequenez dos nossos recursos, o que não nos impede de concorrermos com o que estiver em nosso alcance para o descobrimento da verdade. Agora mesmo temos em observação alguns coelhos, sobre cujos olhos conseguimos exercer permanentemente uma forte compressão dos meios internos, e nos mesmos coelhos tratamos de acompanhar a marcha das desordens que se operarem no crystallino e corpo vitreo.

Dores ciliares.—Estas dores no glaucoma agudo occupão todos os ramos do quinto par, principalmente os frontaes, temporaes, nasaes, e algumas vezes as ramificações dentarias. Quanto a origem d'estas dores varião do mesmo modo as opiniões. Para uns ophthalmologistas ellas exprimem o crethismo nervoso (escola de Donders); para outros são ellas o resultado da compressão dos nervos ciliares.

Dureza do olho.—A sclerotica é, como se sabe, uma membrana fibrosa e pouco elastica. Desde que se esgotar essa pouca elasticidade, a sclerotica resistirá tenazmente á impulsão intra ocular, resultando o augmento proporcional da tensão ocular.

(Continúa)

MEDICINA

DA EXISTENCIA E TRATAMENTO DA FEBRE

Pelo Dr. Lender (De Berlina)

Nosso corpo é um reservatorio de calor livre; o calor formado não se expelle com tanta promptidão em tão grande copia como se produz, não só por causa da combinação das diversas partes do corpo com o oxygenio, mas tambem por causa da fixação d'este elemento nos discos do sangue. A retenção do calor que se tornou livre, proveniente, em parte, das fermentações do corpo, é uma condição da vida, um facto do systema nervoso, e livra o corpo da necessidade de maior commutação de materia do que a que se dá no estado de saúde. Visto que o calor é retido, a commutação de materia pode ser tanto menor, quanto maior deveria ser, se o corpo manifestasse uma temperatura de 37°, 6 c., sem calor retido : 37°, 6 c. como temperatura média, é uma condição da vida, porque temperaturas abaixo de 36° e acima de 38° concorrem com symptomas pathologicos, porque a 42°, 6 já apparecem coagulações no sangue (Weikart), e porque a 20° os mamíferos de sangue quente não podem já ser despertados do somno pelo exterior, mas somente pela introdução do oxygenio da respiração artificial. Rosenthal e Laschkewitz obtiveram, pelo envernizamento, a dilatação dos vasos da pelle: a extraordinaria perda de calor, que se segue a esta dilatação, dá a morte ao animal com grande diminuição de temperatura, porque a metamorphose organica, na mesma medida, não liberta mais calor do que é, nesta experiencia, expellido acima do normal para o mundo exterior. Só da temperatura dada do