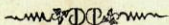


5 N.º 469 5

DA
IRIDECTOMIA ANTIPHLOGISTICA
NAS
AFFECÇÕES GLAUCOMATOSAS

DISSERTAÇÃO INAUGURAL
APRESENTADA
À
ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO
E DEFENDIDA
EM OUTUBRO DE 1880
SOB A PRESIDENCIA
DO EXC.^{mo} SNR.
ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS
POR
GERALDO JOSÉ COELHO GUIMARÃES

—  —
PORTO
IMPRENSA POPULAR DE A. G. VIEIRA PAIVA
67 — Rua do Bomjardim — 67
—
1880

28/5 EHC

no dia 13 de Outubro de 1880, pelas
horas da manhã.

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

O ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

CONSELHEIRO MANOEL MARIA DA COSTA LEITE

SECRETARIO

O ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

VICENTE URBINO DE FREITAS

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

OS ILL.^{mos} E EXC.^{mos} SNRS.

1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva e geral.....	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira — Physiologia.....	Antonio d'Azevedo Maia.
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos. Materia Medica.....	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeuticamente externa.....	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria....	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira — Partos, molestias das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeuticamente interna.....	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira — Clinica medica.....	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica.....	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica....	Manoel de Jesus Antunes Lemos.
11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia geral.....	Dr. José F. Ayres de Gouvêa Osorio.
12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica.....	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia.....	Isidoro da Fonseca Moura.

LENTES JUBILADOS

Secção medica.....	{ Dr. José Pereira Reis.
	{ José d'Andrade Gramaxo.
	{ João Xavier d'Oliveira Barros.
Secção cirurgica.....	{ Antonio Bernardino d'Almeida.
	{ Luiz Pereira da Fonseca.
	{ Conselheiro Manoel M. da Costa Leite.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	{ Vicente Urbino de Freitas.
	{ Miguel Arthur da Costa Santos.
Secção cirurgica.....	{ Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
	{ Ricardo d'Almeida Jorge.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica.....	Candido Augusto Corrêa de Pinho.
-----------------------	----------------------------------

A Escola não responde p^{or} las doutrinas expendidas na Dissertação e enuncia-
das nas proposições.

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

AO MEU PRESIDENTE

O EXC.^{mo} SNR.

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

Animado pelas conselhos de V. Exc.^a, adquiri uma posição. Só homens de erudição e talento como V. Exc.^a poderão servir de guia aos que pretendam tornarem-se úteis á sociedade. E assim serei eternamente grato.

Apresentando este trabalho satisfação á lei. É a ultima prova do nosso curso medico, que nos auctorisa a possuir um diploma com o qual nos apresentamos em condições de exercer a clinica. Variadissimos eram os assumptos dos que poderia formar este meu trabalho, mas lançando mão da iridectomia julguei satisfazer a vontade do meu espirito. É certo que ao estudo das doenças dos olhos se tem ligado pouca importancia, apesar de serem frequentes e de exigirem n'alguns casos prompta intervenção.

Entre nós ainda ha pouco começaram a apparecer os especialistas, quando em quasi toda a Europa já existiam. E sendo assim, seja-me permittido concorrer com quanto posso para tornar bem patente os resultados do tratamento das doenças dos olhos pela iridectomia.

Como sabemos, tem-se dividido a iridectomia em antiphlogistica, prophylatica e optica.

Tratarei apenas da primeira parte, não por desconhecer a importancia das outras, mas sim porque levar-me-ia tempo de que não posso dispôr, e não poderia, portanto, apresentar este meu trabalho.

Sendo assim, divido o assumpto de que trato em duas partes :

- 1.^a — PARTE PHYSIOLOGICA.
 - 2.^a — PARTE CLINICA.
-

PARTE PHYSIOLOGICA

As differentes partes de que o olho se compõe, estão submettidas ás leis geraes que regem por toda a parte a nutrição dos tecidos, sendo aqui a distribuição dos vasos e a acção do systema nervoso regularmente conhecidas.

Este orgão é complexo, e por isso apresenta particularidades de *estructura* que não conhecemos em outro algum da economia.

E assim, temos noções inteiramente especiaes, e da mais alta importancia, a da tensão intra-ocular, por exemplo, que domina a historia da nutrição do olho, da sua pathologia e da sua therapeutica.

I

Tensão intra-ocular e suas variantes

Pondo de parte a retina, o olho, considerado de baixo do ponto de vista estatico, compõe-se de 3 partes sobrepostas: 1.^a um involucro resistente, a sclerotica; 2.^a uma membrana, muito vascular, formando o aparelho irido-chorodeo; 3.^a um conjuncto de partes transparentes, umas liquidas, outras semi-liquidas, e outras finalmente solidas, que constituem os meios do olho.

O involucro resistente apresenta dous orificios nas extremidades do seu eixo antero-posterior, mas ambos fechados: o anterior pela cornea, o posterior pelo nervo optico.

Os meios são, portanto, encerrados na sclerotica, encontrando-se sob uma certa pressão que se póde medir directamente, quer com um manometro, como acontece nas experiencias dos animaes, quer com outro instrumento cujos resultados são bem mais precisos, com o tonometro.

Com relação á avaliação da pressão intra-ocular normal, Donders reputa-a em 40 millímetros de mercurio.

Vem a proposito apresentar as differentes observações feitas por Van-Hippel, A. Grunhagen, e Adamuck, para avaliar as pressões intra-oculares nos diversos animaes, assim :

1. ^a — Coelho	21	millímetros de mercurio
2. ^a — "	27	" "
3. ^a — "	64,5	" "
4. ^a — Gato.....	46	" "
5. ^a — Cão.....	32	" "
6. ^a — "	38	" "
7. ^a — Coelho	36	" "
8. ^a — "	23	" "
9. ^a — Gato.....	28	" "
10. ^a — "	23	" "
11. ^a — "	25	" "

Vê-se portanto que os meios do olho se acham submettidos a uma pressão que excede, de 30 a 35 millímetros de mercurio, termo medio, a pressão exterior.

Podemos, e com facilidade, fazer variar a pressão, quer para mais, quer para menos. Assim, se provocarmos a sahida d'uma certa quantidade dos liquidos do olho, o excesso de pressão desaparece no involucro ocular. E se n'esta occasião, applicarmos o manometro, veremos que não ha a ascensão da columna mercurial.

Os meios estarão em equilibrio com a pressão atmospherica.

Então a exploração do globo ocular com o dedo, dar-nos-ha uma sensação de molleza e flacidez, e fazendo-se sahir uma grande parte dos liquidos, a noção da vacuidade do olho torna-se mais evidente.

Abandonado o olho, os liquidos reproduzem-se, e o orgão adquire bem depressa, pelo menos n'um grande numero de casos, o seu volume e sua tensão normaes.

Se quizermos produzir effeitos contrarios, isto é, augmentar a tensão, podel-o-hemos igualmente fazer. Assim: a simples pressão exercida sobre o globo determina uma ascensão da columna manometrica, acontecendo o mesmo quando injectamos algumas gottas d'agua nos meios do olho, por isso que immediatamente se nota uma elevação, que póde chegar a uma cifra consideravel, como 200-215 millimetros, por exemplo.

N'este caso o olho toma uma dureza caracteristica, que se tem comparado á da bolla de bilhar, dureza que encontramos em certos casos pathologicos.

N'estas experiencias ha a notar que, quando feitas sobre animaes, as elevações da columna mercurial duram pouco tempo, por isso que passados momentos o manometro começa a mostrar um abaixamento na tensão intra-ocular, avésinhando-se cada vez mais da tensão normal. Em pouco tempo vêmos, portanto, o olho tomar a sua consistencia ordinaria. Pelo que acabo de expôr, nota-se que ha descida da columna mercurial, e menos consistencia ocular, e por isso, para que se reproduza a elevação manometrica e a dureza normal do olho, é preciso injectar novas quantidades de liquido.

É claro que em consequencia da absorpção que se produz no olho, o excesso da pressão intra-ocular desaparecerá; e sendo assim para se manter a pressão á altura que desejarmos, teremos de injectar novas quantidades de liquido, ou então pôr um obstaculo á absorpção pela ligadura das veias, como costuma fazer Weber, ou injectar-se um liquido que não se preste á absorpção, como oleo, por exemplo.

D'este facto deduz-se que a differença da pressão intra-ocular pôde ser considerada como o resultado de duas forças combinadas :

D'uma secreção intra-ocular, que pôde ser livre, ou incorporada ao corpo vitreo ;

D'uma reabsorção, que faz desaparecer todo o excesso de secreção.

Não deixarei de ser rigoroso, considerando um terceiro factor, a sclerotica, involucro sobre o qual os meios reagem, e que representa um papel importante. Se esta membrana fosse facilmente extensivel, cedendo ao menor esforço, nós veríamos, que a abundancia de secreção produziria o augmento de volume do olho e não haveria differenças de elevação na tensão intra-ocular. Se pelo contrario, a sclerotica fosse absolutamente inextensivel, então a menor quantidade de liquido determinaria nos meios uma grande tensão, e isto, como sabemos, pela incompressibilidade dos liquidos. Ora, o medio entre estes dois extremos, pertence realmente á sclerotica, por isso que apresenta uma elasticidade pouco consideravel, mas real, sendo posta em acção todas as vezes que debaixo d'um augmento dos liquidos do olho, a pressão intra-ocular tender a elevar-se. Esta membrana oppõe-se até certo ponto a esta elevação, ainda que, sendo dado um augmento constante no volume dos meios oculares, a tensão se eleve tanto mais, quanto a sclerotica fôr menos elastica.

Fica explanado como se pôde conceber a pressão intra-ocular, e como se pôde fazer variar experimentalmente.

Não deixarei, agora, de notar que esta pressão

está submettida normalmente a variações physiologicas continuas.

Depois d'uma refeição abundante, ou logo depois d'uma commoção viva, os olhos são brilhantes e um pouco volumosos, *saltam*, como se costuma dizer, *da cara*.

N'este momento ha uma tensão maior nos meios intra-oculares, ao mesmo tempo que uma hypersecção de todos os productos glandulares annexos ao aparelho da visão. É n'esta occasião que apparecem, algumas vezes, accidentes glaucomatosos, ligados como sabemos á exaggeração da tensão intra-ocular.

Observamos, pelo contrario, a diminuição da tensão no socego d'espírito e durante o somno.

Ora todas estas alterações da tensão intra-ocular que notei, não só pertencentes á ordem physiologica, como produzidas experimentalmente, são igualmente observadas em casos pathologicos, assim: umas vezes, d'uma maneira passageira e debaixo da influencia de causas de facil apreciação, como uma lesão de cornea, da iris, da choroideia, etc. ; outras vezes, apresentando-se com certa duração como acontece nas affecções ditas glaucomatosas. A mensuração directa, o dedo, permite apreciar o augmento da pressão intra-ocular, dando-nos uma noção bastante exacta da dureza a que chegou o globo. É ao augmento de volume dos meios do olho, exclusivamente, que se póde referir esta mudança na pressão intra-ocular, tanto para os casos pathologicos, como para os physiologicos.

II

**Mecanismo das variações de volume
dos meios do olho**

O modo mais facil de comprehender estas variantes, é admittir que os olhos teem o poder de fornecer continuamente uma certa quantidade de liquido, e o poder de o absorver continuamente á medida que se vai formando.

O equilibrio dá-se logo que estas duas funcções se contrabalançam. A secreção augmenta? A absorpção immediatamente se colloca em condições de absorver a nova quantidade de liquido augmentado, para não se dar a hypertonia.

Se pelo contrario é a absorpção que domina, não havendo a compensação, teremos a hypotonia. Esta ultima lesão sendo pouco frequente, pôl-a-hei de parte e tratarei da hypertonia.

Esta, póde ser a consequencia de duas causas distinctas: 1.^a d'uma secreção exagerada dos liquidos intra-oculares; 2.^a d'um obstaculo á absorpção.

1.º Secreções no globo ocular. — As secreções no globo ocular podem ter como consequencia augmentar o humor aquoso, ou o humor vitreo. Assim, sabe-se que, o humor aquoso augmenta em quantidade em certas affecções da iris e do circulo ciliar; que o mesmo acontece para o humor vitreo, em certos ca-

sos pathologicos, tomando maior volume, o que se manifesta pela projecção para diante do crystallino, pela compressão do corpo ciliar e iris, pela diminuição e mesmo desaparecimento da camara anterior, etc.

Ora este augmento poder-se-ha comprehender de outra maneira, que não seja o d'uma tumefacção do corpo vitreo, embebido por uma abundante secreção ocular ?

Não ; mas pôde-se cahir em erro, admittindo-se um augmento do corpo vitreo, quando existe um derrame intra-ocular, com séde nas membranas dos olhos, entre a choroideia e a sclerotica, como julgam muitos auctores. Por agora, basta-nos saber que existem, realmente, secreções intra-oculares ao nivel do corpo vitreo, e adiante, nas camaras dos olhos.

Na verdade, ha nos olhos um conjuncto de partes cuja vascularisação parece feita especialmente para esta funcção, a secreção. É o aparelho irido-choroideo, não parecendo nenhuma outra parte dos olhos gozar d'esta propriedade.

Mas todas as partes d'este aparelho, irido-choroideo, apresentarão igualmente este poder ?

Assim o parece, pois que a transsudação dos liquidos pôde-se fazer tanto na choroideia como na iris. A demonstração tem sido dada para as partes anteriores d'este aparelho, e é fóra de duvida que a parte posterior tambem o possue.

Dizem, para objectar a este modo de vêr, que ao nivel da choroideia os liquidos não passariam da choroideia para corpo vitreo através da retina sem alterar as suas funcções.

É esta uma objecção de pouco valor, de nenhum

mesmo, attendendo a que, segundo quasi todos os opthalmologistas, as hemorragias do corpo vitreo tem a sua origem na choroideia, e a passagem do sangue através da retina não deixa vestigio algum. Sendo assim, como se poderá demonstrar a alteração da retina pela transsudação d'um liquido seroso para o corpo vitreo?

Ao nivel da ara-serrata, na parte anterior, a retina é constituida para prolongamentos ciliares, e com certeza a passagem dos humores seriam incapazes de trazerem qualquer alteração.

Além de tudo isto, as secreções directas da choroideia para o corpo vitreo são bem patentes nos casos em que o crystallino impellido para diante, comprimindo a iris e os processos ciliares, e oppondo-se á secreção do humor aquoso, diminue a camara anterior. N'este caso o corpo vitreo tirará o augmento de volume da choroideia.

Desde o momento em que, deixando de considerar os olhos com estas alterações, os encontramos no seu estado normal, admite-se que os humores intra-oculares podem passar das camaras para o corpo vitreo e vice-versa, através da zona de Zinn, estabelecendo-se d'esta maneira o equilibrio da tensão entre os diversos meios dos olhos.

Não se tem admittido sómente a passagem dos humores para o corpo vitreo; ha auctores, que admittem a mesma propriedade para fóra da choroideia, como vem a ser Le Fort, Schwalbe, Lichel, etc. Apesar de encontrarmos homens tão distinctos sustentando este modo de vêr, as suas doutrinas não são aceites pela maior parte dos opthalmologistas.

Se esta passagem de humores existe, é ella muito rara e unicamente pathologica.

Com relação á secreção da parte anterior do aparelho irido-choroideo, ella é muito mais bem conhecida depois dos trabalhos de Ivanoff e de Lebert.

Assim sabemos que é ao nivel dos processos ciliares e da face posterior da iris que encontramos a origem d'estas secreções.

Não é só a riqueza vascular d'estas partes, mas a sua resistencia á impregnação pelos liquidos corados, que indica a existencia d'uma corrente para a camara dos olhos, o desaparecimento da camara anterior e da protrusão da iris quando a pupilla está obliterada, o prolapsus da iris quando a cornea está perforada, o que é sufficiente para provarmos o poder secretorio d'este aparelho irido-choroideo.

Depois do que fica dito, tira-se como conclusão que ha liquidos segregados nos olhos, e que é o aparelho irido-choroideo o ponto de partida d'esta secreção.

Passarei agora a demonstrar, como funciona esse aparelho, e debaixo de que influencias se produzem as variantes da secreção.

Com certeza que poderei já estabelecer, como regra geral, que a secreção intra-ocular não reconhece senão uma só causa immediata, a tensão sanguinea. Assim é, por isso que existem factos que o demonstram.

Quando ha elevação da tensão arterial geral, esta elevação acompanha-se sempre d'um augmento na tensão intra-ocular; por exemplo: se sobre um animal curarisado fôr comprimida a aorte abdominal, vere-

mos em poucos instantes o manometro collocado na camara anterior elevar-se á medida que subir a pressão sanguinea nas arterias carotidas. Electrizando a medulla alongada ao nivel do trijemeo, observamos, ao mesmo tempo, as carotidas tornarem-se tumefactas e salientes, e os olhos duros como bollas de marmore. Estas experiencias, bastante comprovativas da relação que existe entre a tensão arterial geral e a tensão intra-ocular, são feitas por Grunhagem e Von-Hippel.

Passando agora a examinar os phenomenos que se passam na circulação local, apresentarei factos, que demonstrem ainda o principio geral que admitti, isto é, que a secreção intra-ocular está dependente da tensão sanguinea.

As modificações que a tensão sanguinea local póde experimentar, dependem principalmente de duas causas: ou d'alguma acção vaso-motora do systema nervoso, ou então, a chegada do sangue sendo a mesma, de algum obstaculo á sahida do sangue venoso que determinará uma stase.

As modificações da circulação arterial local estão quasi todas subordinadas ao systema nervoso.

Apontando a experiencia de Pourfour du Petit, vêmos que depois de seccionado o grande sympathico, nota-se immediatamente a dilatação dos vasos do lado correspondente, e principalmente a dos vasos dos olhos. Em seguida, depois de repetida esta experiencia por Wegner, veio-se no conhecimento de que ao mesmo tempo se observava a diminuição da tensão intra-ocular.

É claro que n'este caso, em que se observava a ausencia da secreção, ella resultaria da menor pressão

com que o sangue circulava, em consequencia da dilatação paralytica dos vasos.

A irritação do grande sympathico, segundo as experiencias de Claude Bernard e de Wegner, mostram, pelo contrario, não só a diminuição do calibre dos vasos como a elevação de tensão intra-ocular.

Igualmente a excitação do centro-cilio-spinal ao nivel das duas ultimas vertebraes cervicaes produz os mesmos effeitos do grande sympathico. É que n'estes casos os vasos estão em condições de fornecerem os elementos para secreções.

Grunhagen e Van-Hippel não admittem a acção directa do grande sympathico sobre os vasos, mas sim sobre as fibras lisas da orbita, contrahindo-as; e em consequencia d'esta contracção haveria para a circulação um obstaculo ao curso do sangue venoso que sahe dos olhos. Haveria, portanto, uma stase, que daria em resultado a hypersecreção intra-ocular. Não compartilharei este modo de vêr, por isso que o aparelho muscular a que se referem é muito pouco conhecido, e mesmo porque não são estas as idéas professadas pela maior parte dos cirurgiões.

O nervo do 5.^o par tem sobre a circulação dos olhos um poder superior ao do grande sympathico. Assim, se se excitar a extremidade peripherica d'este nervo depois de seccionado, observar-se-ha uma dilatação energica dos vasos dos olhos, e ao mesmo tempo um augmento na tensão sanguinea.

Este tronco nervoso contém nervos vaso-dilatadores do orgão da visão.

A par d'estes phenomenos produz-se uma eleva-

ção extrema da tensão intra-ocular, e os olhos tornam-se subitamente duros.

Se em lugar de irritar o nervo do 5.^o par depois de seccionado, nós o conservarmos intacto irritando os seus ramos terminaes, teremos phenomenos analogos, mas não tão completos. Assim, se projectarmos amoniac sobre a cornea d'um animal, obteremos a elevação da tensão sanguinea e da tensão intra-ocular.

Estes phenomenos são evidentemente devidos á acção reflexa.

Dissemos que a tensão sanguinea podia elevar-se debaixo da influencia d'uma stase de sangue venoso; e assim é, por isso que toda a compressão da *vasa-verticosa* determina augmento na tensão intra-ocular.

Foi d'esta maneira, isto é, ligando estas veias, que Grunhagen e Von-Hippel produziram um glaucoma experimental.

Adamuck apresenta a seguinte experiencia, que me parece corroborar esta opinião: irritando o grande sympathico ao nivel das duas ultimas vertebraes cervicaes, observa a dilatação das veias e a diminuição do calibre das arterias intra-oculares. No primeiro instante a tensão dos meios não varia, mas passado um minuto da apparição da dilatação venosa, nota-se o excesso de tensão intra-ocular.

2.^o Reabsorpção dos liquidos intra-oculares. — Está plenamente demonstrado que existe uma corrente da parte central dos olhos para a camara anterior.

Os physiologistas antigos attribuiam á cornea um papel que realmente nunca teve, como o de ser a séde d'uma evaporação continua.

Afirmavam até terem observado o humor aquoso á sua superfície, e houve quem lhe descrevesse póros pelos quaes o liquido passava para o exterior. Como se vê, parece impossivel que homens de reputação firmada como Leuvenhœck e outros quizessem dar á cornea propriedades que lhe são inteiramente estranhas.

É Lebert o primeiro que nos faz saber que a cornea não é a séde de nenhuma transsudação, e que o epithelio da membrana de Descemet está em condições de oppôr um obstaculo a esse phenomeno.

A reabsorpção far-se-ha pelas veias ordinarias, isto é, pelos vasos.

Assim é, por isso que fazendo-se a ligadura dos vasos o augmento da tensão ocular será mantido por muito tempo.

Sendo assim, aonde se achará o logar d'esta absorpção?

Com certeza que não será nem a choroideia, nem a face posterior da iris, nem os processos ciliares, por isso que pelo contrario, segregam e não absorvem; mas sim será a face anterior da iris, o principal ponto do aparelho irido-choroideo que apresentará este poder.

Naturalmente é aqui aonde devemos localisar o poder principal da absorpção.

Lebert praticando injeções coradas na camara anterior, viu que os liquidos não se fixavam senão nos pontos em que a corrente se dirigia das partes interiores dos olhos para as exteriores, e estes pontos eram o ligamento pectineo, as vizinhanças do canal de Schlemm e um pouco a face anterior da iris.

O canal de Schlemm com o plexo venoso que contém parece ser o lugar d'absorpção dos humores intra-oculares e a passagem far-se-ha por um phenomeno de simples imbibição através das membranas delgadas e fenestradas que circumscrevem d'este lado a camará anterior.

Sobre o canal de Schlemm existem divergencias entre os auctores.

Sappey considera-o como um canal destinado a receber todas as veias da iris e para fornecer as veias ciliares anteriores.

Lebert vê n'este canal um plexo venoso que recebe as veias emanadas da parte anterior do corpo ciliar, e tambem as veias ciliares anteriores nascendo d'este plexo.

Para Ivanoff e Rollet seria preciso distinguir, no ponto em que se descreve este canal, dois conductos : o de Schlemm e o de Fontana ; este ultimo collocado entre a face anterior da iris e a face posterior do ligamento pectineo, e seria talvez um conducto lymphatico. Emquanto ao canal de Schlemm estaria collocado na espessura da sclerotica.

Seja como fôr, no meio d'estas variadas opiniões, ha um facto constante, que vem a ser que os liquidos dos olhos ganham a zona que occupa o canal de Schlemm e que ahi desapparecem reabsorvidos e levados pelas veias ciliares anteriores.

Mas além d'este ponto de reabsorpção não poderá haver outro na parte posterior dos olhos para os liquidos transsudados do humor aquoso ? Os que sustentam esta opinião fundam-se em que a tensão intra-cranneana exerce certa pressão sobre os meios dos olhos.

Não é facil, porém, resolver este ponto, e como me parece não ter a importancia que apresenta a reabsorção da parte anterior dos olhos, deixal-o-hei de parte.

III

Relações da iridectomia com a tensão intra-ocular normal

Começarei por perguntar se pelos factos que conhecemos já, poderemos conceber como a iridectomia póde dar um abaixamento da tensão intra-ocular.

Apresentarei antes da resposta, uma observação importante: depois dos primeiros resultados obtidos pela iridectomia no tratamento do glaucoma, Graefe praticou esta operação, repetidas vezes, não só nos animaes, mas tambem no homem a titulo de curativo d'uma outra affecção, e notou que havia um abaixamento na tensão intra-ocular depois da operação; abaixamento que sobre os olhos normaes tinha pouca duração.

E n'este caso, como se poderia conceber razões para este abaixamento?

Variadas teem sido as explicações d'este facto, e antes d'apresentar a que me parece mais razoavel, enunciarei as que teem sido mais admittidas na sciencia.

Opinam uns, que tirando-se uma porção das superficies secretantes, a quantidade da secreção deve diminuir.

Este argumento não colhe, por isso que a parte que se tira é insignificante.

Outros argumentam que não é a porção tirada da iris que se deve considerar como superficie secretante, mas sim a supressão d'uma porção de filetes e ganglios nervosos que, em casos pathologicos, gozam um certo poder para o apparecimento da hypersecreção.

Este modo de vêr não tem grande importancia, porque não se tiram ganglios nervosos, o que aconteceria se se operasse sobre o corpo ciliar.

Nós aqui operamos só sobre a iris.

Dizem ainda outros: a acção que a iridectomia exerce sobre a circulação da choroideia, traz uma grande facilidade na saída do sangue nas veias d'esta membrana, e portanto diminuição da secreção intra-ocular.

Ainda que, admittindo a opinião de Lebert, o sangue passasse no seu todo da iris para a choroideia, em lugar de attingir o canal de Schlemm, como quer Sappey, não se explica como a ablação d'uma porção, ainda que extensa, d'esta membrana, pôde influir sobre a secreção choroidea.

Ora, quer se admitta a iris como superficie secretante, quer se tenha em conta os nervos que ella contém, quer se supponha a acção da iridectomia sobre a circulação capaz de a modificar, não se pôde admitir que a excisão d'esta membrana possa dar aos olhos sãos uma diminuição nas secreções intra-oculares, ou um augmento na absorpção dos liquidos segregados.

Assim acontece. Admittindo as opiniões de todos os auctores, direi com elles que por mais conhecimentos que se possam ter, nunca acharemos por de-

ducção a iridectomia antiphlogistica. É o que aconteceu a Graefe. Depois de ter operado muitos doentes, com um fim puramente optico, reconheceu o abaixamento da tensão intra-ocular. Foi depois d'estas operações repetidas que elle applicou, d'uma maneira empirica, a sua descoberta. As explicações vieram mais tarde, e as que se tiraram do estado normal pouca importancia teem. Se a operação da iridectomia tem os effeitos apresentados por Graefe, é nos casos pathologicos e d'uma maneira nova. Veremos, agora, no estudo clinico da iridectomia a explicação mais razoavel d'este facto, o abaixamento da tensão intra-ocular.

PARTE CLINICA

Se tratarmos de averiguar quaes os casos em que a iridectomia deva applicar-se, vêr-nos-hemos altamente confusos. Assim, para uns esta operação está indicada d'uma maneira absoluta em certas affecções dos olhos; para outros, ella apresenta indicações especiaes em determinados casos. Mas o que é verdade, é que certas fórmãs d'uma mesma doença podem exigir o emprego d'esta operação ou contraindical-a. Por exemplo, o glaucoma.

Passaremos agora a observar as differentes doenças nas quaes esta operação tem sido applicada, para assim podermos julgar da sua importancia.

Esta segunda parte terá portanto de referir-se a duas partes principaes :

1.^a — A iridectomia no glaucoma.

2.^a -- A iridectomia nas diversas affecções dos olhos.

I

Aceitando a definição de Græfe, diremos que a affecção glaucomatosa será toda a doença na qual a tensão intra-ocular augmente. Assim é, por isso que a maior parte dos symptomas d'estas affecções estão ligadas a este excesso de tensão.

As doenças glaucomatosas, comprehendem o glaucoma propriamente dito e o glaucoma secundario.

O glaucoma propriamente dito póde ser dividido em *inflammatorio* ou *simples*.

Duas são as theorias que se tem apresentado para a explicação do glaucoma: d'um lado pela hypersecreção; d'outro pela absorpção que se tornou insufficiente.

A hypersecreção tem sido attribuida ás seguintes causas :

- | | |
|--|---|
| | <p>Primitivas — nevroses dos nervos ciliaes.</p> <p>Consecutivas — compressão na sclerotica inflammada e retrahida, irritação pelos corpos estranhos, pelo crystallino luxado, por uma lesão da cornea, da iris, etc.</p> |
| 1. ^a — Perturbações nervosas. | } |
| 2. ^a — A phenomenos inflammatorios do lado da choroideia e da retina, de todas as membranas dos olhos susceptiveis de produzirem uma hypersecreção. | |

3.^a — A perturbações circulatorias da natureza muitas vezes indeterminada ; alterações atheromatosas das paredes vasculares.

A modificação imprimida pela iridectomia á hypersecção do liquido é a mesma tanto nos casos pathologicos, como nos physiologicos.

Como não se podesse explicar a maneira pela qual a iridectomia moderava a secreção intra-ocular, foram levados a negar esta acção, e a perguntar se a operação não obraria como um largo desbridamento.

Mas o desbridamento não deve produzir senão effeitos passageiros n'uma affecção cujas causas são duradouras.

Ora, a verdade está em que é difficil explicar a iridectomia nos casos em que o glaucoma é devido á abundancia das secreções intra-oculares.

De todas as theorias aquellas que se vaseam sobre o obstaculo á circulação dos liquidos segregados são as que mais adeptos contam.

Depois das experiencias de Leyden, Von-Hippel e Grugnagen, concebe-se a existencia d'um glaucoma, quando haja um augmento na tensão intra-craneanna, produzido quer por um tumor, quer por uma hemorragia ou por quaesquer perturbações vasculares.

Ultimamente diz-se que os obstaculos á absorpção residem no canal de Schlemm.

É Max Kniés e depois Weber que mais teem insistido sobre estas alterações anatomicas que em certos glaucomas apresentam as paredes do canal de Schlemm.

Assim a adherencia da parte peripherica da iris sobre uma extensão maior ou menor da face posterior

do limbo sclero-corneal é um facto bem demonstrado. Não só esta adherencia, como a tumefacção das paredes do canal de Schlemm e as lesões inflammatorias que apparecem na parte anterior do corpo ciliar, prejudicam bastante as funcções do canal de Schlemm.

Admitte-se, pois, que a iridectomia tem como resultado o rompimento d'uma extensão mais ou menos grande da zona d'adherencia do canal de Schlemm, e é por esta razão que esta operação deve ser no glaucoma peripherica e larga, para assim attingir a zona do canal e dar os resultados que se pretendem. Mas estas adherencias não são constantes, e além d'isso muitas vezes no glaucoma typo faltam.

Finalmente, acontece que em grande numero de casos não podêmos affirmar que sejam primitivas.

Ainda aqui, como vêmos, não achamos uma explicação sufficiente do modo d'acção da iridectomia.

Passaremos agora para a observação dos doentes, vendo a applicação empirica da operação nos diversos casos em que tem sido empregada.

*

* *

Glaucoma inflammatorio agudo

Divide-se o glaucoma inflammatorio em *inflammatorio agudo* e *inflammatorio chronico*. Considerando a primeira d'estas fórmulas, temos que, depois d'um periodo prodromico, o doente é atacado, principalmente de noite, de dôres peri-orbitarias extremamente vivas.

Além d'isto, cada uma das partes dos olhos apre-

senta: leve chemosis conjunctival, injeccão sclerotical pela repleção extrema das veias ciliares anteriores, insensibilidade da cornea, iris descorada, pupilla dilatada e immovel, os meios transparentes turvos, dureza anormal dos olhos, amblyopia e diminuição do campo visual. O ataque dura algumas horas ou alguns dias com pequenas remissões.

Ora, acontece algumas vezes que logo ao primeiro ataque um dos olhos seja completamente perdido, (*glaucoma fulminante*); mas em geral não acontece assim: depois do ataque a opacidade dos meios transparentes desaparece na sua maior parte, e o fundo do olho pôde ser analysado. N'este caso observa-se então as veias dilatadas, as arterias pelo contrario diminuidas no seu calibre e pulsando com força. Algumas lesões da iris persistem, e o campo da visão diminue.

Deve-se temer as recahidas, por isso que ellas aggravam o estado do doente.

Se com effeito a iridectomia dá bons resultados no glaucoma, podemos desde já dizer e proclamar a sua efficacia no glaucoma inflammatorio agudo e quando applicada a tempo. É aqui realmente que poderemos contar com os beneficios d'esta operação.

O prognostico d'uma alta gravidade outr'ora, é hoje benigno, principalmente depois que Græfe empregou esta operação e a generalizou. Ao principio limitava-a simplesmente aos casos agudos, e só mais tarde a estendeu ás outras fórmias.

Desde então a iridectomia no glaucoma agudo é applicada por todos os cirurgiões, e senão, é vêr a

discussão da Sociedade de Cirurgia em 1864, sustentada por Follin.

Para bem se avaliar os efeitos trazidos pela aplicação d'esta operação, era com certeza pelo conhecimento das estatísticas que os poderemos obter. Mas as estatísticas aqui faltam, e as que apparecem não são tão completas como eram para desejar, para assim julgarmos da extensão dos successos obtidos pela iridectomia. Apenas temos algumas insufficientes e em pequeno numero, que apresentarei. Apesar dos resultados colhidos serem satisfactorios, não passarei sem dizer que o processo operatorio, a habilidade do cirurgião, teem uma influencia poderosa e de difficil apreciação.

Em 98 casos de glaucoma tratados por Hirschberg, de Berlin, 22 eram inflammatorios agudos.

D'estes 22, quatro eram acompanhados d'uma desorganisação tal do olho, que não se podia esperar resultado satisfactorio da operação. Ficaram portanto 18 casos, que foram operados. Ora n'estes 18, 17 ficaram completamente curados, e um unico que não correspondeu ao fim desejado da operação foi o d'uma mulher atacada de cataracta senil do lado opposto. Em todos estes casos, nenhum passou ao estado chronico. Uma outra estatistica de Magawlay, mostra que em 12 casos, apenas um não deu resultado, por isso que foi seguido de iritis com synechias posteriores.

É realmente satisfactorio o que acabo de expôr, mas notarei que semelhantes resultados só foram obtidos nos casos inflammatorios simples.

O momento, em que se deve intervir com a operação, é d'alta importancia para o resultado. Græfe

diz que se deve operar, qualquer que sejam os phenomenos inflammatorios.

Esta opinião é ainda admittida.

Outros, pelo contrario, não querem a intervenção tão cedo, por isso que, quando feita a operação no periodo inflammatorio, ella trará grandes dôres para o doente, e em consequencia d'estas dôres qualquer movimento involuntario póde fazer comprometter a operação. — Objecção de pouco valor por que o chlo-roformio tudo remedeia.

Para Græfe a operação estará contraindicada quando haja um estado geral mau.

De todas as contraindicações apenas ha uma que, superior a todas as outras, merece ser tida em conta. Vem a ser, desde o momento que exista uma chemosis conjunctival, por isso que, n'estes casos a cornea está envolvida d'um circulo espesso sangrando ao menor contacto, e impedindo assim a operação. Mas quando mesmo se queira praticar a operação teremos então de recorrer a certos meios, como escarificações conjunctivaes para obtermos uma diminuição na chemosis.

As vantagens que resultam da operação feita a tempo são grandes; póde-se fazer abortar um glaucoma fulminante; obtem-se a cessação das dôres; e finalmente, os resultados debaixo do ponto de vista da visão dependem da oportunidade da operação.

Quando feita tão cedo quanto possivel, podemos vêr voltar a visão ao estado primitivo. Não quero dizer com isto que a operação fóra d'este tempo não dê resultado, mas sim que quando se passam 15 dias ou mais estes resultados não são tão satisfactorios co-

mo eram para desejar. Assim : quando se opera logo depois do primeiro ataque, as lesões podem desaparecer e a visão voltar ao estado primitivo ; se pelo contrario, se intervem depois de repetidos ataques, obter-se-ha a visão tal qual era antes do ultimo ataque.

Immediatamente á iridectomia nota-se o desaparecimento da tensão intra-ocular ; mas no dia seguinte e nos que se seguem, torna-se a elevar, umas vezes para mais, outras para menos.

Esta elevação na tensão intra-ocular não é duradoura, por isso que baixa no fim do segundo ou terceiro dia, para depois desaparecer. Quando se dêr o contrario, isto é, a tensão intra-ocular persistir, não teremos os resultados que desejamos.

*

* *

Glaucoma inflammatorio chronico

Esta doença é caracterisada pela sua marcha continua, sem accessos, o que a torna distincta do glaucoma agudo. Dôres ciliares menos intensas, uma vascularisação conjunctival menos pronunciada, a iris turva e o olho doente apresentando uma dureza notavel. Além d'estes symptomas encontramos mais a escavação da pupilla, o circulo d'atrophia choroideia circum-pupillar, *chamado aureola glaucomatosa do nervo optico*, pulsações dos vasos, etc.

Com relação ao que se nota debaixo do ponto de vista da visão, temos : o campo visual menor, a retina torna-se insensivel, ha turvação nos meios e a cataracta glaucomatosa póde apparecer.

Seja dito e com toda a veracidade, os resultados da iridectomia no glaucoma chronico, quando a operação seja a tempo, rivalisam com os obtidos no tratamento do glaucoma agudo. Desgraçadamente esta operação é quasi sempre feita tarde, e quando o doente já não está em condições favoraveis.

Vejamos o que nos dizem as estatisticas sobre este assumpto.

Magassly operando 57 doentes de glaucoma chronico obteve :

38 casos em que a visão foi melhorada.

13 casos, estado estacionario.

4 casos ficaram peores (2 por opacidade do crystalino, 2 por atrophia progressiva do nervo optico).

1 residina do glaucoma.

1 glaucoma persistindo apesar d'uma segunda iridectomia.

Hirschberg, em 12 casos de glaucoma chronico inflammatorio, apresenta : 2 foram declarados inoperaveis por causa de alterações adiantadas dos olhos, no entanto um d'estes doentes foi operado segunda vez para se obter a diminuição de dôres, o que aconteceu ; dos 10 restantes, 9 ficaram completamente curados. Ora prova este resultado, tão favoravel com certeza, que a operação foi feita a tempo.

D'uma maneira geral, póde-se dizer que a iridectomia no glaucoma inflammatorio chronico melhora a visão, ainda que algumas vezes em fracas proporções, e isto sempre devido a alterações anteriormente experimentadas pela retina e pela choroideia.

Observa-se também que a marcha da doença é detida, a tensão intra-ocular diminuída, as dôres desaparecem quasi sempre, e é com esta operação, igualmente, que impedimos ao mesmo tempo as lesões da cornea e do crystallino. Como vemos, grande numero de beneficios obtemos com a iridectomia, o que não deixaremos passar por alto, para assim termos em conta a sua importancia.

*

* *

Glaucoma chronico simples

Foi em 1857 que Græfe, conhecendo os resultados da iridectomia no tratamento das affecções glaucomatosas, indicou esta operação pela primeira vez para o glaucoma agudo. Mais tarde entendeu applical-a igualmente ao glaucoma chronico inflammatorio, para depois estendel-a ao glaucoma chronico simples. Se nos primeiros tempos pela incerteza dos resultados, nem por isso aconselhava a pratical-a, disse algum tempo depois: — um grande numero de doentes que foram operados n'um periodo já avançado da doença, gozaram d'um resultado relativamente favoravel, e depois d'um espaço de tempo de seis a oito annos viram as funcções visuaes cumprirem-se melhor do que no momento da operação. Outros, pelo contrario, operados no principio da operação, depois d'um *stato-quo* de muitos annos, perderam lentamente a vista. Ainda outros, o enfraquecimento visual demonstrado antes da operação, não foi detido senão por algum tempo. Fi-

nalmente alguns, em pequeno numero, ficaram cegos depois da operação —.

Wecker, como resultado das suas operações, diz-nos: — que o numero dos casos em que a operação fica sem resultado é quasi igual aos que se teem obtido com algumas vantagens —.

Já disse que tudo depende do momento da operação, porque se a pupilla estiver profundamente escavada, não poderemos esperar melhoras.

O resultado, que tiramos da operação, está sempre em relação com a pouca profundidade d'esta escavação.

Não quero admittir isto d'uma maneira geral, por isso que tem as suas restricções. Quem poderá prevêr os resultados do glaucoma chronico simples?

Ha casos, em que existindo uma profunda escavação obtemos resultados favoraveis; outros, pelo contrario, em condições inteiramente oppostas não experimentam melhoras algumas com iridectomia. Além d'isso nem todos os glaucomas se assemelham.

Conta Edouard Meyer que observou um doente, o qual, tendo a tensão do globo ocular um pouco exagerada, apresentava a escavação glaucomatosa bastante profunda. D'esta maneira, qualquer facultativo que o observasse diria — *glaucoma typo* —, e portanto urgente a operação da iridectomia.

Este doente, tendo meios de fortuna, viajou pela Europa, consultando um grande numero de especialistas. Todos o aconselharam a que se sujeitasse á operação, isto é, a resposta foi por toda a parte a mesma. Animado pela opinião do seu facultativo particular, para que não se deixasse operar, o doente assim fez, conservando a vista intacta até á morte. O

doente morreu passados annos, mas d'uma doença cancerosa.

Pelo que fica exposto, vêmos, como já disse, que os resultados da iridectomia no glaucoma chronico simples são incertos. Mas ainda como nova prova apresentarei a estatistica de Hirschberg.

Em 22 casos, divididos em 2 categorias — 13 leves, e 9 graves, não só pela antiguidade, como pela profundidade da escavação — temos :

Que nos 13 casos, dous terços ficaram curados, e um terço sem resultado ;

Que nos 9 casos graves, dous terços curados e um terço igualmente sem resultado.

Mas n'estes, diz Hirschberg, 3 casos existem que não poderam ser seguidos.

Finalmente, depois de examinar todos os factos, a que me tenho referido, posso julgar d'applicação da iridectomia no tratamento dos glaucomas da maneira seguinte :

A iridectomia, nos casos dos glaucomas agudos ou dos glaucomas chronicos inflammatorios, dão quasi sempre a cura ; a marcha da doença detida ; a conservação da visão n'um grau variavel, segundo o momento em que se intervem.

Nos casos dos glaucomas simples, não estão ainda d'accôrdo os ophtalmologistas a respeito dos resultados obtidos pela operação.

Admitte-se geralmente que a doença não progride na ametade dos casos ; mas isto é uma apreciação um pouco sem valor. Acontece algumas vezes obterem-se resultados em doentes, que pareciam estar definitivamente condemnados a perderem a vista.

*
* *

Glaucoma secundario

Um grande numero das affecções dos olhos acompanham-se d'um augmento na tensão intra-ocular, mas nem por isso poderemos desde logo admittir a existencia do glaucoma secundario, porque a sua existencia depende não só de ser precedido d'uma affecção ocular, mas tambem apresentar o conjuncto dos symptomas caracteristicos do glaucoma: dôres, diminuição do campo visual, perda da sensibilidade da cornea, a turvação dos meios, etc. Note-se que, a escavação papillar, pôde igualmente ser demonstrada. As doenças que podem dar, mais geralmente, origem ao glaucoma secundario, são:

Da cornea. — Uma lesão persistente d'esta membrana pôde ser o ponto de partida d'uma irritação ciliar que determine a hypersecreção dos liquidos intra-oculares. Existem algumas lesões mais proprias para provocarem o apparecimento d'este augmento.

O *pannus*, as *cicatrizes* são apresentadas por Graefe d'uma maneira particular como capazes d'esta acção.

O glaucoma secundario mostra-se de preferencia quando as cicatrizes tendem para a ectasia, e constituem o *staphyloma*.

Sendo assim, perguntarei, a ectasia é provocada pelas alterações já estabelecidas nas secreções intra-oculares, ou é ella o ponto de partida para estas alterações?

Não poderei responder, por isso que em todos os casos existem complicações, e é uma questão que ainda não está resolvida pelos ophtalmologistas.

A *keratite diffusa*, caracterisada por opacidade collocada ao nivel da fenda palpebral e debaixo da fórma de dois triangulos lateraes, é apontada por Græfe como capaz de produzir o glaucoma secundario. Temos, igualmente, que os individuos atacados d'*ectasia congenital da cornea* (*cornea globulosa, staphyloma pelucido*) podem apresentar o glaucoma.

Ora, para que a iridectomia tenha a sua applicação n'estas diversas affecções da cornea, é preciso que anteriormente se tenham feito repetidas paracenteses, que sem resultado, não impedirão o adiantamento da doença. Então applicaremos a operação com o fim de diminuir as dôres ao doente, as quaes, d'ordinario vivas, o atormentam atrozmente.

Quando o staphyloma da cornea é de tal maneira desenvolvido, que fórma uma saliencia bastante globulosa, opaca, e atraz da qual se encontra tanto a iris, como o crystallino encostados, então a iridectomia deve ser posta de lado, e teremos, como melhor meio, o sacrificar-se o olho doente.

Iris. — A iritis póde ser o ponto de partida do glaucoma secundario, mas mais especialmente uma das suas variedades, a *iritis serosa*.

O glaucoma é, n'outros casos, determinado pela existencia de synechias, que produzem na iris um estado de irritação, conduzindo assim o olho para esta terminação.

Choroideia. — A choroidite, nas suas diversas formas, plastica, purulenta e serosa, não se fazem acompanhar, n'um grande numero de casos, de nenhuma elevação na tensão intra-ocular, e antes observa-se algumas vezes uma diminuição n'esta tensão.

Sendo assim, vem a proposito o perguntar-se qual a razão por que em certos casos, a choroidite, fazendo-se acompanhar d'uma maior tensão nos liquidos intra-oculares, chega a produzir o glaucoma?

Segundo a opinião de Græfe, a sclero-choroidite posterior, vem mais vezes que a choroidite, faz-se acompanhar d'estes accidentes. A intervenção da iridectomia n'estas formas do glaucoma está tão indicada, como nos glaucoma primitivo.

Crystallino. — Tem-se admittido a existencia do glaucoma secundario consecutivo a cataractas simples. Esta opinião não é admittida geralmente, pois é provavel que tanto o glaucoma, como a cataracta, tenham sido desenvolvidos debaixo da mesma influencia. O glaucoma secundario é frequentemente causado pelas lesões do crystallino: luxações, desvios causados pela destruição das adherencias da lentilha, por exemplo, como no amollecimento do corpo vitreo, lesões traumaticas, abaixamento cirurgico, etc.

A unica operação que está indicada para todos estes casos, é com certeza a extracção da lentilha, mas esta operação é arriscada, porque não se pôde impedir a saída do humor vitreo, o que expõe o doente a perigos. Para substituir a operação que estava indicada, pratica-se então a iridectomia com o unico fim

de vêr se se pôde impedir o progresso da doença, e de tornar as dôres menos intensas.

Para se obter a diminuição das dôres, teremos que levar a operação sobre a parte da iris que o crystallino irrita.

Neoplasmos. — Os sarcomos da choroideia dão sempre logar ao glaucoma secundario. A operação da iridectomia nenhum resultado daria, e teremos, n'estes casos, de praticar aquella que mais convem, isto é, a enucleação do olho doente.

Na *retina* pôde-se encontrar o ponto de partida d'uma forma especial do glaucoma, chamado glaucoma hemorrhagico.

Esta doença, apresenta-se á maneira d'um glaucoma inflammatorio ou de um glaucoma fulminante.

A lançar-se mão da opinião de Græfe, teremos que a iridectomia n'esta doença, nenhum resultado dará, porque nem ao menos obteremos a diminuição da tensão intra-ocular, e teremos hemorrhagias mais abundantes que no glaucoma propriamente dito. Depois de Græfe, os ophtalmologistas não empregam a iridectomia para estes casos.

Hirschberg tendo applicado a iridectomia em quatro doentes atacados de glaucoma hemorrhagico com o fim de trazer a cessação das dôres, só n'um caso pôde obter este resultado.

Como se vê, nenhuma importancia se encontra na applicação da iridectomia; e quando o olho doente está completamente perdido para a visão, e é a séde de dôres intoleraveis, devemos aceitar o que nos aconselha Græfe, isto é, ainda a enucleação.

II

**Aplicação da iridectomia nas diversas
affecções dos olhos**

Já vimos que algumas das lesões dos olhos podiam ter como resultado a formação d'um glaucoma secundario, que, qualquer que fosse a sua origem, viria acompanhado quasi sempre d'um cortejo de symptomas muito semelhantes aos do glaucoma propriamente dito, razão sufficiente para se tornar mais extensa a operação da iridectomia.

Attendendo aos resultados obtidos pela iridectomia no tratamento do glaucoma, muitos cirurgiões tentaram applical-a a outras lesões das membranas dos olhos, e sempre ao titulo de antiphlogistica.

Esta applicação, muito louvavel e racional em certos casos, foi feita em muitos outros, em que, pelo contrario, estava perfeitamente contraindicada.

Passando a enumeral-os, temos :

Inflammação, abcessos e ulceras da cornea. — Grande numero de vezes tem-se praticado a iridectomia n'estas lesões, com o fim de abreviar a sua duração, de prevenir as deformações que a cornea póde experimentar, ou então impedir a sua perforação.

Ora, se é verdade, que não temos o direito de collocar de lado, d'uma maneira absoluta, a intervenção d'esta operação, quando julgada como de proveito por operadores experimentados, tambem é forçoso confessar que grande numero de vezes não deveremos lançar mão d'ella, quando se póde obter com

menos custo melhores resultados que os obtidos pela iridectomia.

Assim teremos, os collyrios, atropina, a eserina, as paracenteses simples, ou operações especiaes, como a incisão peripherica simples da cornea, etc.

Acontece, porém, algumas vezes que em certas condições especiaes poderemos lançar mão da iridectomia, isto é, quando em pessoas adultas não se poder esperar o desaparecimento das opacidades, que deixam as lesões da cornea.

É o que se observa nas ulceras e abcessos d'esta membrana. N'este caso, com a applicação da iridectomia, obteremos não só o facilitar-se a cura da lesão da cornea, como se abrirá aos raios luminosos uma via, que com a existencia d'uma larga opacidade se encontram interceptados.

Pauchon, fallando-nos das applicações da iridectomia, diz-nos que ella póde ser empregada e com proveito nas *belidas da cornea*, ainda que sejam antigas. Segundo a opinião de Peirot as razões apresentadas por Pauchon não são sufficientes para sustentar o que pretende defender, pois não é racional fazer-se desaparecer pela iridectomia cicatrizes, que apresentam longa existencia.

Iritis. — Applica-se a iridectomia n'um grande numero de casos.

Quando existem synechias parciaes, que mantem um estado continuo de irritação da iris, e em consequencia da qual apparecem estas iritis que se podem complicar de lesões profundas do globo ocular; então é mais proveitoso lançar mão da *corelysis*, e pôr-se

de parte a iridectomia. Aquella operação consiste na introdução, feita na cornea, d'um instrumento terminado em gancho, (chamado espatula de Stræfield, — gancho de Weber) que escorregando entre a crystalloideia e a iris, vai prender a synechia para a despedaçar. Em lugar do gancho, Passavanti emprega uma pequena pinça, e a operação é feita da mesma maneira.

Quando, pelo contrario, houvesse uma synechia posterior, a iridectomia está completamente indicada.

Com effeito, a pupilla adherindo pela sua circumferencia á capsula do crystallino, a secreção da face posterior da iris e dos processos ciliares accumula-se na camara posterior, impellindo a membrana para diante. A iris distende-se e os corpos ciliares inflamam-se; o olho doente endurece cada vez mais, e muitas vezes, tambem no fim d'um certo tempo um amollecimento substitue o endurecimento. N'estas condições intervem-se com a iridectomia, por isso que, restabelecendo-se a communicação da camara anterior com a posterior, as condições de vitalidade serão melhores.

Irido-choroidite sympathica. — Aqui já não obtemos os mesmos resultados que acabamos de vêr.

Em todas as fôrmas de opthalmias sympathicas recommenda-se a ablação do olho, que é o ponto de partida da doença. Quando o outro olho não está senão pouco affectado, isto é, no principio da doença, logo depois da enucleação vemos desaparecer todos os accidentes que o atacavam; quando, pelo contrario, a doença já está n'um grau avançado, os resultados são nulos, e o olho perder-se-ha. Estas opthalmias sympa-

thicas consistem n'uma irido-ciclite, caracterizada pela producção rapida e abundante de massas neoplasicas vascularisadas na face posterior da iris e do corpo ciliar.

Realmente tem-se aconselhado a iridectomia n'estes casos, mas a experiencia mostra que não se obtem resultado satisfactorio emquanto a doença conservar alguma actividade.

Se se intervem muito cedo, vê-se a fenda feita na iris encher-se com bastante rapidez de massas neoplasicas. É portanto preciso para se applicar a iridectomia :

1.º — Que á doença se applique um tratamento medico conveniente, a fim de perder parte da sua intensidade.

2.º — Esperar que a vascularisação da iris e as dôres do olho desapareçam.

N'este caso interviremos com a iridectomia, mas como acontece algumas vezes estar o *crystallino* mais ou menos opaco, será preciso praticar ao mesmo tempo a sua extracção.

Choroidite. — É indiscutivel a necessidade da intervenção da iridectomia n'estas affecções. Nas *sclero-choroidites*, e principalmente na *sclero-choroidite-anterior*, a applicação d'esta operação é consideravel. Quando o tratamento interno e o emprego de paracnteses repetidos não são o sufficiente para deterem o progresso da doença, obter-se-ha este resultado com a iridectomia.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — Não ha diversidade de estrutura entre os nervos sensitivos e motores.

Physiologia. — O duodenum é a parte mais importante do apparelho digestivo sob o ponto de vista da sua physiologia.

Operações. — O melhor penso d'uma ferida é aquelle que melhor aproximar a região lesada das condições normaes.

Pathologia externa. — Nos hospitaes raras vezes se obtem a reunião das feridas por primeira intenção.

Partos. — Antes da evacuação do liquido amniotico é preferivel, em geral, a versão bipolar pelo methodo de Barnes á versão simples.

Pathologia interna. — No tratamento dos apertos do esophago pela dilatação, preferimos a gradual e progressiva á rapida e forçada.

Anatomia pathologica. — A carie e a osteite não são processos distinctos.

Pathologia geral. — Não admittimos doenças espontaneas.

Materia medica. — Na pratica da uretrotomia interna, preferimos a uretrotomia de Maisonneuve modificada por Fabryce.

Hygiene. — Pouco póde progredir a hygiene naval.

Approvada.

Moraes Caldas.

Póde imprimir-se.

O CONSELHEIRO DIRECTOR,

Costa Leite.