

1115

1903

A TATUAGEM DA CORNEA

E OS

LEUCOMAS

11318 EMC

N.º 8.

Henrique Telles da Silva Menezes

A TATUAGEM DA CORNEA

E OS

LEUCOMAS

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto



BRAGA

Pap. Universal e Typ. a Vapor

Praça do Barão de S. Martinho

1903

113/8 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

Antonio Joaquim de Moraes Caldas

LENTE-SECRETARIO

ALFREDO DE MAGALHÃES

CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

- 1.^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral. . . Carlos Alberto de Lima
- 2.^a Cadeira—Physiologia Antonio Placido da Costa
- 3.^a Cadeira—Historia natural dos medicamen-
tos e materia medica Illydio Ayres Pereira do Valle
- 4.^a Cadeira—Pathologia externa e therapeuti-
ca externa. Antonio J. de Moraes Caldas
- 5.^a Cadeira—Medicina operatoria Clemente J. dos Santos Pinto
- 6.^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de
parto e dos recém-nascidos Candido Augusto C. de Pinho
- 7.^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica
interna. Antonio de Oliveira Monteiro
- 8.^a Cadeira—Clinica medica. Antonio de Azevedo Maia
- 9.^a Cadeira—Clinica cirurgica Roberto B. do Rosario Frias
- 10.^a Cadeira—Anatomia pathologica Augusto H. d'A. Brandão
- 11.^a Cadeira—Medicina legal e toxicologia . . . Maximiano A. d'O. Lemos
- 12.^a Cadeira—Pathologia geral, cemeiotica e
historia da medicina Alberto P. Pinto d'Aguiar
- 13.^a Cadeira—Hygiene privada e publica. . . João Lopes da Silva M. Junior

LENTES JUBILADOS

- Secção medica José de Andrade Gramaxo
Secção cirurgica. Pedro Augusto Dias
Dr. Agostinho A. do Souto

LENTES SUBSTITUTOS

- Secção medica José Dias d'Almeida Junior
José Alfredo M. Magalhães
Secção cirurgica. Luiz de Freitas Viegas
A. J. de Sousa Junior

LENTE DEMONSTRADOR

- Secção cirurgica. Vaga

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

(*Regulamento da Escola*, de 23 d'abril de 1840, art.º 155.º)

A meus Paes

A meus irmãos

Aos meus

A's Ex.^{mas} Senhoras:

D. Eugenia de Sousa

D. Amelia Carvalho

D. Maria Carvalho



A' Memoria

do eminente professor

Dr. José Carlos Lopes



Aos Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Srs.

Dr. Antonio Ramos de Magalhães

Dr. João Casimiro Barbosa

Dr. Eduardo Guimarães

Dr. Joaquim de Magalhães

Dr. Pedro de Albuquerque

Dr. Felisberto Rebordão

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

Dr. José Carlos Lopes Junior

A meu primo Gabriel Cardoso

Aos meus amigos

Aos meus condiscipulos
e em especial:

Dr. Aarão de Lacerda

Damião Lourenço Junior

José Ferreira Salgado Junior

José Augusto Pinto da Silva

Guilhermino da Cunha Vaz

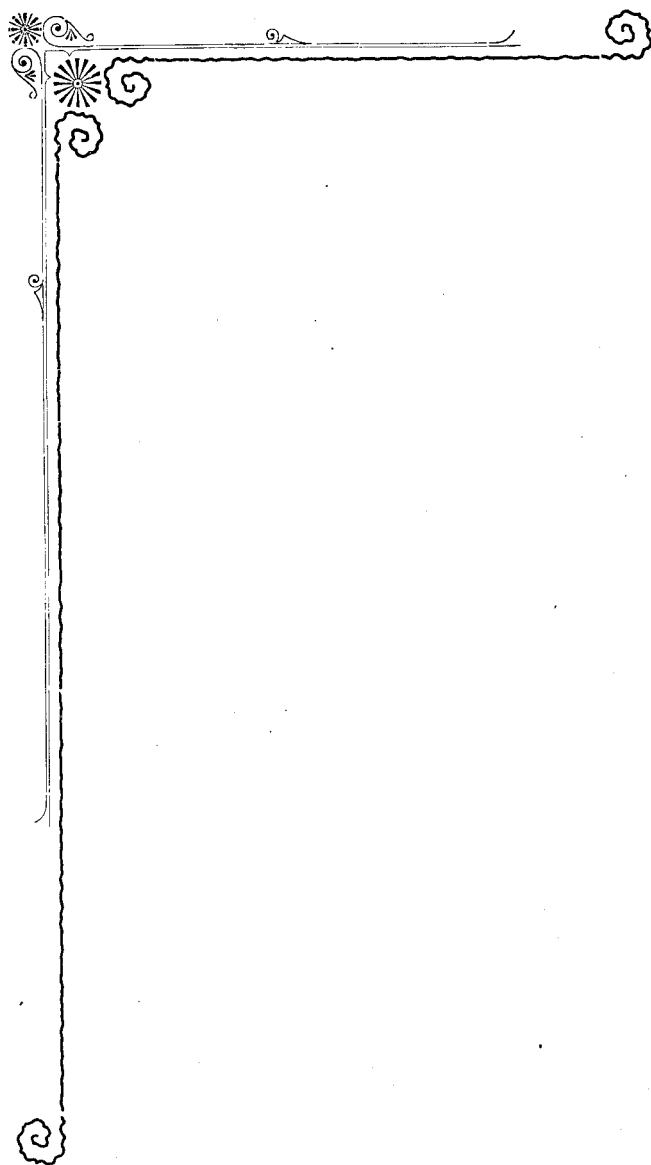
Antonio da Costa Ferreira

José Corrêa Marques Junior

Ao meu presidente de these

Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Senhor

Dr. João Lopes da Silva Martins Junior



Resenha historica

A evolução que a ophtalmologia tem experimentado atravez de todas as edades, está bem longe de ter sido gradual e progressiva.

Periodos de desenvolvimento notavel, rapidamente entrecortados de epocas de lastimosa decadencia, obstaram a que ella progredisse parallelamente com os demais ramos da medicina.

De todas as phases principaes do chamado periodo antigo, e no entanto a epoca Hypocra-tica, e muito especialmente a epoca Gallenica, que, por assim diser, marcam o inicio do seu desenvolvimento.

Varios tratamentos muito em voga n'essa data, chegaram até nós, e, diga-se de passa-

gem, alguns d'entre elles ainda hoje são adoptados. Cito por exemplo o tratamento das conjunctivites pelas escovagens, que era já practicado por Hypocrates.

Na idade média, a ophtalmologia cahiu n'um abandono completo, salientando-se unicamente a escola arabe, que n'esta epoca se tornou verdadeiramente notavel.

Mas quando ella principiou por assim dizer a renascer, foi no chamado periodo moderno.

Só então a ophtalmologia, que até ahi era quasi que exclusivamente exercida por curandeiros, foi retomada por medicos, que a ella se dedicaram exclusivamente.

Só então, os recursos anatomo-physiolo-

gicos com que dia a dia a sciencia se ia enriquecendo, alliados ás investigações laboriosas mas fructiferas, de Paré, Stenon, Kepler, Descartes, e tantos outros, conseguiram dar-lhe o impulso determinante do avanço progressivo, que ella até nossos dias vem tomando.

Dos Leucomas

Os *Leucomas* são constituídos por opacidades esbranquiçadas da cornea, provenientes de factores etiologicos diversos.

Apresentam os caracteres mais variados, dependentes da sua espessura, extensão séde, complicações etc., etc. Segundo alguns auctores, sob a designação—*Leucomas*—são abrangidas tres variedades de opacidades :

nephelions — as opacidades tenuissimas ;

albugos — as mais accentuadas que as precedentes ;

leucomas — as grandes opacidades.

No entanto como estas tres designações, longe de terem um valor caracteristico e uniforme, sem limites nitidos e francos que as separem, são de uma differenciação difficillima,

para não diser impossível, outros ophtalmologistas acordaram em admittir unicamente a primeira e a ultima das expressões acima mencionadas.

Assim temos a par de *nephelions*—ligeiras opacidades, occupando simplesmente as camadas superficiaes da cornea, e muito especialmente a camada de Bowman,— os *leucomas*— opacidades de grande extensão, e interessando mais profundamente a cornea.

E' claro que estas duas designações se completam ainda, se tornam ainda mais características, se as qualificarmos de superficiaes, profundas, *circumscriptas*, *diffusas*, *periphericas*, *centraes*, *adherentes*, *simples*, etc., etc.

Etiologicamente são elles devidos a tres factores importantes :

Traumatismos, inflammações, e *dystrophias* da cornea.

As contusões e muito especialmente as feridas operatorias, ou casuaes, dão origem a *leucomas* de extensão variavel segundo a natureza do agente traumatico.

Assim as opacidades devidas a contusões, são a maior parte das vezes puramente temporarias e limitadas, a não ser que ulcerações profundas, consecutivas ou immediatas, deem logar á formação de tecido cicatrial opaco, por este processo acarretando *leucomas* extensos e indeleveis.

As feridas accidentaes, produzem opacida-

des de extensão, forma e profundidade, dependentes da extensão, forma e profundidade da ferida, podendo até em certos casos de feridas penetrantes, formarem-se leucomas muito adherentes, motivados pela hernia concomitante da iris.

E' evidente que as manchas devidas a este genero de traumatismo, estão tambem em intima relação com as condições septicas ou asepticas, do agente traumatico.

Leucomas quasi invisiveis, no caso de feridas asepticas, são substituidos por manchas indeleveis e de grande extensão, em feridas septicas.

As feridas operatorias, produzem opacidades tenuissimas e temporarias, no caso, é claro, que o meio seja absolutamente aseptico.

No caso contrario, a infeção dando origem a uma infiltração destructiva, e a ulcerações mais ou menos extensas, a opacidade está em relação intima com o grau das lesões secundarias, das complicações septicas do traumatismo.

As queimaduras provenientes de liquidos corrosivos, deixam geralmente leucomas bastante profundos, e diffusos.

As queimaduras produsidas por corpos solidos em ignição, são de muito menor importancia.

As manchas resultantes, são muito dissiminas e irregulares, não obstante a sua profundidade.

Leucomas de extensão e forma variaveis, podem sobrevir apoz keratites ulcerosas e supuradas.

Geralmente as ulceras com hypopion e os abcessos keraticos, deixam manchas centraes, e bastante espessas.

O mesmo se dá nas keratites intersticiaes.

As keratites lymphaticas, o pannus, e mesmo as ulceras muito superficiaes, acarretam a formação de manchas, quer tenuissimas e bastante disseminadas, quer centraes e de espessura e extensão variaveis.

O terceiro factor etiologico, é constituido pelas dystrophias da cornea.

N'este caso as opacidades, longe de serem devidas a uma reacção inflammatoria, são originadas por um defeito de nutrição, local ou geral.

Os glaucomas, a bupthalmia, etc., etc., produzem quasi sempre manchas indeleveis, muito profundas, e diffundidas em toda a extensão da cornea.

Acontece, por vezes, que no decorrer do tempo estas manchas desaparecem algum tanto; permanecem porem, sempre visiveis.

N'este terceiro grupo entra a alteração kerutica chamada o arco senil, que se apresenta com a forma de uma faxa acinzentada, rodeando a cornea, e muito peculiar nos individuos de avançada idade, sobretudo nos atheromatosos, alcoolicos, syphiliticos, etc., etc.

Diagnostic

O reconhecimento dos leucomas apresenta por vezes serias difficuldades, muito especialmente no caso de nephelions tenuissimos, por assim diser, quasi invisiveis á vista desarmada.

Estas opacidades apresentam o aspecto de pequenissimas nuvens azuladas ou esbranquiçadas, já uniformes, já mais opacas na parte central.

Por tres processos as podemos reconhecer:

1.º — Faz-se mover o olho doente em todas as direcções, e o observador olha na direcção da pupilla; quando uma opacidade se encontra em face d'ella, a pupilla apparece-nos acinzentada em logar de negra.

2.º — Pelo exame á luz obliqua, que consiste em illuminar o globo ocular por um feixe luminoso obliquo e lateral.

Quanto mais tangencialmente se illuminar a cornea, tanto mais nitidamente se pode apreciar a séde, extensão e profundidade das manchas leucomatosas.

3.º — Por intermedio do ophtalmoscopio.

As irregularidades da cornea produzem na parte illuminada pelo ophtalmoscopio pontos sombrios.

Manchas, diffusas ou não, apparecem esbranquiçadas, escuras ou acinsentadas.

Fazendo movêr o olho doente em todas as direcções, as opacidades produzem sombras na retina, phenomeno a que os francezes dão o nome de *miroitage*.

Anatomia pathologica

Como é sabido, a cornea é uma membrana transparente, compreendendo cinco camadas: epithelio anterior, membrana de Bowman, tecido proprio, membrana de Descemet, e epithelio posterior.

O epithelio anterior, analogo á epiderme, é constituido por tres ordens de cellulas, com caracteres inteiramente differentes: as profundas, cylindricas, applicando-se a maior parte das veses á camada de Bowman peias chamadas cellulas-supportes de Rollet; as medias, polyedricas e de nucleos arredondados; as superficiaes, lamellosas e de nucleo achatado.

A membrana de Bowman é delgada e hyalina, representando o chorion da conjunctiva.

O tecido proprio da cornea que preenche quasi a totalidade d'esta membrana, é formado por fibras de natureza conjunctiva, dispostas em feixes, por seu turno constituindo lamellas, liga-

das entre si por uma especie de cimento intersticial.

Entre estas lamellas, existem lacunas, ponto de partida de canaliculos.

As lacunas são quasi preenchidas por cellulas emigrantes, e por cellulas fixas, rodeadas de lymphas.

As cellulas emigrantes que ahi se encontram, não são mais do que leucocytyos, levados atravez das lacunas, pelos movimentos amiboides que lhe são proprios.

As cellulas fixas, são constituidas por protoplasma granuloso, dotadas de nucleos arredondados, e emittem prolongamentos que se anastomosam com as cellulas proximas.

Verdadeiramente, o tecido proprio da cornea é formado por cellulas fixas e espaços, que longe de alterarem a sua transparencia, pelo contrario a nutrem, e a defendem.

A membrana de Descemet, mais espessa que a de Bowman, é hyalina no centro, fibrillar na periphéria, onde pelo seu espessamento, constitue o anel de Dollinger, vae terminar atraz da iris, onde forma o ligamento pectineo, e os espaços de Fontana.

O epithelio posterior é formado por cellulas achatadas, de nucleos ovulares, deixando entre si verdadeiros estomas.

A cornea não possui vasos sanguineos ou lymphaticos, sendo pelo contrario muito rica em nervos.

Os nephelions são normalmente produzidos, pela formação de tecido cicatrial opaco na membrana de Bowman, e na camada superficial do tecido proprio da cornea.

Os leucomas propriamente ditos, são produzidos pela accumulação anormal de nucleos nas cellulas.

Algumas veses o numero das cellulas diminue, sendo substituidas por tecido lamelloso, contendo globulos de gordura, saes calcareos e phosphaticos.

Os leucomas sendo susceptiveis de se attenuarem com o tempo, nota-se, que á medida que a attenuação vae progredindo, vão-se apresentando estrias parallelas, claras, crusadas entre si, e offerecendo bastantes pontos de contacto com as estrias que se notam nas keratites agudas.

Segundo Fuchs, estas estrias representam verdadeiras lacunas lymphaticas.

Este auctor tendo notado, que em cicatrises recentes, os espaços do tecido proprio da cornea eram bastante largos, e as lamelas muito delgadas, quiz explicar a attenuação progressiva ainda que incompleta, dos leucomas, pela acção da corrente lymphatica, que por assim dizer, concorria para os LAVAR.

Estas modificações são muito mais frequentes nos individuos novos, não obstante se observarem, com maior ou menor intensidade, em todos os casos. O arco senil é formado por

gordura que vae substituir as cellulas do tecido proprio da cornea.

Robin, Arnold, etc., etc. o tem demonstrado, com as suas investigações microscopicas.

Complicações

Os leucomas são susceptíveis de produzir perturbações trophicas e irritativas, que podem constituir graves complicações, perturbações visuaes da mais alta importancia.

Pódem ser o ponto de partida de ulcerações cicatriciaes, a séde de um novo processo inflammatorio.

Em certos casos, não desaparecendo integralmente a vascularisação e a irritação, a fadiga mais insignificante, póde dar origem a congestões, com photophobia, dôres, etc., etc.

Na sua espessura podem incrustar-se saes calcareos, que toem o perigoso inconveniente de excitarem a conjunctiva.

Alem d'isso alterações trophicas provenientes da insufficiente nutrição, se podem manifestar, sobretudo no caso de leucomas extensos e de espessura consideravel.

Mas muito maior gravidade tem os leucomas adherentes, em virtude de se produzir uma irritação ciliar, com excesso por vezes grande de tensão, e motivada pelo facto de a iris estrangulada na cicatriz, ser submettida a tracções mais ou menos violentas, pelos movimentos do esphincter pupillar.

Esta hypertonia resultante, póde produzir, quer estaphylomas em certos individuos, quer glaucomas n'outros.

No emtanto, e principalmente em creanças, esse encravamento da iris não tem consequências funestas, devido á atrophia que a parte encravada experimenta.

Não é raro leucomas adherentes darem origem a irido-choroidites suppuradas.

Duas hypotheses se aventaram com o fim de explicar este facto.

Todavia, quer a infecção se dê atravez da cicatriz recentemente formada, quer se dê consecutivamente á affecção causal, podem-se bem acceitar como egualmente plausiveis, as hypotheses de Leber, e Despagnet.

Não menos importantes são as complicações visuaes que os leucomas podem originar.

Estas complicações estão naturalmente em relação intima com o grau e extensão das opacidades.

E' frequentissimo, tenuissimos e quasi in-

visiveis nephelions darem origem a perturbações visuaes importantes, de maior gravidade que as produzidas por verdadeiros leucomas de extensão e profundidade consideraveis.

Varios são os elementos postos em jogo no mechanismo d'estas complicações.

Na enumeração o mais succinta possivel d'ellas, referir-me-hei a elles.

D'entre o vasto grupo d'estas perturbações resalta em primeiro logar, a diminuição da acuidade visual.

A acuidade visual — a capacidade de distinguir os objectos e de distinguir as formas — é notavelmente modificada, por leucomas espessos ou de grande extensão.

Os defeitos de transparencia, e mesmo, a astigmia que elles acarretam, fazem com que a relação directa existente entre o angulo visual e o angulo da retina, seja alterada, e d'ahi a diminuição da acuidade.

A acuidade visual póde ser determinada por meio de escalas, das quaes as mais usadas são as de Wecker, Parinaud, e Monoyer.

Vem em seguida a astigmia — defeito de refração que consiste na não concorrência dos raios parallellos incidentes, no mesmo ponto focal.

A astigmia — que póde ser corneana, unicamente devida á desigual refringencia dos meridianos da cornea — cristoalloide, devida á desigual refringencia dos meridianos do cristallino

— regular, quando ha perpendiculariedade nos diametros de curvatura maxima e minima — e irregular, quando n'um mesmo meridiano se encontram desigualdades multiplas — alem de impedir notavelmente a visão, chegando até a tornar impossivel a leitura a pequena distancia, póde produzir perturbações irritativas, taes como, keratites diversas, especialmente keratites escrofulosas, glaucomas, blepharospasmo, etc. e mesmo, em certas condições, cataractas.

E' bem possivel que todas estas alterações tropicas, e irritativas, tenham por causa a contração forçada e repetida do musculo ciliar, e consecutivamente a excitação do trigemeo por acto reflexo.

As opacidades leucomatosas, mesmo as mais pequenas e aparentemente insignificantes, produzem a astigmia irregular.

Os leucomas diffusos produzem muitas vezes phenomenos d'amblyopia.

Esta amblyopia — perturbação visual sem lesão apreciavel — é claro que é puramente simulada n'este caso, pois é devida á mancha leucomatosa.

O mechanismo d'ella, consiste na subtração da macula luctea, á percepção dos raios luminosos.

Geralmente a visão peripherica e a chromatopsia, permanecem perfeitamente indemnes.

Usualmente, esta amblyopia predispõe muitissimo para a myopia, sendo a percentagem,

segundo uma estatística de Chauvel, de 42 por cento.

Outra perturbação visual não menos importante, é o estrabismo.

No estrabismo a visão binocular desaparece, em virtude do desvio de um ou dos dois olhos.

Pode ser divergente — desvio para fóra, ou convergente — desvio para dentro.

As manchas leucomatosas, e muito especialmente as centraes, dão origem a estrabismo convergente ou divergente.

No caso de manchas centraes, os raios luminosos sendo desviados da macula lútea, o olho doente desviando-se, procura naturalmente retomar uma posição favorável á percepção através das partes transparentes da cornea.

Segundo Cuignet, a photophobia, e os reflexos produzidos pelos leucomas, concorrem também para o mechanismo do desvio.

Independentemente de toda e qualquer explicação mais ou menos plausível, o facto é que são bastantes frequentes os casos de estrabismo, provenientes de manchas leucomatosas.

Taes as perturbações, — como se vê, importantissimas, — que os leucomas frequentes veses acarretam.

Perturbações de ordem puramente esthetica, poderíamos ajuntar ao capitulo já tão vas-

to das complicações leucomatosas, e estas a seu turno de relativa importancia, sobretudo para individuos do sexo feminino.

E na verdade, quantos especialistas consagrados, não desdenham preoccupar-se com ellas, d'esta maneira prestando homenagem á esthetica artistica.

Não diz um rifão popular bem conhecido, que os olhos são o espelho da alma?

Prognostico

O prognostico dos leucomas, relativo, é bem evidente, a sua duração, é dependente de varios factores entre os quaes avultam, a sua extensão, profundidade, e antiguidade, mas muito especialmente, a sua maior ou menor vascularisação.

Os leucomas vascularisados, teem em geral tendencia a desaparecer, talvez pelo mechanismo mais acima indicado.

O leucomas antigos, e não vascularisados, são indeleveis.

Historia do tratamento

Desde a mais remota antiguidade que as opacidades leucomatosas tem sido tratadas por diferentes processos, já do dominio medico, já sob a alçada cirurgica.

A começar em Hypocrates, Celso, e Gale-
no, e proseguindo até meados do seculo xviii
em que eram muito empregadas as fricções com
vidro moido e a descamação por processo quasi
analogo, ao que mais modernamente se empre-
gou, diferentes agentes tem sido empregados
para a sua eliminação.

Os resultados parece no emtanto terem si-
do pouco animadores, e tanto assim que dado
algun chega até nós, comprovativo do bom re-
sultado d'este ou d'aquelle tratamento.

Apesar da ausencia, ou pelo menos da
enorme deficiencia de recursos anatomicos e
physiologicos até essa data, hoje mesmo, não

obstante todos os meios de que a sciencia póde dispôr, processo algum curativo se conhece de resultados seguros.

Qual a maneira de transformar tecido cicatricial naturalmente opaco, em tecido transparente?

No emtanto varios medicamentos se teem empregado, e se empregam, dirigidos á cura, ou tão sómente á attenuação dos leucomas.

Assim differentes collyrios irritantes teem sido usados, ainda que com pouca vantagem.

Pomadas de precipitado amarello, e de calomelanos; calomelanos finamente pulverisados; collyrios de iodeto de potassio e de laudano, instillações de laudano puro, se empregam com o fim de attenuarem algum tanto os leucomas.

Um tratamento medico que parece ter dado algum resultado, é o de Follin.

Todas as manhãs, instilla-se no olho doente uma gotta de laudano puro, e de tarde, um collyrio de sulfato de zinco a $\frac{1}{2}$ por cento.

Rothmund de Munich, preconizou muito as injeccões subconjunctivae de agua salgada tepida, na proporção de 1 a quatro grammas por 30 gr. de agua.

Os resultados porem, parecem ter sido muito duvidosos.

Segundo Berger, as massagens, e a applicação de correntes continuas de cinco milliamperes, durante cinco minutos, e empregadas

diariamente, dão um resultado senão seguro, pelo menos muito favoravel.

Processos puramente correctivos, taes como o uso de vidros córados, orificios stenopai-cos, vidros esphericos, ou esphero-cylindricos, tem sido tambem usados para remediar em algumas das perturbações visuaes.

Relativamente aos processos cirurgicos, a sua efficacia é muito duvidosa, sobretudo n'aquelles que teem por fim eliminar por completo os leucomas.

Passal-os-hei em revista, o mais succintamente possivel.

A maior parte d'elles longe de serem recentes, são pelo contrario de origem Gallenica, mais ou menos modificados contemporaneamente nos seus detalhes de technica.

Vem em primeiro logar, a raspagem da cornea.

Esta operação era praticada por Desmarres, e Gultz.

Serviam-se para isso de uma faca de Graefe, e d'uma pinça de garras finas.

Outro processo consiste na trepanação corneana.

Esta operação indicada nos leucomas espessos, consiste na extirpação d'um disco da cornea opaca.

O instrumental requerido consiste em afastadores, pinça de Waldau, trépanos de von Hippel ou de Wecker.

Após a fixação do globo ocular, applica-se a coroa do trépano no ponto da cornea que se pretende tirar.

Destaca-se assim uma lamina circular da cornea.

No caso da extracção do disco offerecer difficuldades, lança-se mão da faca de Graefe, e com o auxilio d'uma pinça completa-se a extirpação.

A operação deve ser feita com o maximo cuidado, porquanto póde sobrevir a sahida do humor vitreo, e do cristallino, atravez da ferida.

Isto feito é collocado um penso compressivo.

A transplantação foi tambem muito usada.

Tem por fim substituir esse disco opaco da cornea lesada, por um outro, transparente.

Procede-se previamente á trepanação da cornea, e após isto, é collocado exactamente no logar do disco opaco que se extrahiu, um outro das mesmas dimensões, tirado da cornea d'um coelho, mantendo-se exactamente por meio de um penso oclusivo.

Este processo parece não ter dado resultado absolutamente algum.

Pouco tempo depois da operação a cornea principiava a experimentar um amollecimento total, acompanhado de infiltração destructiva, que irremediavelmente a inutilisava.

Estes processos tendentes, como se vê, a eliminar por completo os leucomas, longe de

terem uma feição pratica, e de nos poderem fornecer resultados pelo menos animadôres, teem hoje apenas um valôr meramente historico.

Differentes tratamentos cirurgicos teem sido postos em pratica com um fim palliativo, ou antes correctivo.

Entre elles figuram as cauterisações, as paracenteses, esclerotomias, e sobretudo a iridectomia optica, que, como processo correctivo, tem dado resultados favoraveis.

Passando em claro os primeiros, demorar-me-hei no emtanto um pouco mais n'este ultimo.

A iridectomia optica, consiste na abertura d'uma pupilla artificial. E' indicada sobretudo nos casos de leucomas centraes e espessos.

O instrumental compõe-se, de um blepharostato, pinça de Waldau, faca de Graefe, thesours de Wecker de iridectomia, pinça de iridectomia, espátula da iris, etc., etc.

O operadôr, collocado á direita, se se trata do olho esquerdo, um pouco atraz da cabeça do doente, se se trata do direito, apóz a collocação do blepharostato, fixa o globo ocular por intermedio da pinça de Waldau, apertando a conjunctiva na extremidade externa do diametro horisontal, collocando o olho em ligeira abdução.

Com a mão direita tomando a faca de Graefe, faz penetrar a ponta na camara anterior juncto do limbo da cornea.

Uma vez isto feito, faz-se a contrapunção no ponto exactamente symetrico, e dirigido o gume da faca para cima, a face parallelá á parte anterior da iris, completa-se a incisão da cornea por pressão lenta e continua, de forma que ella seja regular, e nitida.

Com a pinça de iridectomia, apertar uma prégá da iris, e seccional-a por meio da thesoura de Wecker, de forma a deixar uma brecha triangular, de base voltada para o sphincter pupillar.

Redusir depois exactamente a iris que pôde ter herniado, e applicar um penso oclusivo.

Este processo, não susceptivel de complicações graves mediante, é claro, uma asepsia rigorosa do local e do meio operatorio, dá resultados vantajosos na correcção dos defeitos visuaes, que os leucomas centraes accarretam ao portadôr.

A percepção luminosa, e sobretudo a acuidade visual, são naturalmente melhoradas, em virtude da entrada franca, que aos raios luminosos apresenta, a nova pupilla artificial.

A iridectomia é de grande utilidade tambem, em casos de leucomas adherentes, quando são para temer complicações graves, taes como, glaucomas, estaphylomas, etc., porquan-

to diminue a tensão ocular, e simultaneamente favorece a nutrição do globo ocular.

De todos os tratamentos acima descriptos o mais summariamente possível, o unico pois que algumas vantagens tem, é este ultimo — a iridectomia.

Não, mais uma vez o repito, como meio curativo infallivel, mas simplesmente como processo de mais ou menos remediar a amblyopia e a astigmia, resultantes d'uma opacidade central, directamente impedindo a entrada dos raios luminosos, na camara escura ocular.

Todos os outros, não fallando dos differentes tratamentos medicos susceptiveis de darem alguns resultados, no caso de manchas muito tenues e recentes, e sómente vantajosos como palliativos, teem hoje uma utilidade tão somente descriptiva, e como acima disse, nenhuma feição pratica.

Um processo, ainda não mencionado, e que propositadamente reservei para parte final do meu trabalho, me parece no emtanto preencher mais completamente, as indicações do tratamento dos leucomas.

Não é elle uma novidade recentissima; pelo contrario é uma das reliquias Gallenicás, que chegam até nós.

Em que consistem afinal essas indicações?

Posto de lado, é claro, o ideal que seria a desapareição total das opacidades, resta-nos portanto reconstituir o mais completamente que se possa, a acuidade visual, restabelecer a visão, senão em toda a sua integridade normal, pelo menos até aos limites do possível.

Alem d'isso disfarçar o que constitue um verdadeiro aleijão.

Preenche porventura a tatuagem da cornea estas indicações?

A tatuagem da cornea era já usada por Galleno e Celso, que a empregavam muito no tratamento dos leucomas.

N'essa epoca era ella praticada com uma ponta metallica aquecida previamente ao rubro, e como materia córante usavam a nós de galha pulverisada.

Na Renascença foi ella de todo abandonada, e unicamente no seculo desenove, foi de novo retomada por varios especialistas entre elles Wecker, que d'ella principiou a fazer largo uso.

Essencialmente, a tatuagem da cornea consiste na coloração artificial da opacidade corneana por intermedio de uma substancia córante qualquer.

E' evidente que temos de attender á fireação d'essa substancia, quando não pouco, tempo

após a operação, a cornea voltaria ao seu primitivo estado.

M. Villard nas suas investigações em diversos animaes, estudou minuciosamente o processo histologico da tatuagem da cornea.

Praticando esta operação em corneas normaes, e uma vez ella feita, extrahindo com cuidado as partes sobre que tinha actuado, observou, que a camada epithelial tinha desapparecido quasi por completo, que as laminas anteriores da cornea tinham sido perfuradas, e mais ou menos deslocadas, e que a materia córante tinha penetrado entre as lamelas do tecido proprio da cornea, dispondo-se, já em camadas perfeitamente continuas, já em estratos absolutamente regulares e parallellos entre si.

Pouco tempo depois da operação, verificou que numerosos leucocyts tinham infiltrado o tecido proprio da cornea, rareando successivamente o numero d'elles á medida que a data da operação se ia afastando.

Segundo Villard, estes leucocyts contribuem para a separação integral dos tecidos lesados, e alem d'isso para a sua nutrição.

A regeneração epithelial, faz-se muito rapidamente.

A superficie tatuada, é recoberta n'um espaço de tempo inferior a vinte e quatro horas de tecido epithelial.

Ranvier explica esta rapida regeneração, pelo deslramento dos estratos epitheliaes que

permaneceram indemnes, e pela invasão das cellulas epitheliaes, nas perfurações produzidas pelas picaduras da agulha com que a operação se pratica.

As cellulas do tecido proprio da cornea, proliferam muito mais lentamente.

Ao fim de dois meses, a reparação é completa, e a irritação local desaparece, sendo a materia córante, bem tolerada pelos tecidos circumvisinhos.

Segundo a opinião de varios auctores, opinião que elles justificam pela experiencia clinica, os leucomas não devem ser tatuados, desde o momento em que se pretenda obter um resultado seguro, senão quando deixam de ser vascularisados.

E na verdade, se observarmos que os vasos vão favorecer altamente a passagem incessante dos leucocytos, e estes concomitantemente contribuem para que a eliminação da substancia córante se faça mais promptamente devido a ser arrastada, por assim diser, por elles, a nossa rasão dá plena approvação a tal asserto.

Como acima disse, a tatuagem applica-se já com o fim de disfarçar por completo as opacidades, portanto como processo puramente esthetico, quer, e esta é a indicação principal e a mais vantajosa, com o fim de corrigir as perturbações visuaes que os leucomas produzem.

E' claro que a iridectomia optica preenche

esta indicação, mas não tão completamente como a tatuagem, que além de corrigir, simultaneamente disfarça.

Geralmente, e em certos casos, associam-se os dois processos com vantajosos resultados.

A tatuagem está indicada em todos os casos de leucomas, mas muito especialmente, em opacidades espessas, simples e adherentes.

No caso de leucomas centraes, é muito empregada, combinada com a iridectomia optica.

Varios são os processos empregados.

O mais seguido no emtanto, é o de Wecker, que passo a apresentar.

O instrumental que a operação requer, é o seguinte: pinça de Waldau, uma agulha simples, a agulha de Taylor tendo d'um lado um feixe de quatro agulhas e do outro uma espátula, uma agulha ôca, e tinta da China.

Technica operatoria.

Após a cocainisação do globo ocular, feita a asepsia rigorosa do campo operatorio, e mantido o olho por meio da pinça de Waldau, pratica-se rapidamente sobre a parte da cornea que se pretende tatuar, um certo numero de picaduras, de direcção um pouco obliqua.

Em seguida, applica-se uma camada de tinta da China bastante espessa, que se espalha com o auxilio da espátula.

No mesmo dia, ou em dias consecutivos, novas picaduras se praticam, até se obter a côr desejada.

Deixa-se depois secar, e faz-se applicação de compressas frias.

A reacção ordinariamente, é muito ligeira.

Este processo é usado no caso do leucoma não ter complicação alguma.

Se elle se complica de pannus, a tatuagem deve ser muito mais profunda, e é muito menos persistente.

A rasão d'isto foi indicada mais acima.

Quando ha encravamento da iris, o que se dá frequentes veses em leucomas adherentes, as picaduras devem ser muito superficiaes e feitas com cuidado, porquanto, a irritação que fatalmente se produz, póde acarretar consigo alterações de origem cyclitica, ou mesmo glaucomatosa.

As picaduras da cornea devem ser feitas com regularidade, e a tinta da China deve ser bem espalhada, e ao mesmo tempo contida por tampões de algodão; só assim se poderá conseguir uma tatuagem perfeita e regular.

O uso da tinta da China, é justificado plenamente pela côr vantajosa que deixa sobre os leucomas.

No emtanto, varias substancias córantes podem ser empregadas no caso de pretendermos imitar as côres da iris.

Segundo Maklakoff, Vacher, etc. as côres mais recommendaveis pela sua insolubilidade, e opacidade, são as seguintes:

Negro — tinta da China

Branco — saes de chumbo e zinco

Castanho — terra de Sienné

Azul — indigo

Vermelho — zarcão, ou ôcre.

Alem d'isso da mistura d'estas substancias se poderão obter côres diversas.

C. Froehlich, preconisa no caso de leucomas centraes, e de espessura consideravel, a seguinte technica, com o fim de imitar o mais completamente possivel, a pupilla.

Anesthesiada previamente a cornea, com o trepano de von Hippel e utilizando a corôa de 3 a cinco millimetros de diametro, delimita a zona que deve corresponder á pupilla tatuada.

Com uma cureta cortante, raspa a camada epithelial.

Em seguida, pratica com a faca de Graefe, escarificações lineares no tecido circumvisinho, applicando seguidamente com a espatula a tinta da China bastante espessa.

Feito isto, collocava um penso oclusivo que conservava até a cicatrização completa, que em geral demora oito dias.

A irritação era de pequena intensidade, e o resultado absolutamente satisfatorio.

M. Holth, apresenta tambem um caso de tatuagem praticado sobre um leucoma central, e bastante adherente.

Projectando formar uma pupilla circular e central, procedeu da seguinte forma :

Imprimiu no epithelio da cornea um sulco central e circular.

Para dentro d'este sulco raspou toda a epiderme com uma espatula cortante de platina iridiada, d'esta maneira pondo inteiramente a descoberto a membrana de Bowman.

Posto isto, praticou com uma agulha muito fina, picaduras de direcção obliqua, espalhando-lhe em cima com a agulha de Taylor, tinta da China espessa, e previamente esterelisada.

Finda a operação não collocou penso algum, deixando o olho perfectamente a descoberto.

No dia seguinte, contra a sua expectativa, não se notava a menor irritação.

Ranvier attribue todas as irritações post-operatorias, na tatuagem, ao emprego do penso oclusivo e compressivo que geralmente se emprega.

Recentemente, M. d'Armaignac de Bordeaux, pratica a tatuagem com uma agulha em forma de funil, que tem a vantagem de limitar precisamente o campo operatorio, por este processo conseguindo imitar o negro pupillar.

Taes são as modalidades da technica usualmente empregada.

No emtanto, a technica de Wöcker, é a que geralmente se adopta.

Quaes os casos em que a tatuagem d'entre todos os tratamentos, merece a preferencia?

Como acima disse, em todos os casos leucomatosos ella offerece vantagens, vantagens estas tanto mais accentuadas, quanto os outros processos são deficientes e incompletos.

Assim por exemplo, dado o caso de um leucoma central, adherente, e espesso, a tatuagem combinada com a iridectomia, dá resultados admiraveis.

Por um lado a correção esthetica do defeicto, que a coloração artificial perfectamente mascara; por outro a pupilla artificial que resulta da iridectomia, e que vae attenuar algum tanto as perturbações astigmaticas da visão, ambos os processos se alliam para disfarçarem e corrigirem um defeicto que sem esse tratamento permaneceria indelevel, e o que é mais ainda, iria prejudicar não só physica, mas até moralmente o portadôr.

Nephelions tenues e invisiveis, mas por veses indeleveis tambem, são altamente melhorados pelo emprego da tatuagem.

Não que ella os vá tornar transparentes, e menos ainda, que ella os faça desaparecer.

Mas attendendo a que, estas opacidades não sendo complectamente opacas, conservando portanto uma parte da sua primitiva refringencia, e concorrendo por isso para a producção

do phenomeno da dispersão da luz, acarretando assim a astigmia irregular, e notando alem d'isso que os reflexos devidos a estas manchas ainda mais agravam a diminuição da acuidade visual, a tatuagem tornando-as perfectamente opacas, e absolutamente irreconheciveis, vae concomitantemente produzir beneficios bem palpaveis, á visão primitivamente defeictuosa.

Applicando a leucomas não centraes, mas espessos e profundos, o processo de Froehlich, isto é praticando uma pupilla artificial, por assim diser, regularisando uma cornea de desigual refringencia, as perturbações hão-de necessariamente ser diminuidas, as condições visuaes notoriamente melhoradas.

E de mais qual a gravidade d'esta operação ?

Apesar de não conhecer estatisticas concernentes a este assumpto, no emtanto Wecker, Parinaud, Froehlich, Holth etc. etc., nas suas observações, rarissimos casos citam de successo pouco apreciavel, e o que é mais importante, nenhum caso em que o doente peiorasse, de uma maneira notavel, de situação.

Em resumo pois.

De todos os tratamentos modernamente empregados nos casos de leucomas de qualquer natureza, a tatuagem corneana, é o unico que eu considero preferivel, e com superiores vantagens, sobre todo e qualquer outro.

Proposições

Anatomia — A cornea está em intimas relações de continuidade, com a conjunctiva, a esclerotica e o tracto uveal.

Physiologia — A suspensão da função cutanea, é incompativel com a vida.

Pathologia geral — As hemorragias retinianas, desempenham em semeiotica um papel importante.

Anatomia pathologica — O tecido de esclerose que se forma em volta dos tuberculos, desempenha um papel de defesa organica.

Materia medica — Não ha medicação alguma de effeitos seguros e garantidos.

Pathologia externa — Nas osteo-mylites, re-provo o uso continuado do dréno apóz a intervenção cirurgica.

Pathologia interna — Os chamados signaes pathognomonicos, não podem por si só impor um diagnostico.

Medicina operatoria — Na operação da cataracta quando se der a sahida do humôr aquoso, e a contração rapida da pupilla, deve-se esperar.

Obstetricia — Reprovo a applicação do forceps, no estreito superior.

Hygiene — A maior parte dos casos de cegueira, são devidos á incuria das mães.

Medicina legal — As perfurações do estomago, pôdem sobrevir apóz a morte, mesmo no caso da putrefacção sé ter iniciado.

Visto

Lopes Martins.

Póde imprimir-se

O Director,

Moraes Caldas.