

SUMMARIO

CIRURGIA. Do despegamento da retina pelo Dr. José Lourenço. Do tratamento da conjunctivite e keratite phlyctenulares pelo vaporizador do Dr. José Lourenço pelo Dr. Moura Brasil. **MEDICINA.** Thermometria medica pelo Dr. Chernoviz. Coca do Perú. **VARIEDADE.** Os banhos frios no tratamento da febre amarella. Causas da febre typhoide pelo Dr. Snow. Tratamento da hyper-

trophia das amygdalas Banquete commemorativo em Munich. Gengivario Rigini. Nova substancia organica na urina diabetica. Dysmenorrhéa Injecções de ergotina contra as hemoptyses. Chloroformio: sua preparação. Pilulas contra a cholera. Açúcar de Africa. Hematoma do ouvido. Contra-escaras. Tratamento das ulceras. Sulphato de zinco na choréa.

CIRURGIA

DO DESPEGAMENTO DA RETINA

Pelo Dr. José Lourenço de Magalhães

A retina encosta-se por sua face externa ao pigmento da choroide sem comtudo adherir a esta membrana. Esta independencia da expansão membranosa do nervo optico ao passo que concorre para garantir a integridade de sua delicadissima funcção, serve tambem para em certos limites preservá-la das frequentes affecções da choroide: o que certamente não aconteceria, se fossem mais estreitos os laços entre estas duas membranas.

Infelizmente esta disposição da retina, aliás tão importante debaixo do ponto de vista physiologico, não garante a permanencia de sua forma intra-ocular, sujeitando-a pelo contrario a anomalias extremamente graves, todas as vezes que mette-se de permeio entre a retina e a choroide um corpo qualquer, solido ou liquido. Resultam então os despegamentos ou afastamentos mais ou menos consideraveis da retina, e em todo o caso prejudiciaes ao desempenho da sua funcção.

São variadas as causas d'este despegamento; as mais frequentes são as inflammacões exsudativas das duas membranas, as esclerectasias posteriores, e os accidentes traumaticos. Os tumores entre a retina e a choroide, as hemorragias, e certas alteraçoes do corpo vitreo, tambem determinam, menos frequentemente é certo, os mesmos despegamentos.

Os ophthalmologistas admittem uma classificacão dos despegamentos da retina, assentando-a sobre a unica base das causas, que os produzem.

Quando a retina soffre distensão nas suas inserções central e periferica, dá-se o « despegamento por distensão; » é o que acontece nas

esclerectasias posteriores. Sabe-se que a myopia, em que ha ectasia congenita, predispõe para o despegamento da retina. Nos casos de esclerectasia posterior (sclero-choroidite atrophica), e de myopia, o diametro antero-posterior do olho alonga-se á custa da elasticidade da choroide e escleroticas pela accção alternada dos musculos rectos: e como a retina não gosa de igual elasticidade, como não as pode acompanhar n'esta distensão, seguc-se o seu afastamento da choroide.

Em condições diversas, quando desenvolvem-se no corpo vitreo opacidades flocosas e membranosas, que inserem-se por uma de suas extremidades á face interna da retina, acontece o « despegamento por attracção. »

Finalmente, quando qualquer corpo interpõe-se entre a retina e a choroide, resulta o « despegamento por elevação. » De todos é este o mais frequente. Observa-se, quando um tumor desenvolve-se sobre a choroide, ou em casos de retino-choroidites serosas e exsudativas, de hemorragias sub-retinaes, ou em consequencia de accidentes traumaticos, em que a choroide não parece illesa.

Não nos occuparemos detalhadamente do mecanismo d'estes diversos despegamentos, não só porque o que fica dito sobre suas causas não deixa de sobre elle lançar alguma luz, como porque nos levaria a exceder os limites traçados a este trabalho. Tratando porem das causas traumaticas, que sem duvida alguma mais frequentemente determinam estes despegamentos, occorre-nos chamar a attenção dos nossos collegas para os casos de offensas physicas, que interessarem o olho ou suas immediações, e que forem convidados para exprimir sua opinião quanto a importancia de semelhantes offensas. Nos mesmos casos podem as offensas parecer simples, porque o estado dos tecidos correspondentes não justifica um juizo contrario; mas um exame minucioso do

interior do olho tambem póde descobrir despegamentos da retina, que sem duvida mudarão por sua gravidade a face do delicto.

Temos examinado doentes soffrendo de extensos despegamentos da retina, produzidos por accidentes traumaticos; em uns o choque foi sobre a região temporal, e em outros sobre a orbitaria superior: em todos os tecidos das regiões compromettidas nenhuma alteração apresentavam, apesar de examinarmos alguns doentes poucos dias depois do acontecimento.

A invasão d'esta molestia é quasi sempre rapida. Raras vezes os doentes accusam phenomenos prodromicos, que consistem, quando existem, em relampagos (compressão da retina), e turvação da vista por accessos.

Uma vez declarada a molestia, o doente queixa-se de uma nuvem, que no todo ou em parte cobre os objectos. Se o doente procura lêr, acontece vêr as palavras interrompidas, ou como se as syllabas, á modo de notas de musica, estivessem escriptas sobre diferentes linhas. Os objectos apresentam-se ondeados ou quebrados. Conforme a posição e as dimensões do despegamento o doente será capaz de lêr o menor caracter de letra, se estes phenomenos metamorphopsicos (denominação de Graefe) o não embarçassem.

Entretanto, casos ha de despegamentos tão limitados que para o seu diagnostico prevalecem estes phenomenos.

Antes do invento do ophthalmoscopio fazia-se o diagnostico do despegamento da retina, denominado então hydropsia sub-retiniana, quando a parte culminante fluctuava á altura da pupilla. Hoje em dia, por meio d'este instrumento, com maior ou menor difficuldade, consegue-se diagnosticar os mais circumscriptos despegamentos da retina: a excepção á esta regra é rarissima, salvo quando ha turvação dos meios transparentes do olho.

Para esté fim o exame póde ser directo (1) ou por meio da imagem inversa. Qualquer que seja o meio empregado, a difficuldade d'este exame depende das dimensões e da situação do despegamento. Ordinariamente elle occupa a parte inferior do olho; mas, quando sua séde

(1) Para este exame conserva-se a luz ao lado do doente em quarto anteriormente escuro, e o observador servê-se somente do espelho reflexor, collocando-o. enquanto conserva fechado um dos olhos, diante do outro olho. O exame directo é de grande auxilio, quando se trata de determinar pequenas particularidades pathologicas do interior do olho, o que em certas condições não se obtem com a imagem inversa. N'estes casos o observador deve collocar-se muito perto do olho do doente. É um exame difficil,

é sobre a região equatorial, e suas dimensões são pequenas, o diagnostico offerece algumas vezes serios embarços.

O aspecto do despegamento da retina varia conforme suas dimensões, sua antiguidade, e conforme o modo de proceder ao exame. Nasce d'ahi a contradicção, que parece reinar entre os ophthalmologistas, que têm descripto esta molestia. Dizem uns que o aspecto é pardo-cento, outros que é esbranquiçado, outros que é azulado, e finalmente dizem alguns que, em quanto o liquido sub-retiniano não se turva, o aspecto é roseo.

Ja o dissemos: o aspecto do despegamento póde variar segundo o modo porque se procede ao exame, segundo as dimensões e a antiguidade do mesmo despegamento. Se o despegamento é antigo, e o liquido retiniano achase turvo, a côr da retina despegada é parda, tirando a azul; algumas vezes é um pouco esverdeada. Se o despegamento é pequeno, consistindo em uma ou mais pregas, nota-se que a côr d'estas é um pouco cinzenta, e escuro o espaço, que as separa. Se é feito sobre um despegamento, cujo liquido foi absorvido, encontra-se como listras esbranquiçadas, correspondentes á parte da retina, que reapplicou-se á choroide. Se se trata de um despegamento recente, ou cujo liquido conserva-se limpido, o exame ainda variará conforme é elle feito com a pupilla dilatada ou no estado normal.

No primeiro caso (pupilla dilatada), se o despegamento é um pouco desenvolvido, e se o podermos vêr de face, elle se nos apresentará roseo, um pouco mais carregado que o das partes sans do interior, o que é devido ao reflexo da luz: a côr dos vasos da retina sobre a parte despegada tambem será um pouco mais escura. Mas se a pupilla se mantiver no natural, ou se o despegamento por suas pequenas dimensões somente for observado sobre a sua superficie limitante, então sua côr será cinzenta ou um pouco azulada.

Quando tratarmos, no final d'este trabalho, de um caso de despegamento, que por duas vezes tivemos de examinar cuidadosamente, indicaremos a variedade do aspecto com que elle

cumprê confessal-o, quando não ha pratica; porque torna-se necessario concertar de parte á parte os meios de neutralisar as anômalias de refração (hypermetropia e myopia), relaxar o observador a accommodação no acto do exame. Em caso de despegamento da retina um pouco desenvolvido é facil este exame; basta dirigir para o interior do olho a luz reflectida pelo espelho, tendo o observador o cuidado de collocar-se a certa distancia. A dilatação previa da pupilla tornará este exame ainda mais facil.

se nos apresentava conforme o modo porque o examinavamos—Dadas estas explicações, vejamos quaes são os signaes ophthalmoscopicos d'esta anomalia accidental da retina.

Quando dirigimos a luz reflectida pelo espelho, que temos diante de um dos nossos olhos, para o interior do olho do doente, e esta fere a superficie limitante de um despegamento, descobrimos uma elevação cinzenta ou um pouco azulada, fluctuante, quando o olho pratica movimentos, e percorrida por vasos de cor mais carregada que a dos que seguem outras direcções sobre o campo da retina. Procurando-se a emergencia dos vasos centraes d'esta membrana, e seguindo-se sua direcção até a base do despegamento, nota-se que elles brusca-mente mudão de direcção, ou interrompem-se por momentos, apparecendo depois sobre a parte despegada mais tortuosos. Conhece-se mesmo que alguns vasos, os da retina normal, achão-se mais distantes de nós, ao passo que outros, os que percorrem a parte despegada, estão mais perto: cumpre todavia não occultar que este symptoma, fornecido pela differença de planos occupados pelos vasos da retina, offerece nos pequenos despegamentos sua difficuldade de apreciação.

Casos ha em que o diagnostico de pequenos despegamentos, ainda transparentes, situados sobre o fundo do olho ou na região equatorial, é baseado sobre o exame d'esta direcção dos vasos da retina.

Temos examinado despegamentos da retina, em que eramos levado ao seu diagnostico por descobrirmos vasos como que fluctuando no corpo vitreo: n'estes casos a retina conservava toda sua transparencia. De outro modo não se podia explicar a presença de vasos em semelhante meio.

A marcha dos despegamentos da retina é quasi sempre progressiva, com mais ou menos lentidão; raras vezes é estacionaria, e rarissimas retrograda. Graefe, Bowman, Galezowski, Liebreich, e outros, citão factos, que para nós são phenomenos, em que observaram a absorpção espontanea do liquido sub-retinal. Na immensa maioria dos casos, os despegamentos progridem, invadindo as immedições, e compromettendo a metade inferior do olho. Casos ha em que a retina afasta-se da choroide em toda a extensão.

Depois de alguma duração o despegamento da retina costuma desaiar reacções secundarias do lado das membranas internas do olho. Vê-se com effeito a iritis, a iride-choroideite, a cyclite,

complicando antigos despegamentos. Alem d'estas inflammções observa-se em alguns casos a formação de cataractas costiaes molles, e em outros a turvação do corpo vitreo pela presença de frocos que, com bons fundamentos, deve-se attribuir á derramamentos de sangue ou á exsudações sub-retinianas, que conseguem atravessar alguns pontos rotos da retina.

O despegamento da retina pôde determinar accidentes glaucomatosos, quando o corpo vitreo não soffrendo amolecimento, como é de costume n'esta molestia, resiste ao contacto do liquido sub-retinal, concorrendo ambos para o augmento da pressão intra-ocular. A terminação mais frequente é pela tísica do olho.

O prognostico d'esta molestia é muito serio. Se o despegamento resulta, diz Wecker, de uma inflammção "intensa das membranas internas do olho, ou, se o acompanha uma sclero-choroideite progressiva, bem como se dáta de annos, não se deve alimentar a maior esperanza de cura. O tratamento medico contra esta molestia tem sido completamente esteril.

Limitar sua marcha por uma opposição á marcha da molestia causal, ou promover a absorpção do liquido sub-retinal por meios revulsivos e derivativos, são de certo indicações racionaes, mas inuteis na pratica.

N'esta impotencia alguns ophthalmologistas têm praticado uma operação, em virtude da qual elles rompem pela parte superior o despegamento, dando lugar a que o liquido sub-retinal derramando-se no corpo vitreo, seja absorvido: e, como presume-se que a abertura praticada na retina permaneça longamente, é de esperar que o liquido, reproduzindo-se, siga o mesmo destino. Esta operação imita o processo de perforação espontanea da retina em alguns despegamentos, que curaram sem intervenção do medico.

Para esta operação os processos principaes são os de Graef e de Bowman. O de Graefe consiste na introdução, pela parte opposta ao despegamento, de uma agulha, que corta pelos lados, por meio da qual elle o rompe. O de Bowman diverge um pouco: este notavel oculista, a imitação de seu processo para a cataracta capsular ou secundaria, procura, do mesmo modo romper o despegamento, servindo-se de duas agulhas. Estes processos constam de qualquer obra classica de ophthalmologia. Os seus resultados tem sido bons e definitivos em alguns casos; em outros tem sido temporarios, e n'uma terceira ordem de casos nada se tem podido obter.

De qualquer modo é um dever tentar qual-quer dos dous processos, em quanto a pratica nos não ensinar cousa melhor.

O anno passado o Sr. Galezowski publicou em um dos numeros do Jornal de ophthalmologia o resultado feliz, que obteve de uma operação pela primeira vez praticada, á que elle denominou (encravamento) da retina. Não nos constando que esta operação tenha sido repetida até o presente, limitamo-nos, apesar do apreço em que temos os trabalhos d'este infatigavel cultivador da ophthalmologia, a indical-a, como mais um recurso, cujo valor compete á pratica determinar. Em seguida passamos a descrever um caso, entre outros, que aqui temos examinado, de despegamento da retina, que torna-se notavel pela novidade das sensações subjectivas ou phenomenos metamorphopsicos.

O Sr. F. com 34 annos, é portuguez e um dos empregados da Companhia «Trilhos Urbanos» d'esta Cidade. No acto de afrouxar o break de um dos bondes este individuo recebeu uma forte pancada sobre a parte media do bordo orbitario superior direito. Alguma dor, e vermelhidão na parte correspondente, foram as unicas consequencias immediatas, e de pouca duração, d'este accidente. Passados 5 ou 6 dias o Sr. F. notou certo desequilibrio entre as forças visuaes dos dous olhos, e reconheceu que os objectos, sendo vistos somente pelo olho direito, apresentavam-se cobertos a meio por uma nuvem. O doente attribuiu esta perturbação de sua vista a commoção da pancada, esperou que com o tempo tudo lhe desaparecesse. Infelizmente não aconteceu assim, e no mez de Outubro do anno passado, 3 mezes depois do accidente, o doente, veio consultar-nos.

Pelas primeiras informações tivemos suspeita de um despegamento da retina: e como o doente accusasse perturbações da vista, tratámos de interrogal-o minuciosamente sobre este ponto. Eis o que colhemos. Havia diplopia unilateral com particularidades muito significativas. Um sofá por exemplo, que temos no consultorio, o doente o via duplo, um acima do outro, na distancia de pouco mais ou menos duas braças: o superior—sombreado, o inferior—sem sombra alguma. O rosto de uma pessoa parecia-lhe mais alongado e interrompido na altura do nariz; a testa alongava-se, apresentando 4 olhos, dos quaes dous eram superiores e do mesmo modo sombreados, e dous inferiores, mas claros: se o doente olhava um pouco mais abaixo, então descobria dous narizes da mesma

maneira dispostos. D'este modo, quando o doente olhava os objectos de perto, estes allongavam-se, dividiam-se, e a parte superior duplicava. Se os olhava a maior distancia, manifestava-se simplesmente a diplopia. Se acontecia olhar uma casa, via duas, sendo uma sobre o lugar, e outra no ar a grande distancia da primeira.

Com o fim de verificar a acuidade visual, apresentamos-lhe a escha de Snellem. Olhando-a de frente, accusava o doente o mesmo alongamento de papel, mas era tal a confusão entre as linhas que o doente via-se obrigado a afastal-o immediatamente, fechando o olho direito: mas se collocava o papel na altura do peito, e olhava obliquamente, então via o character—n.º 1.

A visão peripherica (*) achava-se livre de todos os lados; do lado superior porém era menos distincta: quanto a extensão nenhuma alteração pudemos descobrir.

Procedendo ao exame ophthalmoscopico sem a dilatação da pupilla, encontramos na parte inferior do olho uma elevação em forma de arco de circulo, pardacenta e sem a menor irregularidade na forma; quando indicavamos ao doente que praticasse com o olho este ou aquelle movimento, viamos a ondulação, que percorria a superficie d'esta elevação. A papilla não apresentava alteração sensivel. Os vasos centraes occultavam-se ao chegar á base da mesma elevação. Com a pupilla dilatada vimos o despegamento, limitado por uma linha curva, que dividia o fundo do olho em duas partes, sendo a inferior um pouco menor que a superior. A parte inferior era transparente; o rosco d'esta parte nos pareceu sempre igual ao das outras partes do fundo do olho; se havia differença, confessamos que não a podemos avaliar apesar das repetidas explorações, que fizemos—Os vasos da parte despegada é que se nos afiguravam mais escuros.

Escusado é repetir, o diagnostico era evidente. Propusemos ao doente uma operação, como o unico recurso capaz de melhorar aquelle estado, e o fizemos com a devida reserva, apesar de lhe não occultarmos o quanto era promettedôra uma operação praticada naquellas condições, principalmente sendo o despegamento produzido por causa traumatica. O doente mostrou-se convencido em nossa presença, como fazem todos os doentes, das nossas

(*) Quando nos occupamos dos despegamentos em geral, escapou-nos tratar da visão peripherica, que ordinariamente estreita-se, e com o progresso do mal diminue até a supressão.

palavras, e retirou-se. Nunca mais fomos por elle procurado, e como desejássemos descrever sua historia, pedi-nos-lhe ha poucos dias que nos voltasse ao consultorio a fim de procedermos á novo exame, e podermos confrontar as duas datas.

Este segundo exame, que foi feito, como o primeiro, em presença do nosso distincto collega o Dr. Moura Brazil, que tambem observou o doente, revelou-nos o seguinte. O doente via todos os objectos atravez de uma nuvem, sem diplopia; o que indicou-nos que a parte despegada da retina eleva-se, dominando a visão central, e por isso a vista era sombria.

Na epocha do primeiro exame o doente accusava diplopia unilateral, porque pode-se admittir que havia então duas retinas no mesmo olho, pelo menos quanto aos planos, que a retina occupava, o que influia para a transmissão da imagem, como se fossem duas. Apresentando ao doente a escala de Giraud—Feulon, elle, olhando-a de frente, leu n.º 100; mas collocando-a na altura do peito, como da primeira vez, e dirigindo obliquamente o olhar, ainda leu 4 1/2. Cousa notavel, depois de tantos mezes a visão peripherica superior mantinha-se no mesmo estado quanto a extensão; por mais distante que agitassemos a mão, o doente accusava o mesmo movimento; apenas confessava que a sensação era menos clara que a dos outros lados.

Procedendo ao exame ophthalmoscopico com a pupilla no natural, descobrimos ao nivel da parte media do orificio pupillar uma linha negra, em forma de arco de circulo, que sobressahia a um fundo côr de roza. Com a pupilla dilatada vimos o mesmo arco negro, que limitava superiormente o despegamento da retina. Ainda d'esta vez não pudemos descobrir a menor mudança de côr da parte despegada, que era transparente, e atravez da qual avistamos em certa posição o disco optico. A unica differença sensivel, que encontrámos alem do augmento do despegamento, foi na côr do arco limitante, que d'esta vez era negro, qualquer que fosse o lado por onde o examinássemos. A retina a partir da base do despegamento até aquella achava-se hyperemica, sem brilho, e esbranquiçada. Esta hyperemia comprehendia a papilla, cujos bordos, campo, e vasos emergentes, se nos apresentavam sem aquella clareza natural, como que cobertos por uma nevoa pouco espessa.

Por meio da iluminação obliqua (somente servindo-nos da lente) a massa despegada se

nos afigurava azulada: á luz notavel, concentrando os raios luminosos por meio da mesma lente convergente, o despegamento parecia esverdeado.

O doente, reconhecendo a marcha progressiva do seu mal, e lembrando-se de nossas promessas, perguntou-nos o que pensavamos da mesma operação, se fosse agora praticada: nossa resposta foi que devia-se esperar ainda bom resultado, sendo porém maior a incerteza.

DO TRATAMENTO DA CONJUNCTIVITE E KERATITE PLYCTENULARES PELO VAPORISADOR DO DR. JOSÉ LOURENÇO.

Pelo Dr. Moura Brazil

Por sua exposição ao ar, ás vicissitudes atmosphericas, por sua extensão, sua textura, seus movimentos incessantes, e variados, e finalmente pela quantidade de vasos que a percorrem, torna-se a conjunctiva a séde de grande numero de affecções das quacs umas são simples, outras especificas.

Nenhuma outra membrana do olho é tão sujeita, como a conjunctiva á manifestações pathologicas, e por isso achamos razão nos pathologistas, que attribuem á conjunctiva 60 % das affecções oculares. Das molestias desta membrana a conjunctivite phlyctenular é bastante frequente entre nós. Não tanto, quanto a conjunctivite catarral ou a granulosa, como temos podido verificar; depois d'estas duas affecções, porém, nenhuma é tão frequente como a phlyctenular.

A conjunctivite phlyctenular sempre caracteriza-se de modo á não ser confundida com outra qualquer affecção. Ordinariamente sobre a conjunctiva bolbar do lado interno apparece uma vermelhidão parcial, circumscripta, no centro da qual descobre-se uma vesicula ou phlyctena.

Esta vermelhidão é constituída por numerosos vasos, finos, capillares, que communicão com o *cul-de-sac* conjunctival por meio de um ou dous vasos de maior calibre.

Se em vez de uma só phlyctena desenvolver-se maior numero d'ellas, então a vermelhidão torna-se geral podendo similhar uma conjunctivite catarral. A phlyctena pode manifestar-se do lado interno ou externo da esclerótica, á maior ou menor distancia da cornea ou sobre o limite corneano da conjunctiva. Neste caso a vermelhidão apresenta uma forma triangular, cuja base olha para a região re-