

## SUMMARIO

**CIRURGIA.**—Estudo sobre as affecções glaucomatosas pelo Dr. José Lourenço. **MEDICINA.** Thermometria medica pelo Dr. Chernoviz. Zoologia medica: as transmigrações parasitarias das tenias pelo Dr. Silva Amado. Da existencia e tratamento da febre pelo Dr. Lender. Hygiene publica: relatório da Inspectoria da saúde publica em Pernambuco pelo Dr. Lobo Moscão. **CHRONICA.** Da diminuição subita da frequencia do pulso como

signal precursor de complicações cerebraes pelo Dr. Gray. A cicuta e o seu uso no escrofulismo pelo Dr. Fleming. Dosagem da glycose por Jean. Do decubito na tísica pulmonar pelo Dr. Foss. Tratamento do crup pelas inhalações de glicerina por Stehberger. Signal importante da prenhez: A aspiração no hydro-pericardio. O ruido anemico e os ruidos cardiacos.

## CIRURGIA

### ESTUDO SOBRE AS AFFECÇÕES GLAUCOMATOSAS

Pelo Dr. José Lourenço de Magalhães

(Continuação)

A importancia do estudo das affecções glaucomatosas infere-se dos largos dominios, que ellas occupam em ophthalmologia. Como affecção primitiva, ora debaixo da forma aguda, ora sub-aguda, ora chronica, ora não inflammatoria (simples de Donders), encontramol-a na pratica com frequencia. Affirmamol-o com a proxima experiencia nesta cidade. Até o presente grande é o numero de glaucomatosos, que temos observado em nossa clinica. Se dentre estes temos sido algumas vezes obrigado a cruzar os braços nos casos irreparaveis, em muitos outros temos alcançado brilhantes resultados com a applicação opportuna da iridectomia. Seriam certamente outros tantos doentes condemnados á cegueira, se á tempo não tivessemos introduzido aqui o descobrimento, que immortalisa o nome de Graefe, e cuja propagação ardentemente desejamos ver derramada entre os nossos collegas.

Como affecção secundaria, consecutiva, deixamos que falle o mestre dos mestres. Dizia Graefe que não ha inflammiação de olhos, com raras excepções, que não possa, dadas certas condições, determinar o glaucoma.

De facto, a ideia de glaucoma secundario occupa o espirito do ophthalmologista á tal ponto, que não admira vél-o hoje no decurso de qualquer inflammiação interrogar uma vez por outra o estado da tensão ocular. Não é sem muita razão que o ophthalmologista assim procede. Com relação ao glaucoma secundario a pratica arreda-se das nor-

mas ordinarias. Tomemos ao acaso uma destas molestias capazes de levarem mais longe os seus effeitos até as manifestações secundarias e veremos que o medico, enxergando nestas um estado subordinado á molestia primitiva, poucas vezes se mostrará conscião da existencia dellas. Mas se, mesmo no dominio de uma inflammiação qualquer que tenha sua séde no mais importante tecido do olho, manifestarem-se accidentes glaucomatosos, de tudo o ophthalmologista abrirá mão para entregar-se desde então aos cuidados, que lhe despertará esta declaração secundaria.

D'entre as numerosas molestias, que podem complicar-se d'estes accidentes, nos occuparemos aqui das que habitualmente predispõem para o glaucoma; dividindo-as em externas e internas.

As affecções da conjunctiva não entram n'este quadro, salvo quando, tornando-se antigas, ellas estendem-se á cornea, como acontece com a conjunctiva granular no periodo trachomatoso, em que vemol-a complicada com a keratite panniforme. A proposito d'esta affecção da conjunctiva, aliás muito frequente e barateada entre nós, não devemos entrar em desenvolvimento, que nos distrahiriam do nosso principal assumpto.

Limitar-nos-hemos a indicar essa formação de *pannus granular* (keratite panniforme que succede á antigas granulacões, desde que infiltram-se e alteram-se maxime no segmento superior, as camadas epithelial e elastica anterior da cornea. Não é tudo: o processo morbido d'estas duas membranas pode comprehender o iris, o que na opinião de Graefe acontece com mais frequencia de que geralmente se pensa.

Este ophthalmologista foi mais longe, chegando a attribuir a esta complicação do iris

a resistencia, que muitas vezes offerecem ao mais adequado tratamento os antigos *pannus*. É n'estas circumstancias que a irritação pode irradiar-se até os nervos intrinsecos do olho, estimulando sua acção secretoria.

A cornea é uma origem fecunda dos accidentes de que nos occupamos. Entre as affecções primitivas d'esta membrana tem-se observado que a keratite diffusa (disseminada ou parenchimatosa) tende a influir sobre a pressão intraocular. Como n'esta molestia a força resolutive dos liquidos do olho predomina ordinariamente sobre a da secreção, segue-se que é transitorio o excesso da pressão. Outras vezes acontece o contrario, o que dá lugar ás manifestações glaucomatosas.

Alem da keratite diffusa Graefe indica outras inflammções chronicas da cornea, representadas por uma ectasia inflammatoria do hemispherio anterior do olho (sclero choroide anterior) por embaçamento nebuloso d'esta membrana. Pela mesma propagação aos nervos ciliares esta keratite vem a influir sobre a pressão, augmentando-a.

A's cicatrizes da cornea, qualquer que seja a causa, cabe sem contestação a maior parte no desenvolvimento do glaucoma secundario. Grande é o numero das molestias, alem de accidentes traumaticos, que a produzem: entre ellas figuram largamente as ophthalmias purulentas (egypticiana, vaginal ou leucorrhœica, blenorhagica, mucopurulenta).

No decurso de uma d'estas ophthalmias, ou em uma keratite ulcerosa primitiva, desenvolve-se em qualquer parte da cornea (quasi sempre na central) uma ulceração, que, profundando-se, interessa as tunicas d'esta membrana: o resultado é uma perforação, escoando-se pela abertura o humor aquoso: o iris, não encontrando resistencia anterior, encosta-se á cornea. É n'estas condições que formam-se as synechias anteriores. Com effeito, estas ulcerações cicatrisam-se lentamente: o humor aquoso, encontrando esta abertura da cornea, continuará a sahir a medida de sua reprodução: o iris portanto não se arredará da cornea, e a parte d'aquella membrana, que estiver em contacto com a ulcera, acabará contrahindo com esta adherencias, que permanecerão. Mais tarde cicatrizar-se-ha a ulcera, o humor aquoso encherá a camara anterior, e o septo iriano voltará a occupar o seu plano normal, menos n'aquelle ponto em que

estiver preso a cornea. Chama-se este estado «leucoma cicatricial».

Nem sempre a ulcera da cornea segue esta marcha. Encontra-se leucomas (cicatrizes da cornea) sem adherencias do iris, isto é, sem synechias anteriores. Se acontecer que uma camada exhudativa cubra a ulcera da cornea de modo a impedir este escoamento de humor aquoso, ou se durante sua cicatrização o iris estiver arredado (1), como convem, do ponto ulcerado, não se formarão synechias anteriores. Os leucomas simples são muito menos frequentes do que os cicatriciaes, e a pesar de não se acharem (os simples) em comunicação directa com o iris, nem por isso deixão de influir sobre a pressão. N'estes casos parece que a presença de uma cicatriz na textura da cornea concorre para entreter certa irritação, cuja repercussão póde chegar aos nervos intrinsecos do olho. É muito maior a gravidade dos leucomas cicatriciaes. N'estes o iris acha-se em parte preso á cornea resultando que os seus movimentos habituaes permanecerão constrangidos. Com effeito o olho, que apresenta synechias anteriores, costuma inflammarse de tempos em tempos, manifestando-se então symptomas de iritis.

Se n'este estado sondarmos a tensão ocular, é muito provavel que a encontremos augmentada. Cumpre chamar a attenção do doente para as desordens, que resultarão de semelhante estado, as quaes não só determinarão a perda do olho leucomatoso, como poderão influir sympaticamente sobre o olho são, compromettendo-o por sua vez.

Não cessaremos de dizel-o: nem sempre os doentes compenetrão-se da gravidade de sua situação, por mais explicitas que sejam as palavras do medico. Imprevidentes, elles consultão a intensidade dos seus soffrimentos, e como não võem que o tecto está a desabar, deixão-se ficar em paz. Depois que o tecto desaba, já não podem pedir soccorro: estão perdidos.

Fomos aqui consultado por um individuo

(1) Se a ulcera occupar o centro da cornea conseguir-se-ha isto facilmente por meio de instillações de um collyrio de sulfato neutro de atropina; a pupilla, dilatando-se por este meio, se mostrará arredada do ponto ulcerado. Se fór peripherica, sugêitar-se-ha a pupilla a um movimento alternado de dilatação por meio da atropina e de concentração pela instillação de um collyrio de sulfato neutro de calabarina. Comprehende-se de que modo este movimento impedirá a a consolidação de taes adherencias.

de 45 annos, que apresentava, depois de uma conjunctivite blenorrhagica, um leucoma com synechia anterior. O leucoma achava-se situado do lado externo da cornea, e pouco embaraçava a visão. De mez em mez, ou de 2 em 2 meses, com maior ou menor intervallo emfim, este individuo soffria de inflamação d'este olho (o esquerdo): apparecia-lhe dôr, repugnancia a luz, lagrimejamento, injeção, etc. A cada accesso resentia-se o olho direito, que fatigava-se com o trabalho, e repugnava tambem a luz. Fóra do accesso o doente acreditava nada soffrer. Um leucoma cicatricial (com synechia anterior) em uma pessoa de 45 annos de idade, acompanhando-se de mais a mais de accessos inflammatorios, necessariamente determinaria accidentes gravissimos. Depois de emittimos com franqueza nossa opinião, propusemos a este doente uma iridectomia.

Por meio d'esta operação seriam divididas as fibras circulares do iris, e esta membrana d'ahi em diante não seria violentada pela adherencia, quando tivesse de executar seus movimentos normaes, cessaria a condição dos accessos inflammatorios, e o doente de mais a mais ganharia a conservação da vista, que era soffrivel. O doente não esteve por isto. Os accessos não erão de grande duração, e no seu entender valia mais soffrel-os, do que passar pelos sustos de uma operação. Decorreram 2 annos, e quando aqui chegamos de volta de nossa ultima digressão pela Europa, fomos immediatamente procurado por este doente, que completou de seguinte modo sua infeliz historia. Os accessos continuaram mais ou menos, como de antes; os intervallos ás vezes eram menores; os accessos outras vezes prolongavam-se mais. Depois os intervallos tornaram-se definitivamente menores, e os accessos mais longos.

O doente conheceu que ia a peor; porque, alem do mais a vista do olho leucomatoso cada vez diminuia mais; e o olho não era incapaz de serviços aturados. Um dia appareceu-lhe no olho esquerdo uma dôr terrivel, inexoravel, que não deixava o doente repousar um só momento. Por 3 dias o doente soffreu cruelmente, e quando lhe foi possivel affastar as palpebras do mesmo olho, reconheceu elle que por este absolutamente nada via. O olho direito resentio-se em relação com a intensidade do ultimo accesso: a repugnancia á luz tornou-se

maior, e em volta da cornea injectavam-se alguns vasos. N'este estado passaram-se dous mezes. O olho esquerdo, apesar de menos sensivel, conservava-se bastante injectado, sem a menor sensação luminosa. O peor de tudo era que o doente ja não lia pelo olho direito os caracteres ordinarios. Era esta a situação do doente, quando nos procurou.

O exame d'este doente revelou-nos o seguinte:

O. E. Injeção de vasos conjunctivae e scleroticaes, cornea embaciada, impossibilidade de verificar-se o estado das membranas, e dos meios internos, tensão ocular consideravelmente augmentada.

O. D. Injeção pericorneana moderada preguiça dos movimentos pupillares, fundo do olho em estado normal. O estado do iris e da choroide d'este olho não indicava começo de uma ophthalmia (irido-choroidite) sympathica, mas a repercussão era evidente. Convencido de que o O. D. não resistiria por muito tempo á má influencia que sobre elle exercia o companheiro, não trepidamos um só momento em propor ao doente a enucleação do olho perdido. D'esta vez fomos mais feliz; o doente convenceu-se facilmente, e a operação foi praticada. Escusado é dizer que o olho direito recuperou no espaço de duas semanas a integridade de sua função, uma vez que tinhamos arredado a funesta influencia que sobre elle pesava.

Passemos ás affecções do iris. Entre estas não ha, senão a iritis serosa, que na sua marcha pode desafiar directamente accidentes. A secreção accumulada na camara anterior exerce pressão sobre o iris, o crystallino, o corpo ciliar, resultando d'ahi os mesmos accidentes.

Se durante a evolução de outras iritis não ha a receiar a supervenção de accidentes glaucomatosos, não acontece o mesmo, quando em consequencia de um trabalho exsudativo o bordo pupillar prende-se á crystallóide anterior por meio de pontos isolados (synechias posteriores) ou por toda a circumferencia pupillar. No primeiro caso ha manifesto constrangimento dos movimentos pupillares, com o mesmo effeito irritativo do septo iriano, que vimos acontecer á proposito de synechias anteriores. Uma unica synechia não é tanto para temer-se, como quando existem muitas synechias e d'estas ainda mais o são, conforme a opinião de

Graefe, as que se acham collocadas vis-á-vis. Na segunda hypothese o processo é outro. É opinião geral que o humor aquoso é secretado pelo corpo ciliar: ora, achando-se interrompida a comunicação entre as duas camaras do olho em virtude d'esta adherencia pupillar, segue-se que a humor aquoso accumula-se por detraz do iris, comprimido portanto o mesmo corpo ciliar, e augmentando a tensão ocular.

D'esta compressão do corpo ciliar, e da irritação subsequente resultão exhudações retro irianas, que empurram o iris para diante; esta membrana parece recurvada, e com effeito está, o que indica eminente explosão de accidentes glaucomatosos.

Como capazes de desafiar estes mesmos accidentes temos a considerar a deslocação do cristalino e algumas alterações de sua textura. O cristalino deslocado representa o papel de um corpo estranho collocado no interior do olho comprime o iris ou mesmo o corpo ciliar, e, emquanto a capsula não se rompe, elle puxa pela zonula de Zinn, desafiando de qualquer modo uma irritação secretoria.

As alterações da substancia do cristalino capazes de provocar accidentes do caracter glaucomatoso são as que resultam do crescimento das camadas corticaes, como acontece em algumas operações de cataracta por diseisção da capsula, ou em casos de traumatismos d'esta lentilha.

Graefe téve occasiões de observar o desenvolvimento de glaucoma em individuos, que soffriam cataractas progressivas, o que elle mesmo attribuiu a mera coincidência.

As affecções da choroide complicam-se facilmente de accidentes glaucomatosos. Quanto á choroidite serosa militam as mesmas razões, que apresentamos a proposito da iritis serosa. O processo é quasi o mesmo, divergindo apenas quanto á choroidite com o producto secretorio occupar o segmento posterior do olho. As inflammacões d'esta membrana, que determinam ectasias posteriores, são as que mais expõem os olhos á accidentes d'esta natureza. As sclero-choroidites posteriores acompanham-se facilmente de phenomenos glaucomatosos. Sabe-se que os myopes são sujeitos ao glaucoma.

Das membranas internas, que podem figurar no desenvolvimento do glaucoma, falta nos tratar da retina. Os ophthalmologistas antigos attribuiram á retina o primeiro papel

na pathogenia do glaucoma: os modernos lh'o tem negado com razão. A este respeito o que a experiencia tem demonstrado é que o despegamento da retina determina algumas vezes accidentes glaucomatosos, o que não é devido á influencia d'esta membrana, mas á secreção mais ou menos abundante, que enche o espaço, que se forma entre a retina e a choroidite.

Os tumores intra-oculares de diversa natureza determinam frequentemente accidentes glaucomatosos. O processo d'estes tumores nada offerece de especial. Aqui, como em outros casos, que temos figurado, o acrescimo do conteúdo de olho é a principal condicção para o desenvolvimento dos mesmos accidentes.

Em geral estes tumores seguem uma marcha tão insidiosa que para descobri-los torna-se necessario um exame ophthalmoscopico cuidadoso. A falta d'este diagnostico pôde induzir o medico em erro, fazendo-o praticar, como ja tem acontecido, uma iridectomia em caso de glaucoma que elle considera primitivo, quando pelo contrario é secundario. O que tambem muito concorre para este engano é que em caso de tumor interno do olho o glaucoma secundario é sempre agudo, ao passo que nas outras affecções o glaucoma é simples (não inflammatorio) ou chronico, podendo sim depois de algum tempo de duração assumir o caracter agudo.

Antes de findarmos este estudo sobre o glaucoma secundario, cumpre-nos expôr aqui o perigo, que pode resultar da instillação da atropina nos casos de synechias (principalmente anteriores) e nos de glaucoma secundario. Nos primeiros tem-se observado a declaração inopinada do glaucoma, e nos segundos casos a transformação de glaucoma simples ou chronico ou agudo. Hoje em dia não ha ophthalmologista, que não abstenha-se de similhante emprego não só n'estas circumstancias, como nos casos de glaucoma primitivo.

Quanto ás indicações da iridectomia relativas ás diversas especies de glaucoma secundario, reservamo-nos para faze-las, opportunamente, quando nos occuparmos d'esta operação empregada no glaucoma primitivo.

(Continúa.)