

1176

1904

Alberto Ribeiro

Ex-externo do Hospital de Santo Antonio

N.º 8

As injeções sub-conjunctivae
de sublimado nas ulceras da cornea

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

Apresentada á

Escóla Medico-Cirurgica do Porto



Typ. C. Vasconcellos - Porto

119/8 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

José Alfredo Mendes de Magalhães

Corpo Cathedratico

Lentes Cathedraticeos

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral | Luiz de Freitas Viegas. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria. | Clemente J. dos Santos Pinto. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém-nascidos. | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna | José Dias d'Almeida Junior. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica. | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica. | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira — Hygiene | João Lopes da S. Martins Junior. |
| 14. ^a Cadeira — Histologia e physiologia geral | José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| 15. ^a Cadeira — Anatomia topographica | Carlos Alberto de Lima. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Secção medica | } José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | } Pedro Augusto Dias. |
| | } Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Secção medica | } Vaga. |
| | } Vaga. |
| Secção cirurgica | } Antonio Joaquim de Sousa Junior. |
| | } Vaga. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|---------|
| Secção cirurgica | } Vaga. |
|----------------------------|---------|

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 de abril de 1840, artigo 155.º)

À MEMORIA

DE

Meu Pai

A

Minha mãe

Calcule a alegria que
sentis n'este momento.

A

Meu irmão Alfredo

O que sou, a ti o devo;
foste para mim um ver-
dadeiro pae.

A minhas irmãs

Ermelinda, Sophia e Lucinda

Tenho por vós toda a
dedicação de irmão.
Um abraço do vosso
Alberto.

A

Minha irmã e madrinha

E MEU CUNHADO

Antonio José D'Araujo Simentel

Conheço bem o affecto que me
consagraes.

Nunca vos esquecerei.

A

Minha irmã Marquiza

E MEU CUNHADO

Gaspar Emilio Lopes Cruimarães

Um abraço.

A MEU PADRINHO

Padre Alexandre Joaquim Martins Ribeiro

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Paulo Marcellino Dias de Freitas

Vejo em vós uma verdadeira dedicação paternal; oxalá que sempre continue a merecer a vossa protecção, amisa-
de e confiança.

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Custodio José da Costa

e sua Ex.^{ma} Esposa

D. Maria Julia dos Santos Costa

Amigos como Vós são hoje bem
escassos: não é porém com palavras
que eu posso revelar o meu profundo
reconhecimento.

A minha gratidão será eterna.

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

João Baptista de Lima Junior

O meu profundo reco-
nhecimento.

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

EDUARDO AUGUSTO DE CARVALHO BRAGA

*Nunca esquecerei os tempos
de Braga. Muito obrigado.*

Á Ex.^{ma} Sr.^a

D. Marianna Barbosa d'Albuquerque

e seu Ex.^{mo} Marido

João Duarte d'Albuquerque

Tenho por vós profunda
sympathia.

AOS MEUS PARENTES

D. Maria Motta

João Gonçalves da Motta

Antonio Abel Affonso

Pompeu Martins de Moura e Ex.^{ma} Esposa

Com muita amizade e reco-
nhecimento, um abraço.

AO EX.^{mo} SNR.

Dr. Guilherme Nogueira

E

Dr. Ortigão Miranda

Um alumno reconhecido.

AOS EX.^{mos} SNRS.

Dr. Antonio Ramos de Faria Magalhães

E

Dr. Joaquim Augusto de Mattos

Muito obrigado.

AO MEU VELHO AMIGO

Dr. José Joaquim Vieira Filho

Um apertado abraço.

Aos Ex.^{mos} Snrs. Drs.

Joaquim Martins da Silva

Eduardo Guimarães

Casimiro Barbosa

Arthur Magalhães Ribeiro

Julio Victoria

O meu agradecimento.

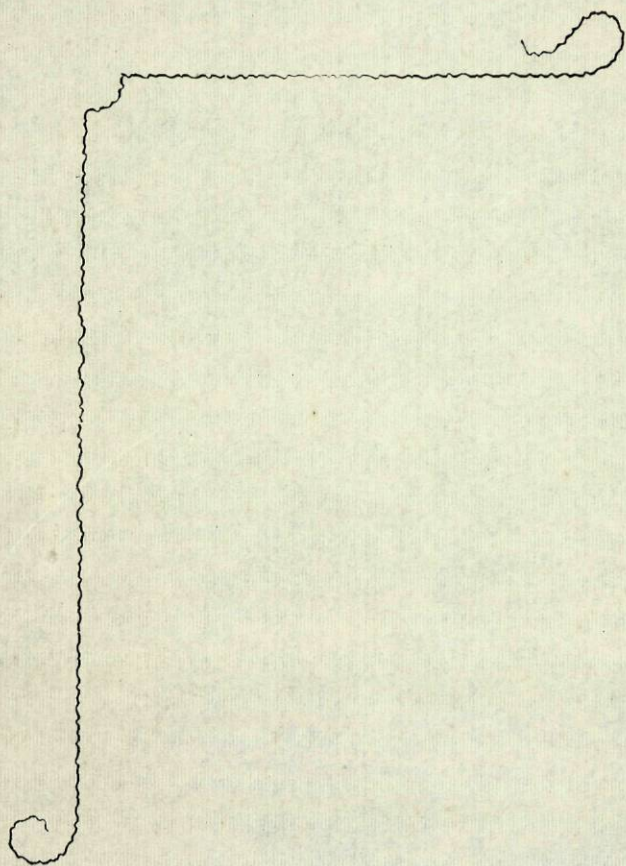
Aos Meus Amigos

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE DE THESE

O Ex.^{me} Snr.

Dr. Carlos Alberto de Lima

*Homenagem á sua bondade
e saber.*



PREFACIO

As imperiosas necessidades da «lucta pela vida» forçam-me a rematar o meu curso medico immediatamente, e portanto a apresentar um trabalho, pensado e elaborado nos raros e sempre preoccupados intervallos das minhas obrigações escolares, e ainda, uma ou outra vez, com sacrificio d'estas, sacrificio aliás não compensado, em regra, pela utilidade de taes trabalhos.

Assim apertado pela força das circumstancias e pela da lei, tres caminhos se me offereciam: ou apresentar um trabalho especulativo, destinado a revelar um profundo espirito critico e superiores faculdades

litterarias, que eu não possuo; ou uma simples compilação, arranjada com mais ou menos engenho e arte, mas sem utilidade para quem a faz e para quem a lê; ou finalmente, uma singela monographia sobre assumpto clinico, a qual ao menos tem, para quem a elabora, a vantagem de lh'adestrar as faculdades d'observação, fundamento positivo do intitulado *tinio medico*.

Os meus modestos recursos scientificos e litterarios, e a tendencia do meu espirito para os trabalhos d'observação impelliam-me por este ultimo caminho, e segui-o.

Como geralmente acontece, em tal conjunctura, a escolha do assumpto é sempre embaraçosa, e só nos fixamos em determinado ponto depois de tentarmos diversos, no que infelizmente se dissipam muito tempo e cuidados.

Assim me aconteceu; e antes d'adoptar o assumpto d'esta dissertação tentei escrever sobre outro, a cujo estudo consagrei muito tempo, e que poderia intitular-se — *tratamento cirurgico das nephrites chronicas* —, trabalho porventura novo no nosso paiz.

Depois d'extrahir porém da longa observação clinica d'um caso interessantissimo de nephrites, que me coube em clinica medica, abundantes materiaes de construcção para tão importante trabalho, reconheci que nem dispunha do tempo nem dos dotes de *architecto*, reclamados por construcção de tal magnitude, e desisti do intento.

Accorreu-me então ir buscar o assumpto ao campo vastissimo da opthalmologia, a que consagrara, desde o meu terceiro anno e sob o aspecto o mais possivel technico, todo o tempo, que as minhas obrigações escolares me permittiram dar á frequencia da consulta d'olhos do Ex.^{mo} Snr. Dr. Ramos de Magalhães, a quem consigno aqui o meu profundo reconhecimento pelo muito que me aturou e pelo muito que devo á sciencia e pericia do mestre, e á incansavel bondade do amigo.

E preferi, d'entre tantos que se me offereciam, o assumpto sobre que disserto, porque, além de se m'afigurar importante, era o mais compativel com as circumstancias que dominam este meu trabalho: o pouco tempo disponivel.

E como lograsse obter o pleno assentimento a esta minha escolha, por parte do meu illustre presidente, o Ex.^{mo} Snr. Dr. Carlos de Lima, professor tão erudito como bondosissimo, escrevi então o modesto trabalho, que muito respeitosa deponho nas mãos do meu illustre jury, para cuja benevolencia appello em nome da sua bondade, em primeiro lugar, e dos motivos que resaltam d'este prefacio, em segundo.

Resumo historico

Os bons serviços das injeções sub-conjunctivae são conhecidos desde alguns annos.

Este modo de tratamento de determinadas doenças d'olhos, foi inspirado por M. Abadie, quando em 1889 fazia uma comunicação sobre as injeções intra-oculares como meio preventivo da ophtalmia sympathica.

Pela mesma epocha, pouco mais ou menos, M. Reymond de Turin, Gallenga e Secondi, apregoavam os bons effectos não das injeções intra-oculares, mas das injeções sub-conjunctivae de sublimado no tratamento da irido-cyclite sympathica.

Esta proclamação tão notavel a favor do novo processo de tratamento, levou

outros distinctos ophtalmologistas a proceder a ensaios, sobretudo nas doenças de olhos que elles consideravam manifestamente de natureza inficciosa.

Foi assim que Dufour de Lausanne, Van Moll de Rotterdam, Gepner de Varsovia — obtiveram resultados admiraveis pelas injeções sub-conjunctivaes de sublimado nas ulceras da cornea.

Esta revolução feita na therapeutica ocular a favor das injeções não passou despercebida a Darier, que por seu turno começou tambem a fazer ensaios, apresentando em 1891 o resultado das suas experiencias feitas com as injeções de sublimado nas keratites, irites, choroidites, retinites, nevrites e atrophias, que suspeitava de natureza inficciosa.

A publicidade que teve, o exito obtido, veio revolucionar a therapeutica ocular até então usada.

E a applicação dos saes de mercurio pela via sub-conjunctival em grande numero de doenças d'olhos, suspeitas de inficções, tomou o lugar primacial na therapeutica a instituir-lhes.

Esta nova medicação foi vigorosamente atacada por alguns ophtalmologistas, d'entre os quaes Wecker, que a incriminavam de irritante e dolorosa.

A estas accusações respondeu sempre Darier com factos irrefutaveis, concordando comtudo em que alguns casos havia, em que podia ser irritante ou dolorosa, inconvenientes que desapareciam substituindo o sublimado pelo cyanureto de mercurio.

Convencido Wecker, não tem duvida em introduzil-a na sua clinica, apparecendo pouco depois a confirmar os bons effeitos annunciados, e com mais esta valiosa opinião ficou consagrada a nova medicação ophtalmologica.

As propriedades curativas das injecções sub-conjunctivae de sublimado, podem observar-se diariamente na consulta ophtalmologica do Hospital de Santo Antonio, onde são habitualmente empregadas sempre que se apresenta á consulta um doente, portador d'ulcera da cornea. ¹

¹ Quando se fez a montagem da consulta ophtalmologica, esta não tinha formulario seu.

E como o formulario geral da Santa Casa não contivesse as injecções de cyanureto, foi o sublimado empregado para as injecções.

Mais tarde foi elaborado um formulario especial para a consulta, em que foi incluído o cyanureto de mercurio.

Ainda foram feitos alguns ensaios, para vêr se haveria vantagem em empregal-o em vez do sublimado.

Como estas vantagens não se fizessem notar, e os resultados obtidos com o sublimado nada deixassem a desejar, é o motivo por que ainda hoje se emprega ali o sublimado em vez do cyanureto.

Noções preliminares

A acção das injeccões sub-conjunctivae é extensiva a quasi todas as doenças do globo ocular.

Ninguem deve desconhecer hoje os bellos serviços que ellas nos prestam, quer por si só quer *sobretudo* empregadas como adjuvantes das medicações usadas habitualmente.

E' assim que, querendo nós actuar d'uma maneira rapida e intensa nos casos em que a therapeutica ocular, até ahi empregada, se confessou impotente para debellar rapidamente as lesões extensas produzidas, lançamos mão das injeccões sub-conjunctivae, e no fim de vinte e quatro horas todos podem notar as modificações favoraveis que se deram na lesão.

D'entre as doenças em que os seus effeitos admiraveis podem ser observados, citarei: as keratites, irites, irido-cyclites, choroidites e nevrites, havendo comtudo algumas d'estas doenças em que os resultados são de tal fórma brilhantes, que nos levam a crêr que as injecções sub-conjunctivaes de sublimado, teem para ellas uma verdadeira acção electiva — taes como as keratites e choroidites.

Onde porém a supremacia das injecções sub-conjunctivaes de sublimado e a sua victoria sobre as outras medicações empregadas são mais manifestas, é nas — keratites ulcerosas — e é justamente n'esta especie de lesões que ellas teem um largo emprego.

Keratites — ulceras e suas consequencias

Quando examinamos um olho atacado de keratite, um signal que immediatamente impressiona o observador é a perda de transparencia da cornea.

A causa d'esta opacidade reside na presença d'uma infiltração serosa, muita rica em elementos cellulares, occupando o espaço comprehendido entre o epithelio anterior da cornea e a membrana de Bowman, ou o proprio tecido fundamental.

E' pois a constatação d'este infiltrado que marca o inicio da keratite, porquanto os elementos cellulares provenientes da rede perikeratica pelo mechanismo da diapese, ou resultantes d'uma hyperplasia das cellulas fixas da cornea denotam uma immediata reacção local, desempenhando o

salutar papel de verdadeiros luctadores contra os agentes irritantes.

Os destinos ultteriores d'esta infiltração são a base da divisão clinica em — não suppurativas e suppurativas.

Nas keratites não suppurativas ha habitualmente uma terminação feliz, ficando o doente com a sua visão perfeitamente normal; é o caso em que o exsudato é completamente reabsorvido, ficando a cornea com a sua transparencia perfeita.

Comtudo, observa-se por vezes um phenomeno interessante a despeito do desaparecimento completo do exsudato — a cornea manifesta uma certa opacidade.

A explicação d'este facto reside, talvez, n'uma modificação estructural da substancia fundamental da cornea por um processo degenerativo.

Para outras modificações de transparencia que resultam d'uma incompleta reabsorpção do exsudato, a explicação é mais completa: esse reliquat de exsudato organisa-se, e fica como corpo delicto em opacidades permanentes.

Por o esboço que acabamos de fazer, se vê, que as keratites não suppurativas respeitam sempre a completa integridade da cornea, nunca prejudicando a sua constituição anatomica.

Outro tanto não acontece com as keratites suppurativas, em que a destruição d'uma certa quantidade de substancia é regra.

E, conforme a maior ou menor resistencia que a cornea oppozer a este processo essencialmente demolidor, assim teremos uma lesão superficial ou profunda que depende sempre da quantidade e qualidade do tecido destruido.

Porém, nem sempre devemos attribuir a intensidade da lesão á maior ou menor resistencia organica, sempre prompta a cortar a retirada ao agente pathogenico, mas é forçoso tambem que entre em linha de conta a virulencia de que é dotado esse agente destruidor.

A fôrma mais simples da keratite suppurativa é a *ulcera da cornea* que se apresenta sob a fôrma d'uma excavação mais ou menos profunda, de fundo cinzento e irregular, e contornada por uma *infiltração* — primeiro periodo do processo suppurativo — que dá aos seus bordos uma certa opacidade.

Os resultados felizes ou funestos de que este processo demolidor se faz acompanhar, estão dependentes da phase regressiva ou progressiva em que entra a ulcera, que é seguida da cicatrisação nos casos mais favoraveis.

Outro tanto não acontece porém, quando a ulcera progride sobretudo em profundidade, porque então os resultados ultimos por ella provocados podem ir desde um simples *descemétocél* até á *panophthalmia*.

Durante a phase progressiva, o *infiltrado* que limitava e circumscrevia a suppuração a uma certa extensão da cornea, vae-se alastrando, quer em superficie quer em profundidade, podendo mesmo invadil-a por completo.

E, como a esta cedencia de terreno corresponde fatalmente uma perda de substancia, resulta que a cornea póde ser inteiramente destruida.

Quanto á — phase regressiva — poderemos consideral-a como o inicio da cicatrização.

E' então que observamos o estacionamento da suppuração, porquanto a infiltração que contornava a ulcera desaparece, bem como o tecido mortificado existente nos bordos e fundo da ulcera, resultando uma excavação perfeitamente limpa, e readquirindo o tecido corneano a sua transparencia normal.

Referidos assim d'uma maneira rapida o primeiro e segundo periodo das keratites suppurativas — d'infiltração e de suppuração — e este ultimo nas suas duas phases

— progressiva e regressiva — resta-nos dizer alguma coisa sobre o terceiro periodo das keratites suppurativas :

A cicatrização. — A reparação da perda de substancia determinada pela ulcera da cornea effectua-se d'uma maneira simples, quando a perfuração da cornea não venha complicar o processo.

São as proprias cellulas da cornea que, hyperplasiando-se, tendem a encher o vasio resultante, mediante o trabalho da circulação que immediatamente corre em seu auxilio para lhes fornecer os materiaes nutritivos de que carecem.

O tecido cicatricial resultante, branco e opaco (leucoma), póde nivelar-se com a superficie livre da cornea, ficando esta perfeitamente regular, e em nada alterada a sua convexidade.

Casos ha, porém, em que o tecido de neo-formação não preenche por completo a excavação ficando uma depressão permanente chamada — fosseta corneana.

Outras vezes o tecido cicatricial eleva-se acima do nivel da cornea, por isso que o tecido corneano, que não foi destruido no fundo da ulcera, ficara formando uma lamina tão pouco espessa que não tem resistencia bastante para dominar a pressão

intra-ocular, deixando-se distender de dentro para fóra e formando a *cicatriz ectatica*.

Da destruição da cornea em superficie resultará a sua opacidade completa.

Se porem as suas camadas profundas não são poupadas aos progressos da suppuração e a perfuração se produz, são então as outras membranas oculares que veem tomar parte na cicatrisação, comportando-se differentemente conforme a situação e calibre da perfuração, d'onde derivam as consequencias funestas de que a ulcera póde ser causa. A este respeito faremos breves considerações depois de dizermos que a membrana de Descemet ainda póde, por algum tempo, salvaguardar a integridade dos meios sub-jacentes á cornea, em virtude da sua grande resistencia á suppuração; e só depois de ter feito prociencia e rebentado é que os outros meios entram em acção.

Consequencias da perfuração.—Nos casos, em que as perfurações da cornea não sejam perfeitamente centraes, o papel mais importante é confiado á iris, estando a perfuração por diante d'ella.

E, assim, quando houver uma ruptura pequena da cornea, a iris vem ajustar-se e fixar-se ao orificio.

Outro tanto não acontece quando a aber-

tura tem maiores dimensões, porque então a iris hernia através d'ella, contrahe adherencias com os seus bordos e, mais tarde, um processo inflammatorio, que a ataca, determina uma mudança completa na sua constituição e côr, acabando por transformar-a n'um verdadeiro tecido cicatricial.

Se, porém, a perfuração tem por séde a parte central da cornea, sómente o bordo da iris penetra n'esta abertura. Na parte mais central o bordo é mesmo herniado ou adherido.

No entanto, algumas vezes, a membrana cicatricial é refluida em virtude do tonus ocular, formando-se o chamado — staphyloma da cornea que pôde ser total ou parcial.

Escusado será dizer que, mantendo a pupilla relações estreitas com a iris, deverá naturalmente experimentar variações de fórma com estas deslocações, podendo chegar até á sua obliteração completa.

Seguidamente vem o crystallino, que separado da parte central da cornea pelo humor aquoso, é tambem influenciado todas as vezes que a perfuração tem por séde a parte mais central da cornea.

Como a iris não pôde produzir a obliteração, porquanto a abertura está fóra dos seus limites, é o crystallino que pela sua

face anterior vem ajustar-se á face posterior da cornea em virtude da sahida do humor aquoso atravez da perfuração.

Mais tarde, depois da cicatrisação da ulcera, o humor aquoso regenera-se e o crystallino é refluído para o seu lugar; mas como consequencia do seu contacto com a cornea sã e com o exsudato resultante da sua destruição, apresenta uma opacidade mais ou menos extensa da crystalloide anterior, chamada—cataracta capsular central anterior—e outras vezes a sua opacidade póde mesmo ser total.

Nos casos em que lidarmos com doentes pouco docéis, o tecido cicatricial, ainda muito delicado, póde romper-se sob a influencia do menor esforço, resultando a fistula da cornea, e o olho ficar para sempre perdido.

Ainda como consequencias graves resultantes da perfuração da cornea citarei:

A luxação do crystallino. Que se produz todas as vezes que a pressão intra-ocular diminue pelo esvasiamento brusco da camara anterior do olho, actuando como precioso adjuvante a diminuição de resistencia da zonula de Zinn provocada pela alteração do processo morbido de visinhança.

As hemorrhagias intra-oculares. Pro-

duzem-se quando pela sahida brusca do humor aquoso ha desequilibrio de pressões nos vasos intra e extra-oculares engorgitados de sangue.

Finalmente citaremos as irido-cyclites suppurativas e as panophtalmias.

Etiologia. — Debaixo do ponto de vista etiológico poderemos dividir as ulceras da cornea em *primitivas* e *secundarias*.

Tanto n'umas como n'outras, temos a considerar as causas determinantes e as causas predisponentes.

A causa determinante reside nos agentes microbianos que normalmente habitam o sacco conjunctival.

Como causa predisponente é necessario que haja uma descamação epithelial ainda que ligeira, que nas ulceras primitivas pôde ser determinada pelos traumatismos ou por uma nutrição imperfeita da cornea.

D'entre os agentes traumaticos, são os corpos extranhos aquelles que mais devemos incriminar, não só pela sua frequencia mas tambem pela sua gravidade, pois caso não recorramos a uma medicação desinfectante cuidadosa, a ulcera é sempre acompanhada de hypopion.

Nas ulceras secundarias, as doenças que mais vulgarmente provocam o seu

aparecimento são as *dacriocystites*, com frequência observadas no nosso meio hospitalar.

Aqui as úlceras são bastante rebeldes ao tratamento, porque não obstante uma boa desinfecção, o pus está constantemente a actuar sobre a lesão ulcerativa da cornea.

Outras doenças que ainda podem dar origem ás keratites ulcerosas, são por ordem da sua frequência—a keratite phlyctenular—conjunctivite lymphatica—e o pannus trachomatoso.

Tratamento

No tratamento das úlceras da cornea são tres as principaes indicações a preencher:

A *primeira*, que immediatamente se impõe, é a investigação da *causa productora*.

A *segunda*, fazer uma *boa desinfeção* por meio dos agentes therapeuticos á nossa disposição.

A *terceira*, estimular a actividade nutritiva dos elementos da cornea para provocar a sua *reparação*.

A indicação causal satisfeita, iremos atacar a ulcera em si, soccorrendo-nos para isso d'uma therapeutica geral e local.

No que diz respeito á medicação geral,

esta deverá estar sempre em relação com a constituição do individuo.

Quanto ao tratamento local, os meios que formam a sua base são muito variados, escolhendo nós uns ou outros conforme a indicação do caso.

Esses meios podem ser classificados em *medicos* — *cirurgicos* — e *mixtos*.

Como meios medicos citaremos todos os desinfectantes e antiphlogisticos, quer pharmacologicos quer physicos, applicados *secundum artem*; chirurgicos — o galvano-cauterio — curetagem — paracentese — e operação de Saemisch; e finalmente os mixtos — as injeções sub-conjunctivaes.

Como a escolha d'entre os meios locaes está subordinada á gravidade da lesão, exporei a medicação usual empregada, conforme essa gravidade.

Exemplifiquemos: Supponhamos que se nos apresenta á consulta um doente portador d'uma simples erosão epithelial da cornea; aqui, depois de havermos satisfeito á indicação causal, começa-se por fazer uma larga desinfeção do globo ocular com as loções boricadas ou saes de mercurio; instilla-se duas gottas d'atropina para produzir uma acção anti-phlogistica, faz-se seguidamente a applicação da pomada d'iodoformio ou succedaneos, e recommenda-se ao

doente o uso d'uma pala preta ou penso humido afim de proteger o globo ocular contra a acção da luz solar e agentes irritantes.

Com esta medicação de pouca energia obtem-se muitas vezes resultados bastante satisfactorios, porquanto o doente ao fim de uma ou duas semanas apresenta-se curado não havendo vestigios de cicatrisação, sendo o tratamento geral perfeitamente dispensado.

Se porem o caso é de *média intensidade* em que a infecção é evidente, embora os symptomas inflammatorios sejam pouco intensos, será necessario conjugar a medicação local com o tratamento geral, devendo a medicação ser sufficientemente energica e dotada de propriedades desinfectantes, anti-phlogisticas e eutrophicas, afim de limitar o mais possivel a um campo restricto a lucta do medicamento contra o agente pathogenico e provocar a cicatrisação.

Sabe-se já quaes os medicamentos de que lançamos mão na ulcera benigna para produzirmos a desinfecção e acção anti-phlogistica; pois aqui, além d'esses agentes therapeuticos, empregam-se as compressas quentes durante meia hora para estimular a actividade nutritiva da cornea, mas sómente quando a ulcera entrar na phase de cicatrisação.

Com este processo de tratamento preconizado por ophthalmologistas distinctissimos obtem-se bons resultados, embora a cicatrização não prime pela sua grande rapidez.

Nos casos graves, em que a ulcera é de tal fórma infecciosa que ameaça não só destruir a cornea, como o proprio globo ocular, aconselham os differentes tratadistas que se recorra aos causticos, taes como a tintura d'iodo que na verdade nos presta por vezes relevantes serviços.

Mas uma vez a sua impotencia confessada para debellar semelhante mal, aconselham a que se recorra aos meios chirurgicos taes como :

A curetagem — destinada a alliviar a ulcera do tecido mortificado, pulverisando seguidamente a cavidade com iodoformio e fazendo o penso compressivo.

Este penso póde ser renovado ao fim de vinte e quatro horas para fazer a applicação d'um sedativo — atropina ou eserina — conforme as indicações.

E' ainda medicação aconselhada e senão a melhor de todas, a cauterisação com o galvano-cauterio para destruir os agentes infecciosos, seguida do penso compressivo.

Se porém ha hypopion e a tensão da camara anterior do olho é muito elevada, porquanto o pus ahi existente está muito

concretizado e sem tendencia a reabsorver-se, faz-se a paracentese e evacuação do pus concreto.

Pelo que respeita á operação de Sae-misch muito preconizada por Wecker e Landolt, é posta de parte por alguns auctores taes como Lagrange e Edouard Meyer.

E somos chegados ao emprego dos meios mixtos, como são as injecções sub-conjunctivae, que nos prestam reaes serviços, e que são a medicação especial da nossa preferencia.

Medicação especial
pelas injeções sub-conjunctivae
de sublimado

Durante a minha passagem pela consulta ophtalmologica do Hospital de Santo Antonio, proficientemente dirigida pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Ramos de Magalhães, de toda a therapeutica ocular alli empregada nas diferentes doenças d'olhos foram as injeções sub-conjunctivae de sublimado, nas *ulceras da cornea*, que mais impressionaram o meu espirito, avantajando-se a todos os meios para combater semelhantes lesões, d'uma maneira notavel.

Esta mesma medicação tem sido tambem empregada pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Joaquim de Mattos, na enfermaria n.º 6, para

combater não só as úlceras da cornea mas ainda as proprias keratites.

Os seus effeitos sobre as keratites tambem tive occasião de apreciar-os nas enfermarias da escola, n'um doente de que eu era assistente, na clinica ophtalmologica do sabio professor o Ex.^{mo} Snr. Dr. Placido da Costa.

Tratava-se d'uma keratite parenchymatosa; o nosso illustre professor fez-lhe uma injeccão sub-conjunctival de cyanureto ($\frac{1}{4}$ de seringa); o doente, que sentiu uma dôr por espaço de 15 minutos, apresentava-se nos dias seguintes bastante melhorado.

Cinco dias depois levou nova injeccão; egual operação foi praticada decorridos vinte dias após a primeira, apresentando-se n'este momento quasi curado.

Na consulta ophtalmologica é regra, todas as vezes que se apresenta um doente portador d'uma ligeira excoiação epithelial, fazer-se o tratamento usual; e, só depois dos effeitos negativos d'este, se recorre ás injeccões sub-conjunctivaes.

Quando porém se trata d'um caso d'ulcera de média intensidade em que já ha infecção, immediatamente se faz uma injeccão sub-conjunctival de sublimado, vendo-se no dia seguinte as mudanças beneficas que se operaram.

Basta metade do tempo gasto no tratamento das úlceras pelos meios usuaes, para se obter a cicatrização completa.

Nos casos graves em que o olho está completamente ameaçado de destruição, as injeções sub-conjunctivae de sublimado mostram sempre á evidencia a sua supremacia sobre as outras medicações, não observando caso algum em que tivesse de recorrer-se aos meios cirurgicos para destruir o mal.

Para fundamentar a minha confiança nas injeções sub-conjunctivae, e avaliar a sua superioridade sobre as outras medicações nas úlceras da cornea, com pleno e benevolo assentimento do Ex.^{mo} Snr. Dr. Ramos de Magalhães, procurei estabelecer comparação com os outros tratamentos conhecidos.

Para isso sujeitava o doente durante uns dias ao tratamento classico: locções desinfectantes apropriadas, instillações de atropina ou eserina, conforme a indicação, applicação de qualquer collyrio antiseptico e penso humido; no fim d'alguns dias, quando os resultados eram muito lentos ou nulos, iniciava o tratamento pela via sub-conjunctival.

Outras vezes escolhia dois doentes que se me affigurassem ter a mesma constitui-

ção e portadores de lesões approximadamente eguaes; n'um d'elles ensaiava as injeções, enquanto no outro fazia o tratamento classico. — Conclui o seguinte:

Ao passo que os doentes tratados pelas injeções apresentavam no fim de vinte e quatro horas a sua ulcera com os bordos e fundo mais regulares e a infiltração diminuida, outro tanto não acontecia com os tratados pela medicação usual em que as melhoras eram insignificantes senão nullas.

Nos doentes tratados pelas injeções bastaria em media attingir o numero de tres, com intervallos variaveis, para obtermos a cicatrisação.

Nos outros era necessario, pelo menos, quarenta dias para alcançar a cura.

E, caso a ulcera fosse pouco profunda, as injeções determinavam a cicatrisação sem formação de leucôma.

Não obstante os bons serviços prestados pelas injeções sub-conjunctivaes, ao sublimado são attribuidas propriedades irritantes, pelo que o proprio Darier fez a sua substituição pelo cyanureto, addicionando-lhe ainda a acoina ou a dionina que elle considera como poderosos analgesicos.

Nós, porém, apesar de empregarmos uma simples solução de sublimado a $\frac{1}{2000}$

fazendo apenas instillação previa d'algumas gottas d'uma solução de cocaina a 3% sem intervenção d'outro qualquer insensibilizador, só duas vezes observamos essas propriedades irritantes, apesar de assistirmos n'aquelle serviço hospitalar a innumeradas injeções.

E foi-me asseverado que nunca pensaram em lançar mão dos meios apropriados para evitar essa dôr, em virtude de raras vezes se ter notado.

É certo, porém, que algumas vezes a dôr succede á injeção, a qual se attribue não só á susceptibilidade individual e pusillanidade do doente, como sobretudo ao facto de a agulha interessar qualquer filete nervoso no momento em que penetra na conjunctiva, e n'esse caso qualquer sal de mercurio ou a propria agua distillada a provocaria.

Ha ainda quem tente desvirtuar os effeitos surprehendedentes obtidos pelas injeções sub-conjunctivaes, equiparando a sua acção a uma simples injeção d'agua.

Embora contra factos não haja argumentos, julgamos todavia d'utilidade passar uma rapida revista ás varias interpretações do seu processo d'acção.

Affirmam os antagonistas das injeções sub-conjunctivaes, que o sublimado em con-

tacto com a albumina existente no nosso organismo é transformado em um albuminato—corpo pouco soluvel.

Este facto, embora verdadeiro, para as injeções hypodermicas, que são sempre mais ou menos concentradas, não póde sê-lo por fórma alguma para as conjunctivaes em que as soluções são muito diluidas.

Mas admittamos por um momento a veracidade do facto.

Então, a acção therapeutica das injeções só poderia ser attribuida á agua, que actuaria por uma verdadeira lavagem, e nunca ao mercurio que sómente em quantidade insignificante penetra no globo ocular.

Porém, tendo nós presente ao espirito que nas injeções apenas algumas gottas d'agua penetram na conjunctiva, a virtude hydrica cahe pela base.

Um outro argumento, tambem muito em voga, destinado a atacar as injeções subconjunctivaes, é o dizer-se que não obstante a quantidade de mercurio que penetra no globo ocular ser insignificantissima para que se lhe possa attribuir qualquer acção therapeutica, uma parte d'essa dóse ainda vae penetrar na circulação geral.

Mas como actuará essa quantidade minima de mercurio?

Será como bactericida? Como eutrophico? Como estimulante das propriedades phagocyticas dos leucocitos?

A resposta a semelhantes objecções é dada pela clinica, que diariamente attesta os bons serviços prestados pelas injecções sub-conjunctivæes de mercurio, como medicação tropho-desinfectante.

Pela nossa parte seguiremos a Darier, que diz:

«Todas as vezes que seja necessario actuar d'uma maneira rapida e energica, recorrer-se-ha ás injecções sub-conjunctivæes de mercurio».

E' doutrina corrente que o mercurio penetrando no globo ocular desempenha o papel de microbida, cria um meio improprio para a pullulação dos agentes microbianos, e tem propriedades phagocyticas incitando á lucta os elementos encarregados da defeza do orgão, todas as vezes que agentes extranhos tentem alterar a sua integridade anatomica.

Quanto ao modo como as injecções sub-conjunctivæes penetram nas differentes camadas do globo ocular facilmente se comprehende, tendo presente a disposição do seu systema lymphatico constituido por vacuolos communicando entre si.

Ha mesmo algumas experiencias tendentes a demonstrar a diffusibilidade dos differentes liquidos nas membranas oculares.

Uma d'ellas consiste mais ou menos no seguinte:

Se instillarmos algumas gottas d'uma soluçao d'atropina no sacco conjunctival d'um animal, e se depois extrahirmos algumas gottas d'humor aquoso que instillamos n'um outro animal, obtemos mydriasis.

Technica

E' costume determinar-se as dimensões da ulcera da cornea pela fluorescina, que tem a propriedade de córar de verde claro as partes descamadas d'epithelio, antes de fazer-se a injecção.

A formula da solução é a seguinte :

Fluorescina	} ãa vinte centigrammas
Bicarbonato de soda	
Agua distillada	dez grammas

Seguidamente procede-se ás injecções.

A melhor posição a dar ao doente é o decubito dorsal, fazendo-se immediatamente a lavagem do globo ocular com uma

solução d'agua borica, permanganato ou cyanureto, conforme o grau d'infeccão, servindo-nos para isso d'uma seringa de bor-racha que permite irrigal-o largamente.

Depois instillamos duas a tres gottas de uma solução de cocaina a 6 % no angulo interno do olho.

Passados cinco minutos, que é o tempo bastante para se produzir a anesthesia da conjunctiva, lançamos então mão d'uma seringa de Pravaz (agulha de platina iridiada) previamente desinfectada, e enchemol-a da solução do sublimado a $\frac{1}{2000}$ regulando-se seguidamente a quantidade de sublimado que desejamos injectar.

E' então que ordenamos ao paciente que olhe fortemente para baixo e para dentro, ou para cima e para dentro, conforme tencionamos fazer a injectção no fundo do sacco superior ou inferior, e afastamos uma ou outra palpebra com o pollegar da mão esquerda (dispensando-se a intervençao de qualquer instrumento afastador — excepto nas creanças em que não podemos prescindir dos afastadores ou blepharostato) enquanto com a mão direita introduzimos a agulha superficialmente por debaixo da conjunctiva, o mais distante possivel da cornea para que não haja obstrucçao do circulo perikeratico, e praticamos a injectção.

Em seguida procedemos ao tratamento com pomada d'iodoformio ou succedaneos, e applicação do penso humido.

Quando a injeccão foi abundante (de $\frac{1}{4}$ de seringa para cima) o doente após ella, costuma a accusar algumas dôres de intensidade variavel que desapparecem decorridos apenas alguns minutos.

Seguindo de perto o doente, e sendo possivel observando-o diariamente, podemos reconhecer a necessidade de uma nova injeccão conforme a evoluçã da doença.

No entanto, é necessario ter-se bem presente ao espirito que o intervallo que vae d'uma a outra injeccão é na maior parte dos casos de dois dias, sob pena do olho reagir, dado que o intervallo seja menor, por uma irritação intensa quer injectemos o sublimado quer o cyanureto.

Indicações e contra-indicações.— Não obstante, no decurso do nosso trabalho, haveremos feito referencias d'uma maneira geral ás doenças d'olhos em que as injeccões sub-conjunctivæes podem exercer dominio, precisaremos d'uma fórma mais definida as suas indicações e contra-indicações.

1.º— O seu poder antiseptico manifesta-se d'uma maneira rapida e energica, todas as vezes que desejamos praticar a antisepsia das infecções traumaticas ou operatorias, e

bem assim das ulceras inficidas da cornea com hypopion.

2.^o — Na resolução das keratites parenchymatosas torpidas, dos exsudatos choroideus e d'algumas irites plasticas, o seu poder é manifesto quando não haja uma stase venosa.

3.^o — A sua rapidez e energia como especifico está fóra de duvida, quando acaso haja manifestações syphiliticas do globo ocular, quer estas sejam primarias, secundarias ou terciarias.

E' contra-indicação formal, pelo menos momentanea, das injeccões sub-conjunctivae a existencia d'um engorgitamento vascular, porque n'este caso a reabsorpção medicamentosa póde não fazer-se ou ser muito morosa, resultando uma irritação que, embora não seja grave, póde assustar o doente assim como o clinico, desprevenido contra semelhantes surpresas, e bem assim causar maior demora no tratamento.

Como remate apresentarei algumas das principaes formulas usadas pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Ramos de Magalhães, tanto no tratamento local como geral, extrahidas do formulario especial da sua consulta no Hospital de Santo Antonio.

Collyrios liquidos

Sulfato neutro de atropina	5 milligrammas
Agua distillada	5 grammas

Sulfato neutro de atropina	1 centigramma
Agua distillada	5 grammas

Sulfato neutro de eserina	5 milligrammas
Agua distillada	5 grammas

Sulfato neutro de eserina	1 centigramma
Agua distillada	5 grammas

Sulfato neutro de atropina	1 centigramma
Dionina	25 »
Agua distillada	10 grammas

Sulfato neutro de atropina	1 centigramma
Sublimado corrosivo	3 milligrammas
Agua distillada	10 grammas

Sulfato neutro de eserina	1 centigramma
Sublimado corrosivo	3 milligrammas
Agua distillada	10 grammas

Nitrato de prata crystallizado	5 centigrammas
	Agua distillada 10 grammas
(Em frasco azul)	
Chloreto de sodio.	3 grammas
	Agua distillada 10 »
(Em frasco branco)	

Nitrato de prata crystallizado	25 centigrammas
	Agua distillada 10 grammas
(Em frasco azul)	
Chloreto de sodio	3 grammas
	Agua distillada 10 »
(Em frasco branco)	

Sulfato neutro de atropina	1 centigramma
Muriato de cocaina	5 milligrammas
Agua distillada	10 grammas

Muriato de cocaina	5 milligrammas
Agua distillada	5 grammas

Muriato de cocaina	1 centigramma
Agua distillada	5 grammas

Laudano de Sydenham	{	ãã 5 grammas
Agua distillada		

Laudano de Sydenham	5	grammas
Salycilato de pilocarpina	2	decigrammas
Agua distillada	5	grammas

Protargol	1	decigramma
Agua distillada	5	grammas

Protargol	25	centigrammas
Agua distillada	5	grammas

Sublimado corrosivo	3	milligrammas
Agua distillada	5	grammas

Azul de methylena	1	decigramma
Agua distillada	10	grammas

Collyrios molles

Acido borico porphyrisado	3	decigrammas
Vazelina muito pura	10	grammas

Acido borico porphyrisado	3	decigrammas
Chlorhydrato neutro de cocaina	2	»
Vazelina muito pura	10	grammas

Calomelanos pelo vapor	5	decigrammas
Acido borico porphyrisado	3	»
Vazelina muito pura	10	grammas

Sulphato neutro de atropina	I centigramma
Vazelina muito pura	10 grammas
<hr/>	
Iodoformio porphyrisado	25 centigrammas
Vazelina muito pura	10 grammas
<hr/>	
Orthoformio	15 centigrammas
Vazelina muito pura	10 grammas
<hr/>	
Precipitado amarello	5 centigrammas
Vazelina muito pura	10 grammas
<hr/>	
Precipitado branco	15 centigrammas
Vazelina muito pura	10 grammas
<hr/>	
Precipitado vermelho	I decigramma
Vazelina muito pura	10 grammas
<hr/>	
Precipitado vermelho	I decigramma
Acetato de chumbo	5 centigrammas
Vazelina muito pura	10 grammas

Collyrios seccos

Acido borico em pó fino.
 Calomelanos pelo vapor.
 Iodoformio em pó fino.
 Xeroformio.

Locções

Acido borico 20 grammas
 Agua esterilisada 500 »

Acido borico 20 grammas
 Chlorhydrato neutro de cocaina 4 decigrammas
 Agua esterilisada 400 grammas

Acido borico 20 grammas
 Acido salycilico 5 decigrammas
 Agua esterilisada 500 grammas

Hydrolato de camamilla 500 grammas

Oxycyanureto de mercurio 5 decigrammas
 Agua distillada 50 grammas

Permanganato de potassa 12 decigrammas
 Agua esterilisada 500 grammas

Sublimado corrosivo 1 decigramma
 Agua esterilisada e alcoolizada 500 grammas

Injecções sub-conjunctivae

Chloreto de sodio 2 decigrammas
 Agua distillada 10 grammas

Cyanureto de mercurio	2 milligrammas
Chloreto de sodio	2 decigrammas
Agua distillada	10 grammas

Cyanureto de mercurio	8 milligrammas
Acoina	1 decigramma
Chloreto de sodio	8 decigrammas
Agua distillada	10 grammas

Sublimado corrosivo	5 milligrammas
Agua distillada	10 grammas

Medicação geral

Oleo de fígado de bacalhau puro, ferruginoso, creosotado ou em emulsão.

Xarope de iodeto de ferro.

Xarope iodo-tannico.

Xarope de lacto-phosphato de cal.

Xarope de Gibert (xarope de iodeto de mercurio iodado).

Vinho de peptona.

Vinho de quina ferruginoso.

Glycero-phosphato de cal, de ferro, etc.

Arseniato de soda	1 centigramma
Tintura de melissa	1 gramma
Agua distillada	100 grammas

Citrato de ferro ammoniacal	1 gramma
Sulphato de strychnina	1 centigramma

Agua distillada 100 grammas
 Xarope de casca de laranja 15 »

Iodeto de potassio 3 grammas
 Agua distillada 300 »

Iodeto de potassio 15 grammas
 Bi-iodeto de mercurio 5 centigrammas
 Xarope de genciana 100 grammas
 Agua distillada 200 »

Proto-iodeto de mercurio 2 centigrammas
 Extracto molle de quina 1 decigramma
 (Para uma pillula)

Citrato de ferro ammoniacal {
 Extracto de quina { aã 1 decigramma
 Arseniato de strychnina 1 milligramma
 Extracto de rhuybarbo 3 centigrammas
 (Para uma pilula)

Fricções mercuriaes

Pomada mercurial dupla 4 grammas
 (Para fricções)

OBSERVAÇÕES

I.^a

R. da R., 34 annos, casada, domestica, natural de Arcozello (Gaya), n.º 2817 da matricula.

Antecedentes pessoaes e hereditarios—Nada de interessante.

Historia da doença.—Conta a doente, que ha quinze dias andando nos trabalhos de campo, feriu o olho esquerdo com o espinho d'um tojo, sentindo fortes dôres, lacrimação e photophobia.

Foi consultar um medico, que lhe extrahiu a ponta do espinho do olho lesado.

Como não sentisse melhoras no decurso d'estes quinze dias, resolveu vir á consulta hospitalar no dia 12 de fevereiro de 1904.

Estado actual—Keratite ulcerosa com destruição de toda a parte central da cornea e hypopion, e irido-cyclite do olho esquerdo.

Tratamento instituido—Desinfecção local,—instillação de atropina,—pomada d'iódoformio,—injec-

ção sub-conjunctival de meia seringa de Pravaz da solução de sublimado a $\frac{1}{2000}$ e penso compressivo.

No dia 13 as melhoras são visíveis, havendo já diminuição do hypopion.

Em 15 nova injeção de $\frac{1}{4}$ de seringa.

Finalmente, a 24 levou a terceira e ultima injeção.

Resultado — Curada em 2 de março, com formação de leucoma central da cornea.

OBSEVAÇÕES

2.^a

T. G., 48 annos, casada, serviçal, rua de S. Jeronymo (Porto), n.º 2883 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios — Nada de notavel.

Historia da doença — Ha tres dias que consecutivamente a um resfriamento, começou a sentir fortes picadas no olho esquerdo.

Como o seu estado se fosse aggravando, resolveu vir á consulta no dia 26 de fevereiro de 1904.

Estado actual. — Ulcera central da cornea com hypopion, e irido-choroidite.

Tratamento instituido — Desinfecção local, — instillação de atropina, — pomada de iodoformio, — injeção sub-conjunctival de meia seringa de Pravaz da solução de sublimado a $\frac{1}{2000}$ e penso humido.

No dia seguinte as melhoras eram evidentes, tendo o hypopion diminuido, para desaparecer por completo no dia 29.

A 4 de março o hypopion reaparece em virtude da falta de limpeza da parte da doente, levando por isso nova injeção de $\frac{1}{4}$ de seringa.

No dia 9, apesar de quasi curada, levou uma outra injeção.

Resultado — Curada a 12 de março.

3.^a

J. T., 15 annos, solteiro, serviçal, Passeio Alegre (Foz), n.º 2864 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios.—Nada de interessante.

Historia da doença—Ha oito dias que começou a sentir dôres e photophobia do olho esquerdo, notando a formação d'uma vesicula que dias depois rebentou; como os seus padecimentos augmentassem, os patrões ordenaram-lhe que viesse consultar ao hospital, o que fez no dia 22 de fevereiro.

Estado actual—Ulcera da cornea consecutiva a phlyctena keratica do olho esquerdo.

Tratamento instituido—Para avaliar a acção das injecções de sublimado, o doente foi sujeito durante os primeiros cinco dias ao tratamento classico.

Como as melhoras fossem insignificantes, fez-se a primeira injecção de sublimado de $\frac{1}{2}$ seringa de Pravaz no dia 27 de fevereiro.

No dia seguinte havia bastantes melhoras.

A 1 de março, não obstante o olho apresentar-se claro e a ulcera quasi cicatrisada, fez-se nova injecção de $\frac{1}{2}$ de seringa.

Resultado—Curado no dia 5, com formação de fosseta corneana.

4.^a

A. R. T., 40 annos, solteira, domestica, rua do Monte (Francos), n.º 2796 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios—Nada de interessante.

Historia da doença—Ha oito dias que, consecutivamente a um resfriamento, notou uma grande in-

flammação do olho esquerdo acompanhada de lacrimação e fortes picadas.

Como dia a dia se sentisse peor, resolveu vir á consulta d'olhos no dia 4 de fevereiro de 1904.

Estado actual—Ulcera peripherica da cornea do olho direito.

Tratamento instituido—Desinfecção local—instillação de atropina—pomada d'iodoformio—penso humido e injecção sub-conjunctival de $\frac{2}{3}$ da seringa de Pravaz da solução de sublimado usual.

As melhoras foram-se accentuando, ainda que lentamente, até ao dia 10.

Em 26 apresentava-se consideravelmente melhor, levando nova injecção.

A doente deixou de vir á consulta, apresentando-se novamente no dia 10 de março bastante peor; levou por isso outra injecção de $\frac{1}{4}$ de seringa.

Resultado—Curada a 18 de março, com formação de leucoma.

5.^a

I. L., 6 annos, Passeio da Lapa (Porto), n.º 3032 da matricula.

Antecedentes pessoais e hereditarios—Nada de notavel.

Historia da doença—Ha quinze dias que lhe começou uma inflammação bastante intensa do olho esquerdo, indo consultar um medico, que lhe prescreveu lavagens e assucar candi.

Não melhorou com semelhante tratamento, apparecendo-lhe no fim de oito dias uma vesicula, pelo que resolveu vir consultar ao hospital no dia 4 de abril de 1904.

Estado actual—Keratite ulcerosa do olho es-

querdo, occupando quasi metade da cornea, com descemetocél incipiente.

Tratamento instituido — Desinfecção local — instillação de eserina e sublimado — pomada d'iodoformio — penso humido — emulsão e injecção sub-conjunctival de sublimado ($\frac{1}{2}$ seringa de Pravaz).

No dia seguinte apresentava-se consideravelmente melhor.

Em 8 levou nova injecção de $\frac{1}{3}$ de seringa da solução de sublimado.

As suas melhoras vão-se accentuando até ao dia 28.

Resultado — Curada no dia 29 de abril de 1904.

6.^a

J. F. S., 15 annos, Campo Alegre (Porto), n.º 2868 da matricula.

Antecedentes pessoaes e hereditarios — Pae syphilitico.

Historia da doença — Ha tres mezes que frequentou esta consulta para tratar-se d'uma conjunctivite do olho esquerdo.

Quando, porém, se sentiu melhor, abandonou o tratamento, apparecendo novamente na consulta hospitalar no dia 14 de abril de 1904.

Estado actual — Panus keratico com ulcera da cornea.

Tratamento instituido — Desinfecção local — instillação de eserina e sublimado — pomada boro-cocainisada — xarope de Gibert — emulsão — pála e injecção sub-conjunctival de $\frac{1}{3}$ de seringa da solução de sublimado a $\frac{1}{2000}$.

No dia 18 apresentava-se muito melhorada, e levou nova injecção de $\frac{1}{4}$ de seringa.

Em 25 a cornea readquiriu a sua transparencia e a ulcera quasi cicatrisada; não obstante, levou uma outra injeção de $\frac{1}{4}$ de seringa.

Resultado — Curado a 28 de maio.

7.^a

A. de J., 70 annos, viuva, rua da Cruz (Porto), n.º 3104 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios — Nada de notavel.

Historia da doenca — Ha tres semanas que começou a sentir fortes picadas no olho esquerdo, resolvendo só vir á consulta no dia 20 de abril de 1904.

Estado actual — Keratite ulcerosa, consecutiva a irido-choroidite do olho esquerdo.

Tratamento instituido — Desinfecção local — instillação d'atropina e sublimado — pomada d'iodoformio — penso humido e injeção sub-conjunctival de cyanureto de mercurio a $\frac{1}{2000}$ (meia seringa de Pravaz).

Dia 22, muito melhor, começando a ulcera a limpar.

No dia 25, a ulcera inicia a cicatrisação, levando nova injeção de $\frac{1}{4}$ de seringa.

Em 30 a doente continua muito bem, e injectou-se-lhe mais $\frac{1}{4}$ de seringa da solução de cyanureto.

Resultado — Curada a 11 de abril de 1904, resultando uma cicatriz em godet.

Nota — Esta doente foi uma das que serviu para comparação dos effeitos do sublimado com os do cyanureto.

8.^a

G. P. M., 15 annos, rua do Marquez de Sá da Bandeira (Gaya), n.º 3096 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios — Nada de notavel.

Historia da doença — No dia 4 de abril de 1904 começou a sentir dôres, lacrimação e photobia do olho esquerdo, resolvendo vir consultar ao hospital no dia 19.

Estado actual — Ulcera da cornea, consecutiva a phlyctena keratica.

Tratamento instituido — Desinfecção local — instillação d'atropina — pomada boricada — penso humido e oleo de figado de bacalhau.

Como nos dias seguintes as melhoras fossem insignificantes fez-se-lhe, em 3 de maio, uma injeção sub-conjunctival de sublimado de $\frac{1}{2}$ seringa de Pravaz.

Nos dias seguintes o estado regressivo da ulcera era manifesto, fazendo nova injeção de $\frac{1}{4}$ de seringa no dia 6.

Em 16 levou outra injeção de $\frac{1}{4}$ de seringa.

Resultado — Curado a 29 de maio de 1904, resultando uma ligeira depressão.

Nota — Este doente foi um dos aproveitados para avaliar os efeitos das injeções sub-conjunctivales.

9.^a

J. R. de J., 47 annos, jornaleira, logar de Coimbrões (Gaya), n.º 3204 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios — Nada de notavel.

Historia da doença—Ha tres semanas que começou a sentir fortes picadas no olho esquerdo.

Foi consultar um medico que lhe aconselhou lavagens com agua borica.

Como se sentisse peor, resolveu vir á consulta no dia 14 de maio de 1904.

Estado actual—Ulcera central da cornea com hypopion e choroidite.

Tratamento instituido—Desinfecção local—instillação de atropina—pomada d'iodofor mic—penso humido e injecção sub-conjunctival de sublimado de $\frac{1}{2}$ seringa de Pravaz.

No dia 16 o hypopion havia diminuido consideravelmente e a ulcera entrava em pleno periodo regressivo.

A 17 levou nova injecção de $\frac{1}{4}$ de seringa, ficando apenas um ligeiro vestigio de hypopion.

Resultado—Curado em 23 de maio de 1904 sem formação de leucoma, restando um pequeno naphelion.

10.^a

L. D. da S., 7 annos, morador no Regado (Porto), n.º 3265 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios—Nada de notavel.

Historia da doença—Ha quinze dias começou a inflammar-se-lhe o olho esquerdo indo por isso consultar um medico que lhe aconselhou lavagens com agua borica e assucar candi.

Dias depois formou-se uma vesicula que mais tarde se rompeu, resolvendo-se a vir á consulta hospitalar no dia 25 de maio de 1904.

Estado actual—Ulcera central da cornea.

Tratamento instituido—Desinfecção local—ins-

tillação de atropina com sublimado — pomada de iodoformio — penso humido e injeção sub-conjunctival de $\frac{1}{4}$ de seringa de Pravaz da solução de sublimado.

No dia 26 bastante melhor.

Em 28 fez-se-lhe uma injeção igual á primeira.

Resultado — Curado em 1 de junho de 1904.

II.^a

J., 5 annos, rua de Cedofeita (Porto), n.º 3198 da matricula.

Antecedentes pessoais e hereditarios — Nada de notavel.

Historia da doença — Ha dois mezes que lhe comecou a inflamar o olho esquerdo.

Foi consultar um medico que a aconselhou a fazer lavagens boricas e instillação d'umas gottas.

Como o seu mal se fosse aggravando resolveu vir á consulta hospitalar no dia 11 de maio de 1904.

Estado actual — Ulcera da cornea occupando quasi toda a metade inferior.

Tratamento instituido — Desinfeção local — instillação de atropina — pomada boro-cocainizada e penso humido.

Esta medicação foi mantida até ao dia 3 de junho.

Como as melhoras fossem insignificantes, resolveu-se fazer uma injeção de sublimado de $\frac{1}{2}$ seringa de Pravaz.

Dia 6, bastante melhor, levando nova injeção de $\frac{1}{4}$ de seringa.

Em 11 injectou-se-lhe mais $\frac{1}{4}$ de seringa da solução de sublimado e substituímos a atropina pela eserina.

Resultado — Curado a 18 de junho de 1904.

Nota — Esta doente foi uma das aproveitadas para verificar a acção do sublimado.

12.^a

M. M., 43 annos, serviçal, Villar do Paraizo (Gaya), n.º 3215 da matricula.

Antecedentes pessoais e hereditarios — Nada de interessante.

Historia da doença — Ha oito dias que foi picada por um espinho d'um tojo no olho esquerdo, começando a sentir picadas, lacrimação e photophobia.

Fez lavagens com agua borica, e por conselhos medicos resolveu vir consultar ao hospital no dia 16 de maio de 1904.

Estado actual — Keratite ulcerosa com hypopion, e da criocystite suppurada.

Tratamento instituido — Medicação da dacriocystite — desinfecção local — instillação d'atropina e sublimado — pomada de iodoformio — penso humido e injecção sub-conjunctival de sublimado de uma seringa de Pravaz.

No dia 17 já se apresentava um pouco melhor e o pus menos concretisado.

Dia 18 levou nova injecção de $\frac{1}{2}$ seringa.

Em 25 injectou-se-lhe mais $\frac{1}{4}$ de seringa da solução de sublimado.

Resultado — Curada em 18 de junho.

Nota — N'esta doente comparamos a medicação pelas injecções com a da observação 13.^a, tratada durante uns dias pelo tratamento classico.

13.^a

J. de J., 40 annos, domestica, natural de Castello de Paiva, n.º 3219 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios—Nada de notavel.

Historia da doença—Ha tres semanas que se feriu no olho direito com uma caruma de pinheiro pelo que foi consultar um medico.

Prescreveu-lhe lavagens boricas e umas gottas, e como o mal progredisse aconselhou-a a que viesse consultar no hospital, o que fez no dia 17 de maio de 1904.

Estado actual—Ulcera da cornea com hypopion, e dacriocystite suppurada.

Tratamento instituido—Desinfecção local—instillação d'atropina—pomada d'iodoformio—penso humido—e tratamento da dacriocystite.

Esta medicação foi mantida até ao dia 30 de maio; e, como as melhoras fossem poucas, fez-se-lhe a 1.^a injectão de $\frac{1}{2}$ seringa de Pravaz, da soluçção de sublimado.

No dia 3, bastante melhor e injectou-se-lhe novamente $\frac{1}{2}$ seringa.

Em 14—Ainda uma outra injectão de $\frac{1}{4}$ de seringa.

Resultado—Esta doente, apesar de quasi sã, até a esta data (20 de junho) ainda frequenta a consulta.

14.^a

M. M., 14 annos, costureira, rua do Barrêdo (Porto), n.º 3257 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios—Ha nove mezes teve a variola, ficando sempre a soffrer dos olhos.

Historia da doença — Em principios d'abril que notou no olho direito a formação d'uma vesicula; fez a applicação d'uma pomada, cujo nome ignora, não experimentando melhoras.

Finalmente resolveu vir á consulta no dia 25 de maio de 1904.

Estado actual — Ulcera da cornea occupando a sua metade infero-externa.

Tratamento instituido — Desinfecção local — instillação d'atropina e sublimado — pomada d'iodoformio — penso humido — e injección sub-conjunctival da solução de sublimado de $\frac{1}{2}$ seringa de Pravaz.

No dia 30, apresentava-se bastante melhor, levando nova injección de $\frac{1}{4}$ de seringa.

As melhoras vão-se accentuando até ao dia 16.

Resultado — Curada em 17 de maio de 1904.

15.^a

C. R. P., 63 annos, domestica, rua da Corticeira (Porto), n.º 3264 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios — Nada de interessante.

Historia da doença — Ha tres semanas começou a sentir a vista bastante perturbada e grande inflamação do olho esquerdo.

Fez lavagens com uma agua que lhe deram, mas como as melhoras se não fizessem sentir, resolveu por fim vir á consulta do hospital no dia 25 de maio de 1904.

Estado actual — Ulcera da cornea, occupando metade do bordo interno.

Tratamento instituido — Desinfecção local — instillação d'atropina e sublimado — pomada d'iodo-

formio — penso humido — é injeção sub-conjunctival de sublimado de $\frac{1}{3}$ de seringa de Pravaz.

No dia 29 levou nova injeção de $\frac{1}{4}$ de seringa, apresentando-se melhor nos dias seguintes.

Resultado — Curada a 8 de maio de 1904.

16.^a

A. R., 23 annos, solteira, domestica, rua do Laranjal (Porto), n.º 3275 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios — Nada de interessante

Historia da doença — No dia 25 de maio, consecutivamente a um traumatismo do olho esquerdo, começou a sentir fortes picadas, lacrimação e photophobia. No dia seguinte veio consultar ao hospital.

Estado actual — Ulcera da cornea, occupando todo o seu bordo superior.

Tratamento instituido — Desinfecção local — instillação d'atropina — pomada d'iodoformio — penso humido — e injeção sub-conjunctival de sublimado de $\frac{1}{4}$ de seringa de Pravaz.

No dia 27, o seu estado era já bastante satisfatorio. Em 29, levou nova injeção de $\frac{1}{4}$ de seringa.

Resultado — Curada a 9 de junho de 1904.

17.^a

J. da S., 4 annos, moradora em Valbom, n.º 2835 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios — Nada de notavel.

Historia da doença — Ha quinze dias notaram uma

grande inflamação do olho direito, pelo que foram consultar um medico.

Como lhe houvesse receitado lavagens boricaadas, e estas não dessem resultado algum, resolveu vir á consulta do hospital em 18 de fevereiro de 1904.

Estado actual — Ulcera central da cornea.

Tratamento instituido — Desinfecção local — instillação d'atropina e sublimado — pomada d'iodoformio — penso humido — emulsão — e injeccção sub-conjunctival de $\frac{1}{4}$ de seringa da solução de sublimado.

No dia 22 levou nova injeccção, apresentando-se consideravelmente melhor nos dias seguintes.

Resultado — Curada em 3 de março de 1904.

18.^a

R. M., 70 annos, domestica, natural de Fornos (Castello de Paiva), n.º 3297 da matricula.

Antecedentes pessoas e hereditarios — Nada de importante.

Historia da doença — Ha quinze dias, consecutivamente a um traumatismo do olho esquerdo, começou a sentir fortes dôres e grande inflamação. Ainda fez algumas lavagens com agua borica, de que não obteve resultado; resolveu por fim vir para o Porto tratar-se, apparecendo na consulta ophtalmologica no dia 3 de junho de 1904.

Estado actual — Ulcera da cornea com hypopion, occupando a sua metade inferior.

Tratamento instituido — Desinfecção local — instillação de atropina — pomada d'iodoformio — penso humido — e injeccção sub-conjunctival de cyanureto de mercurio de $\frac{1}{2}$ seringa de Pravaz.

No dia seguinte o pus tinha quasi desaparecido, levando nova injeccão no dia 6 de $\frac{1}{4}$ de seringa.

Levou ainda outra injeccão no dia 13.

Resultado — Curada a 22 de junho de 1904.

19.^a

M. M., 42 annos, solteira, jornaleira, natural de S. Roque da Lameira, n.º 3346 da matricula.

Antecedentes pessoaes e hereditarios — Nada de interessante.

Historia da doença — Ha oito dias, andando n'uma cegada, feriu o olho esquerdo com uma espiga de centeio, começando a sentir dôres e photophobia. Foi consultar um pharmaceutico que lhe aconselhou lavagens com agua borica e assucar candi. Sentiu-se peor, até que se resolveu vir á consulta no dia 16 de junho de 1904.

Estado actual — Ulcera central da cornea com hypopion.

Tratamento instituido — Desinfecção local — instillação d'atropina e sublimado — pomada d'iodoformio — penso humido — e injeccão sub-conjunctival de sublimado de $\frac{1}{2}$ seringa de Pravaz.

No dia 17 apresentava-se bastante melhor.

Em 20 levou outra injeccão de $\frac{1}{4}$ de seringa, progredindo as melhoras.

Resultado — Até esta data, 22 de junho, ainda frequenta a consulta, estando quasi boa.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—A' denominação de buraco oval, buraco obturador e buraco obturado, prefiro a de buraco infra-pubico.

Histologia.—A ausencia de nucleo no globulo vermelho do homem, importa uma differenciação utilitaria.

Physiologia.—A attitude vertical impõe a necessidade da menstruação.

Anatomia pathologica.—A theoria parasitaria dos tumores, não se apoia em dados bacteriologicos.

Materia medica.—N'um medicamento ha varios medicamentos.

Pathologia geral.—A albuminuria por si só, é um symptoma de valor duvidoso.

Pathologia externa.—No tratamento das keratites ulcerosas, julgo indispensavel o emprego das injeções sub-conjunctivales de saes mercuriales.

Operações.—Na hysterectomia sub-total por fibromas, o collo do utero deve ser reseccado o mais baixo possivel.

Pathologia interna.—Reprovo a tuberculina como meio de diagnostico da tuberculose humana.

Partos.—A expulsão da caduca materna, é imposta pela insufficiencia dos lymphaticos uterinos.

Medicina legal.—A presença d'agua no ouvido médio, é d'um valor muito incerto na asphyxia por submersão.

Hygiene.—No saneamento da cidade, prefiro o systema separado para canalisar os esgotos.

Visto.

Carlos de Lima,
Presidente.

Póde imprimir-se.

Moraes Caldas,
Director.