

da humanidade, as quaes não podem andar á mercê do charlatanismo e das especulações.

Foi por estas rasões, e pelas outras expostas no presente officio, que o Conselho Administrativo appellou para V. S., preferindo este alvitre aconselhado pela nossa legislação, a levar a questão ao seio da assembléa provincial, o que, além de intempestivo, poderia parecer uma exauctoração ao Inspector da saúde publica, a quem o Conselho muito considera e respeita.

Finalmente o Conselho, continuando a reclamar e pedir as providencias consignadas em lei contra os mencionados abusos, deplora que, por falta de accordo no modo de interpretar o Regulamento de 29 de Setembro de 1851, fique privado da auctoridade e luzes de V. S., as quaes lhe seriam de tão indispensavel auxilio na defesa dos direitos das classes medica e pharmaceutica, e tão grande serviço poderiam prestar aos interesses da saúde publica nesta provincia.

Deus guarde a V. S.—Bahia 7 de Dezembro de 1878.

Illm. Sr. Dr. Luiz Alvares dos Sanctos, digno Inspector da saúde publica.

*Dr. J. F. da Silva Lima, Presidente.*

*Dr. A. Monteiro de Carvalho, Secretario.*

*Dr. P. P. da Costa Chastinet, Thesoureiro.*

*Dr. S. de Oliveira Dias.*

*Pharmaceutico Innocencio F. da Cunha.*

---

## OPHTHALMOLOGIA

---

SOBRE A SCLEROTOMIA NO GLAUCOMA

Pelo Dr. A. Rodrigues Lima.

Uma das mais importantes e graves molestias na pathologia ophtalmologica é por certo o glaucoma.

Muito se tem escripto sobre ella, quasi todos os tratados especiaes são cheios de observações clinicas sobre este estado morbido, sua pathogenia tem sido de diversos modos explicada, mas entretanto uma nova theoria se vae sempre levantando sobre os destroços de uma theoria mais antiga, e a verdade sempre a occultar-se em méras vistas theoricas.

Só recentemente é que ophtalmologistas notaveis tem encaminhado o estudo d'esta molestia para um terreno despido de idéas preconcebidas, e explicado sua genese de um modo mais plausivel, d'onde tambem indicações therapeuticas mais razoaveis tem derivado. O symptoma cardeal do glaucoma, em todas as variedades que reveste a molestia, é a tensão intra-ocular muito augmentada.

Todos os demais symptomas são corollarios d'esse excesso de pressão.

A dor revestindo o caracter de uma nevralgia peri-orbitaria, a excavação do nervo optico com recalca-mento dos vasos retinianos de fora para dentro, a disposição em *crochet* ao partirem da papilla, a dilatação da pupilla e opacidade mais ou menos accentuada da cornea com anesthesia d'esta membrana, injecção venosa dos vasos que serpeando pela conjunctiva ocular vão perder-se nas immediações do limbo sclerotical, assim como injecção dos capillares peri-keraticos, emfim toda essa cadêa de symptomas materiaes ou appreciaveis pelo medico pode ser referida ao augmento da tensão intra-ocular.

Agora convém que demonstremos qual a causa d'esse facto, fallamos da pressão augmentada, qual será o mecanismo que da lugar ao accumulo de liquidos no interior do globo ocular.

A explicação d'este unico symptoma importa o conhecimento de todo o quadro pathologico que caracteriza o glaucoma. De Graefe acreditava que a molestia seria a consequencia de uma choroidite sorosa,—Don-

ders admittia que uma causa nervosa provocaria um augmento de secreção de liquidos e consequentemente um exagero da tensão intra-ocular.

Hoje estas duas theorias que por longo tempo tiveram curso na sciencia, não podem ser acceitas, depois que Wecker conseguiu demonstrar o mecanismo porque se faz a nutrição do globo ocular. Para este auctor o glaucoma seria produzido por uma ruptura do equilibrio entre a secreção e excreção dos liquidos do olho. Para elle não se poderia invocar para o glaucoma um caracter inflammatorio; a pathogenia da molestia acharia sua explicação n'uma perturbação mecanica do funcionamento do orgão.

A anatomia histologica demonstra que as vias excretorias do olho, a *via Leber* como propõe Wecker que se a denomine, em honra ao celebre anatomista que mais minuciosamente a estudara, é constituida pela região pericorneana.

E' n'este ponto onde vão ter os lymphaticos da cornea, sclerotica etc., estabelecendo communicações com os espaços lymphaticos ou lacunas existentes na trama do tecido trabecular que circunda a cornea.

O canal de Schlemm e o espaço de Fontana seriam as vias principaes da convergencia de todas essas cavidades lymphaticas, que communicão tambem directamente com a camara anterior, a qual do mesmo modo que a pleura e outras cavidades sorosas consideramos como um diverticulum do systema lymphatico.

O canal de Schlemm por sua posição anatomica seria pois o ponto central de todo esse systema circulatorio.

Wecker aproveitando-se d'essa disposição anatomica admite que no glaucoma o augmento de liquido intra-ocular não seria uma hypersecreção por influencia nervosa como quer Donders, mas sim seria produzido por um obstaculo no canal de Schlemm, difficultando a excreção physiologica e tendo como consequencia uma retenção dos liquidos secretados, e diz elle que o glau-

coma devia ser considerado... «comme l'expression d'un trouble d'équilibre entre la sécrétion et l'excretion, avec augmentation du contenu de l'œil et de sa pression.»<sup>1</sup>

Stilling accetou tambem esta theoria e para elle haveria em torno da papilla uma outra via lymphatica onde dar-se-hia a excreção para as partes profundas do globo ocular, do mesmo modo que no canal de Schlemm para a parte anterior.

Não discutiremos por mais tempo a questão pathogenica do glaucoma, e accetando a moderna opinião de Wecker diremos que o novo processo operatorio—a sclerotomia—deriva-se em linha recta d'essa pathogenica mecanica.

E' incontestavel que a descoberta de Graefe da iridectomia para cura do glaucoma foi um consideravel progresso cirurgico; nascida do empirismo esta operação não deve ser julgada actualmente como a ultima palavra em therapeutica ocular.

No congresso de Heidelberg de 1869 o professor Berlin chamou a attenção do mundo scientifico para um novo exame da iridectomia no glaucoma.

Mencionou muitos casos em que logo após uma iridectomia, reclamada por glaucoma, a agudeza visual decresceu consideravelmente sem que tivesse havido hemorrhagia.

Acreditava elle que estes accidentes serião ligados á uma atrophia aguda do nervo optico, ou á uma ischemia consideravel da papilla.

Liebreich n'essa mesma occasião impugna as idéas de Berlin affirmando que a pallidez ou ischemia da papilla era constante após todas as iridectomias, e nenhuma influencia teria sobre o poder visual.

Mauthner, um dos mais eminentes oculistas de Vienna affirma ter observado muitos casos de glaucoma chro-

<sup>1</sup> Wecker Communicação oral—1888.

nico em que a visão peiorou consideravelmente em consequencia da iridectomia, sem que fosse apreciavel a causa que isso tinha determinado, em muitas observações por elle colhidas a diminuição da agudeza visual apresentava-se tão inesperadamente que o illustre pratico não poderia deixar de condemnar a iridectomia, e exclamava que era realmente deploravel submeter tantos individuos ainda capazes de trabalho á uma operação que muitas vezes, e de uma maneira tão rapida, arrastava a perda da agudeza visual.

Já em 1869 Wecker dissera que se fosse possivel praticar-se uma larga incisão da sclerotica perto do bordo corneano, sem que houvesse encravamento da iris, elle abandonaria a excisão da iris. Depois, em 1869 dissera ainda que parecia-lhe que a acção da operação anti-glaucomatosa não era dependente de uma maior ou menor excisão da iris, mas sim da posição e extensão da incisão na sclerotica; a cicatrização kystoide que se estabelece na ferida sclerotical favorece a filtração do humor aquoso de um modo persistente e contribue assim efficaçmente para a diminuição da pressão intra-ocular.

Depois de Wecker, um dos especialistas que mais contribuiu para a introduccção da nova operação foi Stellwag de Vienna. Foram estes dous illustres professores quasi, pode-se assim dizer, os creadores da sclerotomia, mas entretanto o receio que tinham do encravamento da iris era tão grande que Wecker imaginava substituil-a por uma drainage, como depois aconselhou no descollamento da retina, e Stellwag teve-se ainda á iridectomia.

Apezar do inconveniente acima apontado, os bons resultados que em favor da sclerotomia consignava a sciencia decidiram de sua sorte, e em 1871 novos especialistas tentaram ainda pol-a em honra. Quaglino na Italia praticou-a em aquelle anno cinco vezes, e duas e tres vezes em um mesmo olho e os resultados

foram muito favoráveis.—Segundo elle o grande inconveniente, o grande escolho que tanto contribuiu para desacreditar-a na pratica—o encravamento da iris, pode ser evitado pelo cuidado operatorio. Em a mesma occasião em Utrecht no serviço do celebre Donders os resultados foram ainda animadores e em Paris, segundo uma estatistica publicada por Martin do serviço de Wecker foi essa operação ainda sete vezes praticada com bons resultados.

Do que vai exposto pode-se deduzir que a excisão de iris não constitue uma condição indispensavel para a cura do glaucoma, e se assim não fosse como poder-se-hia explicar os bons resultados em muitos casos em que por varias circumstancias de momento a excisão foi incompletamente feita, e mesmo em outros em que nenhum coloboma houvera sido praticado?—Ainda mais, a incisão da sclerotica ou do limbo sclerotical na iridectomia pode determinar como resultado da cicatrização uma modificação de curvatura da cornea e consequentemente um astigmatismo. O encravamento de iris, o accidente mais de recear na scleromia, e que muito contribuiu para que ha mais tempo essa operação não fosse uma das mais communs em ophthalmologia, pode-se affirmar que hoje é possível evitar inteiramente por uma instillação previa da eserina, que determina uma myosis e impede absolutamente que a iris faça hernia na abertura da incisão; e depois uma instillação do mesmo alcaloide ao terminar-se a operação impedirá que a iris fique comprehendida na cicatriz.

Em Vienna tivemos occasião de ver praticar a sclerotomia diversas vezes por Stellwag e Borysieviecks e em Paris por Abadie e Wecker: Os bons resultados que nos foram dados observar nos serviços d'esses celebres ophthalmologistas incitaram o rasoavel desejo de praticar-a entre nós, logo que nos fosse possível. Ultimamente um doente que esteve

submettido á nossa observação offerecco-nos o ensejo de realizar esse desideratum, e o excellento resultado obtido animou-nos á publicação do que vai dito sobre essa operação, de uma execução tão simples e de um resultado therapeutico tão interessante. Em Outubro ultimo consultou-nos um doente de 54 annos de idade. Disse-nos ter em Fevereiro do corrente anno sido acommettido de dores no olho direito, e de um pequeno gráo de perturbação na vista, .. que elle attribuiu ás dores e que tendo cessado estas tambem a vista voltou ao estado normal.—Nenhum tratamento fizera, ao menos não consultara nenhum medico.

Alguns dias antes de apresentar-se á consulta disse terem voltado as dores com muito mais intensidade que no principio do anno e a vista decrescendo de dia em dia. Pelo exame, chegamos com muita facilidade á estabelecer o diagnostico de glaucoma. O olho achava-se bastante inflammado, uma injeccção sub-conjunctival perikeratica intensa, a cornea ligeiramente opalina, a pupilla dilatada e o doente dizia ver arco-iris em torno da luz. A tensão do olho era muito consideravel e sobretudo facil de reconhecer-se pela pressão simultanea que fizemos sobre o olho esquerdo normal. Pelo exame opthalmoscopico reconhecemos apenas um recalçamento ainda em começo da papilla, a excavação classica não se tinha ainda determinado, o campo visual estreitado de dentro para fóra; impressão á luz normal. Fizemos tambem o exame da refração no doente mas não nos demoraremos em uma descripção mais minuciosa porquanto nosso principal fim é o processo operatorio. Resolvida a operação praticamol-a no dia immediato no seguinte modo. Não empregamos a faca de Wecker proposta para essa operação, preferimos a de Graefe para a catarata. Antes de tudo fizemos a instillação de algumas gottas de sulfato neutro de eserina; produzida a myoses desejada, introduzimos a faca com as mesmas regras recommendadas por

de Graefe para a operação da cataracta, mas não só a punção como a contra punção fizemos no limbo corneano, como recentemente faz Wecker na sclerotomia e na cataracta. Feita a contrapunção continuamos a incisão com o corte da faca um pouco para diante e praticando movimentos como de *serrar*, e conservamos uma certa porção do limbo, que constituiu uma ponte de união entre a cornea e esclerotica na parte media, ficando aos lados do arco superior da cornea duas incisões—uma correspondendo ao ponto da punção, outra da contrapunção, exactamente como a incisão da cataracta pelo processo de Wecker com a differença de não ser completa.

A somma das duas incisões maior que a incisão de regra na iridectomia facilita mais a filtração dos liquidos intra-oculares,—fim a que nos propunhamos.

Retirada a faca mui lentamente para a sahida á pouco e pouco do humor aquoso, fizemos nova instillação de eserina e applicamos um aparelho compressivo, recommendando ao doente uma completa immobildade, ao menos durante algumas horas.

Ao fim de 12 horas retiramos o aparelho compressivo afim de verificar se a iris fizera hernia; applicamos ainda 2 gottas de eserina; de novo o monoculo o qual ainda passadas 24 horas renovamos, com uma nova instillação de eserina; cinco dias depois da operação retiramos definitivamente o aparelho tendo durante esse tempo levantado apenas tres vezes afim de examinar o estado da iris e repetir as instillações de eserina, cujos effeitos muito concorrem para o bom exito da operação, não só provocando uma myosis da pupilla, como por sua acção sobre as paredes dos vasos. A constricção vascular que ella evidentemente determina contribue em larga parte não só para a diminuição da pressão intraocular como para impedir a suppuração da ferida.

O doente acha-se curado.