

1132

1903

Antonio Augusto Ferreira

N.º 3

ALGUMAS PALAVRAS

SOBRE O

Tratamento cirurgico
da blepharoptose

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

TYPOGRAPHIA DE A. F. VASCONCELLOS, SUC.

Rua de São Noronha, 51

1903

115/3 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

Corpo Cathedratico

Lentes Cathedratricos

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira—Anatomia descripti-
va geral | Carlos Alberto de Lima. |
| 2. ^a Cadeira—Physiologia . . . | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira—Historia natural dos
medicamentos e materia me-
dica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira—Pathologia externa
e therapeutica externa . . | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira—Medicina operatoria. | Clemente J. dos Santos Pinto. |
| 6. ^a Cadeira—Partos, doenças das
mulheres de parto e dos re-
cem-nascidos. | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira—Pathologia interna
e therapeutica interna . . | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a Cadeira—Clinica medica . . | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica . | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira—Anatomia patholo-
gica. | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira—Medicina legal . . | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| 12. ^a Cadeira—Pathologia geral, se-
meiologia e historia medica. | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira—Hygiene | João Lopes da S. Martins Junior. |
| Pharmacia | Nuno Freire Dias Salgueiro. |

Lentes jubilados

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

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção medica | } José Dias d'Almeida Junior. |
| | } José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| Secção cirurgica | } Luiz de Freitas Viegas. |
| | Antonio Joaquim de Sousa Junior. |

Lente demonstrador

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

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

(*Regulamento da Escola*, de 23 d'abril de 1840, artigo 133.º)

A meu pae

Eis o que lhe posso offerecer
em compensação de tanta amar-
gura. Jámais esquecerei os sacri-
fícios que lhe custou a minha car-
reira.

A minha Mãe

Abençoa o teu filho.



A' SAUDOSA MEMORIA

DE MINHA SOBRINHA

Olinda

E DE MEU CUNHADO

Augusto

A vossa recordação vivera
sempre em mim.



A MEUS IRMÃOS

Abraça-vos o vosso

ANTONIO AUGUSTO.

A meu cunhado

Antonio Manoel Lopes Monteiro

Obrigado por tudo que me ten-
des feito.

Aos meus sobrinhos

AO MEU BOM AMIGO

Ex.^{ma} Snr.

Dr. José Guedes

E EX.^{MA} FAMÍLIA

*Encontrei em vós um precioso
amigo. Só tenho a felicitar-me
por vos haver conhecido.*

Ao meu velho amigo

Antonio Cardoso Pinto

Reservei uma pagina para vós.
Não vos esqueci.

Ao Ex.^{mo} Snr. Conselheiro

José Pinto Da Mesquita Gouveia

E EX.^{MA} FAMÍLIA

*Tendes a melhor das nobre-
zas; a nobreza do coração.*

AOS MEUS AMIGOS

Aos meus condiscipulos

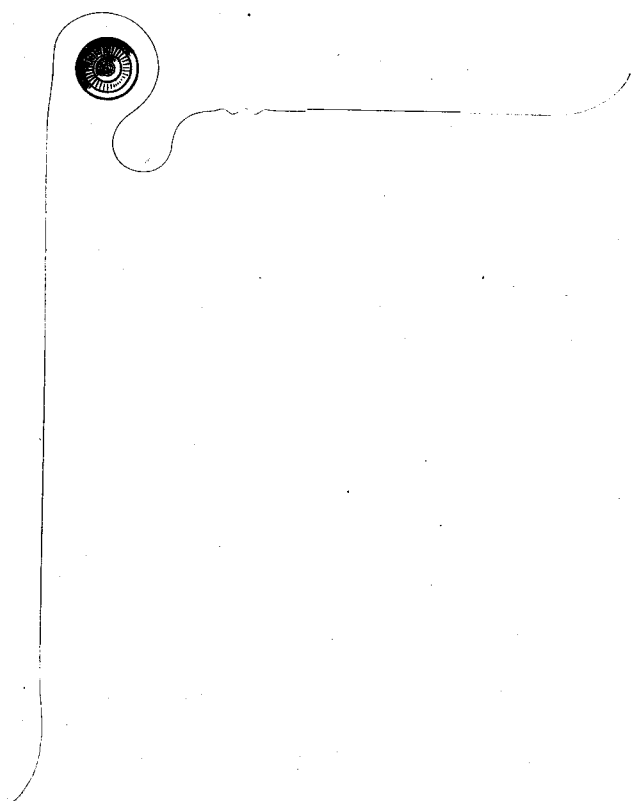
Aos meus contemporaneos

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

JLL.^{MO} E EX.^{MO} SNR.

Dr. Alberto de Aguiar

Homenagem ao seu muito saber
e nobre caracter.



CAPITULO I

Apparelho de protecção do globo ocular

Antes de entrar no assumpto que constitue o objecto d'esta dissertação, julgo conveniente expôr umas resumidas noções sobre a anatomia do apparelho protector da visão.

Este apparelho é constituido pelas sobran-celhas e pelas palpebras.

Sobran-celhas

A sobran-celha fórma uma pequena região coberta de pellos, que fazem relevo sobre o globo ocular. Os pellos que a cobrem indicam exactamente os seus limites e protegem o olho não só contra a intensidade dos raios luminosos, mas tambem contra o suor que corre pela

fronte e que elles obrigam a dirigir-se para fóra.

A fórma da sobrancelha é muito variavel; semelha-se a uma arcada de concavidade inferior e podem distinguir-se-lhe tres porções: uma interna, onde os pellos são em maior abundancia — *cabeça*; outra media ou *corpo da sobrancelha* e finalmente uma externa, afilada, chamada a *cauda da sobrancelha*.

Na sobrancelha podem descrever-se cinco planos a partir do exterior para o interior:

- 1.º A pelle.
- 2.º Camada cellulo-gordurosa.
- 3.º Camada muscular.
- 4.º Camada cellular.
- 5.º Periosseo e esqueleto.

A *pelle* da sobrancelha é notavel pela sua espessura e está coberta por pellos cuja côr corresponde, em geral, á dos cabellos.

Estes pellos, na parte externa, estão implantados obliquamente, ao passo que na parte interna têm uma direcção antero-posterior.

A pelle está muito adherente ás camadas subcutanea e muscular e possui um grande numero de glandulas sebaceas, o que nos explica a grande frequencia de kystos n'esta região.

A *camada subcutanea* é adherente e apertada.

A *camada muscular* é espessa.

Constituem-na fibras que pertencem a tres musculos: ao frontal, ao orbicular das palpebras e a um pequeno musculo situado mais profundamente que os precedentes e que é exclusivo da região—*musculo supraciliar*.

A *camada cellulosa*, sub-muscular, é formada por um tecido muito laxo permitindo assim os numerosos movimentos que a pelle da sobrancelha executa sobre o esqueleto.

O *esqueleto* da região é constituido pelo frontal que a este nivel apresenta um relevo mais ou menos accentuado. A existencia d'este relevo dá ás feridas d'esta região um character particular e assim uma simples contusão ou uma queda, podem produzir uma ferida analoga á feita por instrumento cortante.

As *arterias* da sobrancelha são formadas na parte média por a sub-orbitaria e na parte interna pela nasal e na externa pela temporal superficial. As veias acompanham o trajecto das arterias. Os lymphaticos vão lançar-se parte nos ganglios sub-maxillares e parte nos ganglios parotidianos. Os nervos motores provém do facial e os sensitivos do ramo ophthalmico de Willis.

Palpebras

As palpebras são dois veus musculo-membranosos, collocados por deante do globo ocu-

lar e que servem para o proteger contra a acção do ar e dos corpos estranhos e para espalhar as lagrimas á sua superficie.

Este duplo papel que as palpebras desempenham, fica bem demonstrado se attentarmos nas perturbações que se dão na cornea quando, por uma circumstancia qualquer, ella não póde cobrir o globo ocular. Vêmos então as lagrimas correr incessantemente pela face ao mesmo tempo que a cornea perde a sua transparencia, tornando-se opaca e póde mesmo perfurar-se, produzindo-se a fusão do olho.

Ha duas palpebras uma superior e outra inferior, separadas uma da outra por uma fenda, chamada *fenda palpebral*.

Em cada uma estudaremos duas faces, uma livre e outra profunda; dois bordos, um adherente e outro livre; a fenda palpebral; e a estrutura.

FACE LIVRE. — A palpebra superior apresenta uma altura muito maior que a palpebra inferior; é concava em cima pois que se molda á gotteira que separa o rebordo orbitario do globo ocular, e apresenta a este nivel uma depressão, tanto mais accentuada quanto o individuo é mais magro.

Em baixo é convexa e amolda-se sobre o globo do olho.

A *palpebra inferior* é menos alta que a superior e só desempenha um papel accessorio

na oclusão do olho, visto que é quasi immovel; é tambem convexa e concava nas regiões que correspondem ás da palpebra superior.

FACE PROFUNDA — é lisa, unida e formada pela conjunctiva que, depois d'um certo trajecto, a abandona para se lançar sobre a parte anterior do globo ocular.

BORDO ADHERENTE. — Continua-se sem linha de separação com a pelle das regiões vizinhas: em cima com a pelle da sobrancelha e em baixo com a da face.

BORDO LIVRE — apresenta uma espessura de dois millímetros em media.

Este bordo é rectilíneo em quasi toda a sua extensão, mas na parte interna curva-se em fórma de ferradura, circumscrevendo' o lago lacrimal, destinado a receber as lagrimas que banham a conjunctiva.

O labio externo d'este bordo apresenta uma série de pellos regularmente dispostos, chamados *cílios* ou *pestanas*. Estes pellos são mais ou menos longos e curvilíneos; correspondem-se pela sua convexidade, estando a concavidade dos da palpebra superior dirigida para cima e a dos da palpebra superior para baixo.

O labio profundo apresenta os orificios das glandulas de *Meibomius*.

FENDA PALPEBRAL. — A direcção d'esta fenda é rectilínea, excepto nas raças mongolicas, em que apresenta uma direcção obliqua para

baixo e para dentro. Esta fenda é maior ou menor, tendo em geral tres centimetros. São as suas dimensões que determinam a grandeza apparente dos olhos, pois que o globo ocular tem dimensões quasi eguaes em todos os individuos.

Os pontos em que as duas palpebras se reúnem chamam-se *commissuras* e correspondem ás extremidades da fenda.

As *commissuras* circumscrevem dois ângulos, um interno que corresponde ao lago lacrimal e o outro externo que não apresenta nada de notavel.

ESTRUCTURA. — A palpebra é formada por cinco camadas sobrepostas:

1.^a Pelle, forrada por uma lamella cellulosa.

2.^a Camada muscular.

3.^a Camada cellulosa.

4.^a Camada fibro-cartilaginea.

5.^a Camada mucosa.

Além d'estas camadas, ha ainda a considerar glandulas, vasos e nervos.

A *pelle das palpebras* é notavel pela sua delicadeza e transparencia, deixando vêr os vasos que serpenteiam por baixo d'ella e lhe dão uma côr azulada mais ou menos accentuada em alguns individuos segundo certas circumstancias, principalmente depois das vigilias, doenças e excessos venereos.

Esta pelle apresenta pregas transversaes que se vão accentuando com a idade e na sua espessura encontram-se glandulas sebaceas e sudoriparas.

A sua face profunda está separada da camada muscular por uma lamina cellulosa muito delgada.

Camada muscular. — E' formada pela porção palpebral do musculo orbicular e é muito difficil de distinguir porque as suas fibras, ainda que estriadas, são pallidas como as dos musculos lisos e porque a camada cellulosa, que as separa da pelle, é muito delgada.

As fibras do musculo orbicular terminam para dentro em dois tendões: um directo que passa por deante do sacco lacrimal e vae inserir-se na apophyse montante do maxillar; outro reflectido, passa por traz do sacco lacrimal e insere-se na crista do unguis.

Camada cellulosa. — Situada por detraz do musculo orbicular é formada por uma grande quantidade de tecido conjunctivo muito laxo, o que explica a predisposição especial das palpebras para as infiltrações de qualquer natureza.

Camada fibro-cartilaginea. — E' formada pela cartilagem tarso, que representa o esqueleto da palpebra e por uma membrana fibrosa que liga esta cartilagem ao rebordo orbitario (*ligamento suspensor da palpebra*). Na palpebra

superior ha ainda o tendão de inserção do musculo elevador.

As *cartilagens tarsos* são lamellas fibrosas em numero de duas, uma para cada palpebra.

A da palpebra superior tem uma fôrma seminular, de convexidade superior, medindo um centimetro de altura na sua parte média.

A da palpebra inferior tem a fôrma de uma tira rectangular e tem apenas meio centimetro de altura, o que explica a facilidade com que se pôde voltar esta palpebra. A face anterior das cartilagens corresponde á camada cellulosa que as separa do musculo orbicular, a face profunda é tapetada pela conjunctiva que lhe adhire intimamente. O bordo livre, mais espesso que o bordo adherente, apresenta os orificios das glandulas de Meibomius, situadas na espessura das cartilagens. O bordo adherente é muito delgado e funde-se com o ligamento suspensor da palpebra.

As cartilagens tarsos são formadas exclusivamente por fibras conjunctivas.

O ligamento suspensor da palpebra é uma membrana fibrosa que se estende desde o rebordo orbitario, onde se continua com o periosseo, até ás cartilagens tarsos onde se confunde com os seus bordos adherentes. Ao nivel das commissuras esta membrana engrossa de modo a formar dois feixes fibrosos muito resistentes chamados *ligamentos dos tarsos*.

A *camada mucosa* é formada pela conjunctiva palpebral que tapeta a face profunda da cartilagem tarso, identificando-se com ella. Deixa vêr, por transparencia, as glandulas de Meibomius alojadas na espessura d'estas cartilagens e, depois d'um certo trajecto, abandona-as para se dirigir para o globo ocular.

Glandulas. — As palpebras são muito ricas em glandulas que se dispõem em duas ordens: glandulas sudoríferas e glandulas sebáceas.

As glandulas sudoríferas são pouco numerosas e abrem-se á superficie da pelle. As glandulas sebáceas apresentam disposições muito diversas e podem agrupar-se em tres elasses:

1.^a, glandulas sebáceas simples que se abrem á superficie da pelle;

2.^a, glandulas sebáceas annexas aos bolbos dos cilios e que são em geral em numero de duas para cada cilio; segregam uma substancia oleosa;

3.^a, glandulas de Meibomius dispostas em fórma de cacho e reunidas em torno d'um canal excretor commum. A sua secreção é mais liquida e mais branca que a das glandulas pilosebáceas, annexas aos cilios.

VASOS. — As *arterias* das palpebras são muito numerosas; as principaes são as arterias palpebraes, filhas da arteria optalmica, e

descrevem em torno da fenda palpebral um circulo simillhante ao que cerca os labios; estão collocadas a 3 millimetros do bordo livre da palpebra. Os seus ramos vão uns para o bordo livre e outros para o rebordo orbitario onde se anastomosam com o systema arterial da face, tributario da carotida externa.

As *veias* lançam-se nos seios opthalmicos. Os *lymphaticos* dividem-se em dois grupos: um, interno, segue a direcção da veia facial terminando nos ganglios sub-maxillares; outro, externo, dirige-se para fóra e vae abrir-se nos ganglios parotideos.

NERVOS. — Os *nervos* da palpebra são de duas ordens: sensitivos e motores.

Os sensitivos vêm do trigemeo e os motores do facial e do oculo-motor commum.

CAPITULO II

Definição e etiologia

BLEPHAROPTOSE ou PTOSE. — Por estas palavras designa-se a queda da palpebra superior sem adherencia com o globo ocular e sem contracção exagerada do orbicular. Esta affecção é ao mesmo tempo uma enfermidade e uma disformidade. Enfermidade porque difficulta extraordinariamente o exercicio da visão, chegando até a produzir a cegueira absoluta no caso de ser completa e binocular.

E' tambem disformidade bem apparente.

A physionomia do individuo attingido de blepharoptose é perfeitamente caracteristica. Faltam-lhe os seus agentes mais expressivos; a pelle da fronte cava-se de profundas rugas, a sobrancelha arqueia-se e o doente cança-se em inuteis esforços sem que consiga, pela contracção incessante do seu frontal, remediar

um pouco a impotencia que attingiu o levantador da palpebra.

Não é a blepharoptose affecção que nitidamente se possa capitular de medica ou de cirurgica. A sua etiologia, a sua symptomatologia e a sua therapeutica são ora do dominio da medicina ora do da cirurgia.

Etiologia

A blepharoptose póde ser produzida por causas muito diversas, imprimindo cada uma d'ellas uma physionomia particular á doença. Distinguiremos duas variedades de blepharoptose: *paralytica*, causada por uma falta de acção do elevador e *blepharoptose organica*, na qual a funcção do musculo levantador se conserva insufficiente para levantar a palpebra.

A blepharoptose paralytica comprehende muitas variedades:

1.^a *Blepharoptose congenita*. — Reconhece por causa um vicio de desenvolvimento quer do musculo levantador, que póde muitas vezes não existir, quer d'um ramo do terceiro par.

Algumas vezes o musculo elevador falta completamente.

Em outros casos este musculo está imperfeitamente desenvolvido e a sua contracção é muito fraca para vencer a tonicidade do orbicular.

O orbicular é mesmo, em certos casos, dotado d'uma exagerada tonicidade, tornando assim insufficiente a acção do levantador.

Ordinariamente nas creanças, quando nascem, a palpebra está muito cahida; devido, porém, aos esforços que ellas fazem para facilitar a sua visão, a abertura da fenda palpebral vai augmentando mais ou menos, deixando a descoberto uma certa parte da cornea, d'ahi a hypertrophia do frontal e elevação permanente da sobrancelha.

A etiologia d'esta variedade de ptose é ainda muito obscura. A hereditariedade, que parece gosar um papel consideravel na appareição das anomalias oculares, exerce uma acção evidente na ptose congenita.

O Dr. Alessis conta a historia d'uma familia siciliana na qual todos os membros masculinos apresentavam uma ptose incompleta unilateral, mais desenvolvida no angulo externo do que no angulo interno; dando-se mais o facto curioso da lesão mudar d'olho de geração para geração.

O professor Fuchs falla d'uma familia na qual a ptose atravessa quatro gerações.

O Dr. Duthil conheceu um doente ataxico em cuja familia sete membros pertencentes ao ramo materno e repartidos por quatro gerações, foram attingidos de ptose paralytica bilateral.

Houeix, de Brouse, por observações que fez nos asylos de alienados, diz que o maior numero de individuos atacados de ptose congenita apresentavam outros signaes estomaticos que permittiam collocal-os na classe de degenerados hereditarios.

Charcot observou em muitos epilecticos prolapsos da palpebra complicados muitas vezes d'epicantho; muitos auctores classicos têm assignalado em certos casos de ptose congenita a degenerescencia primitiva e dissociada do levantador das palpebras.

Ignora-se, porém, ainda, se se trata d'uma degenerescencia por obstaculo de desenvolvimento ou d'uma degenerescencia por lesão central, ou mesmo d'uma myopathia verdadeiramente primitiva.

2.^a *Blepharoptose dissociada cerebral.*— N'esta variedade a queda da palpebra superior apparece quer isoladamente, quer com monoplegia ou hemiplegia concomitante.

Estes casos de ptose são associados a lesões exclusivamente centraes e agrupadas no mesmo hemispherio; quer dizer: a queda da palpebra superior, debaixo do ponto de vista da sua séde e da sua causa, encontra-se nas mesmas condições que a hemiplegia coincidente, isto é, ptose, hemiplegia e lesões são crusadas umas em relação ás outras.

Em alguns casos as lesões periphericas

faltam, ao passo que as lesões centraes apparecem sempre mas do lado opposto á ptose.

A paralysis nunca interessa os outros ramos do terceiro par e como uma lesão do musculo não póde produzir esta dissociação symptomatica, somos obrigados a procurar a sua explicação na propria origem do nervo.

As lesões observadas por M. Landouzy estavam localisadas na parte posterior do lobulo parietal, na vizinhança da prega curva. Em presença d'uma ptose dissociada de origem central, nos casos em que a paralysis incida exclusivamente sobre o levantador, deve pensar-se em uma lesão do encephalo, e se esta lesão se acompanha de perturbações motoras da face e dos membros do mesmo lado da ptose ou de perturbações intellectuaes ou sensitivas, o prognostico da doença é grave.

3.^a *Blepharoptose paralytica associada.* — Segundo M. Panas esta ptose, de origem nuclear, manifesta-se por paralysias multiplas dos differentes ramos do oculo-motor quer haja simultaneidade no apparecimento dos phenomenos, quer haja successão na sua correlação.

O oculo-motor commun, depois de se ter dividido na orbita, anima os musculos rectos superior, inferior, externo e o pequeno obliquo assim como o elevador da palpebra superior.

O ramo destinado ao pequeno obliquo envia ao ganglio ophtalmico filetes que constituem a sua raiz motora e, depois de ter contribuido para a formação dos nervos ciliares, vão innervar o esphincter da iris.

Este curto resumo anatomico é sufficiente para mostrar quaes são os symptomas fornecidos por uma lesão do tronco nervoso do terceiro par e associados á queda da palpebra superior.

Se se levanta a palpebra que, umas vezes está completamente cahida e outras vezes só meia cahida, vê-se a pupilla desviada em estrabismo externo em virtude da paralyisia do recto interno e da preponderancia funcional do seu antagonista. O olho está em abducção, voltado para o lado das temporas, e se se mandar olhar o doente para cima, para baixo e para dentro, elle não póde executar estes movimentos.

Os movimentos de elevação do olho não são possiveis porque os dois elevadores da pupilla, o recto superior e o pequeno obliquo, estão ambos paralytidos.

Algumas vezes o doente conserva ainda um certo movimento de abaixamento da pupilla porque o grande obliquo, um dos musculos abaixadores, conserva a sua força de contracção, visto ser animado pelo nervo pathetico.

Nota-se ainda que a pupilla do olho paralytico não está situada no mesmo plano horizontal da do olho são.

Está collocada mais abaixo em virtude da acção predominante do grande obliquo que, livre de toda a resistencia antagonista, a dirige para baixo e para fóra.

Examinada a pupilla do olho doente, encontra-se geralmente dilatada e mais ou menos immovel. (Panas).

Este ultimo symptoma não é constante, porquanto os filetes dilatadores da iris estão muitas vezes paralyzados e além d'isso os filetes constrictores da pupilla, em lugar de tirar a sua origem do terceiro par, vêm anormalamente do sexto. Um outro symptoma vem ajuntar-se ao precedente: a diplopia.

Emfim a dilatação da pupilla torna a visão menos nitida.

As causas mais frequentes da ptose paralytica associada são a syphilis e a ataxia locomotora. A syphilis intervem como agente producteur ou no periodo secundario, o que denota em geral uma infecção rapida, ou no periodo terciario.

A ataxia locomotora intervem tambem na ptose. Vulpian diz que esta paralyisia muscular era devida a modificações organicas da medulla.

No periodo terminal do tabes a ptose é

produzida pela esclerose do oculo-motor, e fica definitiva. A paralyisia geral actua tambem em certos casos como causa productora da ptose.

Herigoyen cita um caso de paralyisia do oculo-motor produzida por um aneurisma. Hare cita tambem um caso de paralyisia completa do terceiro par, causada por um aneurisma da arteria cerebelosa.

4.^a *Blepharoptose paralytica constitucional.*

— N'esta variedade incluem-se todas as paralyisias da palpebra superior que não apresentam lesões bem definidas do systema nervoso ou do musculo levantador, manifestando-se de baixo da influencia d'um mau estado geral.

A maior parte das doenças geraes infectuosas, a febre typhoide, o sarampo, a variola e a diphteria podem, no seu periodo terminal, complicar-se d'um prolapso da palpebra superior. Tem-se observado tambem a ptose glycosurica.

As intoxicações, a febre intermittente, a hysteria, a amenorrhœa, podem produzir perturbações na innervação dos musculos do olho.

Contan narra o caso de uma senhora na qual a função menstrual se dava irregularmente, sendo attingida d'um prolapso da palpebra com dôres lancinantes nos olhos e na fronte. Com a reaparição das regras desapareceu o prolapso.

Marcel cita um caso de ptose n'um rapaz de treze annos dado a praticas onanistas, observando-se a cura logo que deixou esse vicio.

5.^a *Blepharoptose dissociada peripherica*. — Esta ptose é determinada por uma alteração do musculo levantador ou do oculo-motor que o innerva. Comprehende-se que um traumatismo, interessando o ramo nervoso ou o musculo, seja causa frequente da ptose peripherica.

As feridas transversas, que produzem a secção completa do levantador, são seguidas d'um prolapso da palpebra superior.

Ha uma variedade de ptose que tem sido collocada na classe das ptoses congenitas, e que não é senão uma ptose ephemera, que apparece nos recém-nascidos em virtude de uma applicação mal feita do forceps.

As contusões na caixa craneana têm, em certos casos, produzido perturbações mais ou menos graves no orgão da visão e no seu systema muscular.

A ptose peripherica reconhece ainda muitas vezes por causa os tumores ou focos inflammatorios da abobada orbitaria.

As gommas, os exostoses, as periostites e os abcessos, são as causas mais frequentemente observadas.

6.^a *Blepharoptose sympathica*. — Esta variedade de ptose é incompleta e devida á paraly-

sia do musculo orbito-palpebral descripto por Sappey, chamado mais tarde por Müller musculo palpebral superior.

Horner observou-a n'uma mulher portadora d'um prolapso da palpebra superior, cujo desenvolvimento tinha sido muito lento, e que se acompanhava de myosis da pupilla do mesmo lado.

A' menor emoção a doente córava do lado da ptose. O rubor era limitado a este lado e detinha-se nitidamente sobre a linha média; além d'isso a temperatura de metade da face era mais elevada que a da outra metade: 3 graus de differença.

Para M. Horner estas perturbações vasomotoras seriam determinadas por uma paralysis do grande sympathico cervical, e a ptose incompleta não seria senão o effeito da mesma causa. A queda da palpebra era determinada pela paralysis do musculo de Müller, cuja innervação está debaixo da dependencia do grande sympathico.

7.^a *Blepharoptose organica ou mechanica.* — N'esta fórma de ptose, na qual o musculo tendo conservado a sua actividade funcional, é, no entanto, incapaz de levantar a palpebra modificada nas suas dimensões e na sua estrutura por estados pathologicos diversos.

E' n'esta classe que se collocam as ptoses determinadas por infiltrações serosas, san-

guineas e adiposas (ptose lipomatosa de Sichard).

Em certos casos a conjunctivite granulosa e a ophthalmia purulenta produzem ptoses rebeldes que nem sempre desaparecem com a causa que lhes deu nascimento.

Em alguns casos, tem-se observado blepharoptoses devidas a um estado elphantiasico das palpebras, isto é, a hypertrophia da derme e do tecido subcutaneo.

Emfim nos velhos observa-se algumas vezes uma fórma de ptose de natureza mechnica, reconhecendo como causa o alongamento da palpebra em virtude do relaxamento dos tecidos; e n'estas condições o levantador, ainda que são, torna-se impotente para elevar a palpebra. Este estado particular dos tecidos é muitas vezes uma causa de insuccesso na operação da ptose nos velhos.

CAPITULO III

Tratamento

Em presença d'um caso de blepharoptose, o medico deve procurar determinar as condições etiologicas que a produziram, porque d'esta determinação depende a indicação therapeutica.

Na cura d'esta doença tem-se empregado tratamentos muito diversos. Seja como fôr, o tratamento da ptose é medico, cirurgico ou palliativo.

Para cada uma das differentes variedades de ptose que descrevi, vamos vêr qual a therapeutica que se applica.

Qualquer que seja o tratamento medico empregado contra a ptose congenita, o insuccesso é a regra. Na maioria dos casos ha ne-

cessidade de recorrer aos methodos operatórios.

Vimos qual era a gravidade de prognostico nas ptoses associadas cerebraes, em virtude das suas lesões encephalicas. As lesões nucleares dos centros nervosos são inacessiveis ao cirurgião.

A ptose paralytica dissociada terá tratamentos variaveis, segundo a fórmula por que ella se nos apresenta.

Na blepharoptose, quando seja manifestação de syphilis secundaria, emprega-se o tratamento mercurial. Contra a blepharoptose como complicação tardia da syphilis, associa-se ás preparações mercuriaes o iodeto de potassio, empregado alternativamente, segundo a opinião de M. Panas. Em alguns casos só se encontra o diagnostico differencial por meio do tratamento especifico. A paralysisia do levantador, manifestação inicial da ataxia locomotora, desapparece quasi sempre sem tratamento.

Nas chloro-anemicas e nas dysmenorrhœicas, um regimen reconstituente será o tratamento.

Nos hystericos e neurasthenicos debilitados, segue-se um regimen especial ensaiando certos meios locaes, taes como fricções de pomada de Gondret, applicações de vesicatorios volantes, tintura de iodo, pomadas ammoniacaes, strychnina, etc.

Cita-se o caso de Maria Thereza d'Austria, curada de ptose por Wengel, applicando-lhe compressas embebidas em ammoniaco liquido.

Nas paralysias de origem peripherica tem-se obtido resultado com as correntes contínuas. Opera-se seguindo o methodo indicado por Duchenne de Boulogne.

O polo positivo applica-se na fronte, ao passo que o negativo se colloca sobre a palpebra, estando os olhos fechados; a excitação é supportavel, devendo as sessões, quotidianas, durar apenas cinco minutos. Muitas vezes este tratamento é inutil, porque não se produz contracção alguma.

Meios palliativos

Vou descrever algunsapparelhos palliativos, applicados a certos casos.

Estes apparelhos tem todos por fim manter a palpebra superior elevada, com o fim de permittir a visão. Taes são as lunetas inventadas por M. Constantin Paul, as pinças de ptose analogas ás serras finas, e as molas de Mackness.

Alguns doentes tem elles mesmos inventado apparelhos para levantar a palpebra, e alguns tem empregado papeis gommados collados á sobrancelha. Mas, quaesquer que sejam estes apparelhos, são em geral insuffi-

cientes e difficeis de tolerar. Segundo diz M. Panas, são expedientes usados por individuos pusillanimes, tendo horror á menor operação.

Tratamento cirurgico

Parece terem sido os arabes os primeiros que estabeleceram o tratamento cirurgico da ptose.

Chamaram a esta affecção *charnaka*, palavra que significa cortar.

Segundo a etymologia, deve provavelmente designar uma doença da palpebra, que se não pôde curar sem operação; e assim deve ser, porque os meios adstringentes, excitantes e muitos outros, ficam sem effeito mesmo quando esta doença esteja em principio.

Deixando os processos dos arabes, vou descrever o tratamento cirurgico da ptose hoje seguido.

Aos processos primitivos teem succedido operações mais racionais, baseadas sobre o conhecimento da pathogenia da blepharoptose e sobretudo da anatomia exacta dos musculos do olho e da sua physiologia.

Segundo o methodo operatorio, classificam-se as operações contra a ptose da maneira seguinte:

- 1.º Processo por excisão simples;

- 2.º Processo por resecção;
- 3.º Processo por avanço do tendão;
- 4.º Processo por ligadura mediata;
- 5.º Processo por fixação directa.

1.º PROCESSO POR EXCISÃO SIMPLES. — Os auctores que teem empregado este methodo, não teem visto na palpebra prolabada senão um véu muito longo, que necessita ser encurtado. Este methodo consiste em cortar uma prega horisontal da palpebra, suturando em seguida os labios da ferida.

Este processo tem sido empregado por Beer Henly, Jungken Heyndenraich, mas será sempre insufficiente nos casos de verdadeira ptose paralytica, ou por ausencia do levantador.

Hunt, de Manchester, tendo empregado o processo de Beer sempre com insuccesso, imaginou uma operação baseada na physiologia pathologica. Este cirurgião, por uma incisão dos tegumentos por baixo da sobrancelha, colloca sob a dependencia das tracções do occipito-frontal, as palpebras munidas d'um levantador insufficiente.

A primeira incisão superior é praticada immediatamente abaixo da sobrancelha, estendendo-se até á commissura das palpebras. A incisão inferior deve approximar-se até uma pequena distancia do bordo tarsal da palpe-

bra, e juntar-se á incisão superior nas suas extremidades. O retalho obtido tem a fórma de uma folha d'oliveira. Reunem-se depois os bordos da ferida com tres pontos de sutura pelo menos.

Esta operação consegue ás vezes melhorar a visão, mas á custa d'uma deformidade physica consideravel. A palpebra assim encurtada, é muito desgraciosa e não permite a occlusão do olho durante o somno.

Por causa d'este inconveniente, M. Desmarrès modificou o processo de Hunt sem commutudo o melhorar.

Para isso faz o seguinte: pratica duas incisões verticaes, indo da commissura até á sobrancelha. As extremidades superiores d'estas incisões são reunidas por uma terceira, parallelá á sobrancelha. Disseca-se o retalho cutaneo assim limitado, e corta-se a parte superior na largura de um centimetro. Encurtado assim o retalho, reúne-se á pelle da região supraciliar.

2.º PROCESSOS POR RESECÇÃO. — Graefe foi o primeiro que tentou pela resecção d'uma parte do orbicular, enfraquecer a acção do seu antagonista.

O manual operatorio é o seguinte: Faz-se uma incisão transversal, comprehendendo toda a extensão da palpebra superior, a 5 ou 6 milímetros acima do seu bordo ciliar. Desviam-

se os labios da ferida, que se disseca até descobrir o orbicular. Prende-se depois com pinças de garras uma porção d'este musculo na extensão de 8 a 10 millimetros, que se corta com thesoura curva ou bisturi, respeitando a aponevrose subjacente. Reunem-se em seguida os bordos da ferida por duas ou tres suturas interceptando ao mesmo tempo os bordos cutaneos e os bordos musculares.

As agulhas devem atravessar de fóra para dentro os labios inferiores da ferida e de dentro para fóra os labios superiores.

Nos casos de prolapso completo ou accentuado, esta operação será sempre insufficiente porque fica uma porção do orbicular bastante para manter a oclusão das palpebras.

Bowmann modificou o processo de Graefe. Não corta o musculo orbicular, mas sim faz o seu descollamento debaixo da pelle elevando-a, e executa uma prega muscular que sutura em seguida (Mackensie. *Traité des maladies des Yeux*).

Em 1873, M. Panas nas suas lições sobre as paralyisias oculares, descreve um methodo combinando os dois de Hunt e o de Graefe. A applicação d'este processo, foi feita no hospital de S. Luiz em uma mulher de 24 annos attingida de ptose congenita da palpebra superior esquerda, e deu bom resultado.

O processo de que Panas se serviu é o se-

guinte. Faz-se na pelle uma prega cuja altura se estenda do bordo superior da cartilagem tarso até ao sulco orbito-palpebral superior e corta-se essa prega d'uma commissura á outra.

D'este modo levanta-se um retalho de pelle de fórma ovalar; e como as fibras superficiaes do musculo orbicular apparecem então, cortam-se cuidadosamente não só em toda a extensão da ferida cutanea, mas ainda mais para além, por debaixo da pelle, de modo a pôr largamente a descoberto o ligamento suspensor da cartilagem tarso.

Reune-se em seguida os dois labios da incisão por meio de suturas metallicas que interessem toda a espessura da palpebra, isto é, a pelle, o musculo orbicular, o ligamento palpebral e a conjunctiva.

Por este processo enfraquece-se consideravelmente o musculo orbicular em proveito do elevador, seu antagonista, e não ha a temer o ectropion, porque as camadas constituintes da palpebra superior, são todas encurtadas egualmente. O resultado d'este processo, no caso apontado, foi bom.

Passados seis mezes sobre a operação, a doente servia-se livremente do olho para trabalhar, ficando a palpebra superior a gosar de elevação quasi completa, em virtude da acção preponderante e directa do musculo occipito-frontal sobre ella.

Galezowski imaginou um processo analogo. Com tres pinças, uma no centro e duas nas extremidades, fôrma uma prega que contém, além da pelle e do orbicular, uma porção maior ou menor do musculo suspensor do tarso. Corta esta prega com tesoura curva, e faz em seguida uma sutura metallica que comprehende todas as camadas da palpebra.

Estes differentes processos não interessam, como se vê, senão o musculo e a pelle. A esta dupla resecção, M. Boucheron ajunta a tarsectomia, operando do lado da conjunctiva para evitar toda a cicatrização cutanea. Eis aqui o manual operatorio:

1.º Incisão ao longo do bordo orbitario da cartilagem tarso, conservando uma tira de um millimetro de espessura e a inserção do tendão do levantador.

2.º Dissecção e excisão do tarso a dois millimetros do bordo ciliar.

3.º Excisão de parte das fibras do orbicular para diminuir a potencia do antagonista do levantador.

4.º Sutura a catgut dos dois bordos da ferida tarsal.

No congresso ophtalmologico de Paris de 1891, Gillet de Grandmont apresentou um processo que consiste no seguinte:

1.º Apanhada a palpebra superior com a pinça de Snellen, corta-se a pelle, paralle-

lamente ao seu bordo livre e a uma distancia de 3 a 4 millimetros, n'uma extensão de 2 centimetros.

2.º Levantam-se os dois retalhos cutaneos, destacam-se e corta-se, na porção correspondente, o musculo orbicular de modo a descobrir toda a cartilagem tarso quasi desde o bordo ciliar até ao musculo orbito-palpebral de Sappey, que tambem fica comprehendido na excisão.

3.º Corta-se toda a espessura da cartilagem tarso n'uma extensão de 2 centimetros, parallelamente ao bordo livre da palpebra e a uma distancia de 2 a 4 millimetros d'este bordo.

4.º Faz-se uma incisão curvilinea, de concavidade inferior, indo d'uma a outra extremidade da primeira incisão da cartilagem. Esta incisão deve occupar toda a espessura do tegumento.

5.º Suturar por meio de tres pontos de catgut fino o retalho superior ou orbito-palpebral com o retalho inferior ou tarsal, sem tocar na pelle. A ligadura do fio não é feita senão depois de ter tirado a pinça de Snellen.

Não nos devemos occupar da pelle; a aproximação é tal que, immediatamente depois da operação, não se percebe senão uma prega cutanea correspondente á prega palpebral natural.

Nos casos de ptose de media intensidade, M. Darier empregou o processo de Gillet, modificando a maneira de collocação das suturas. Para elle a ligadura profunda de Gillet póde conduzir á suppuração.

Para obviar a este inconveniente M. Darier imaginou suturar em 8.

Estas suturas ao mesmo tempo que unem os bordos da incisão, fazem avançar, na região profunda, o levantador da palpebra sobre a cartilagem tarso.

Ao terceiro ou quarto dia podem ser retirados os pontos sem que haja suppuração.

3.º PROCESSOS POR AVANÇO DO TENDÃO. — Everbusch fez uma operação que se relaciona muito com o avanço d'um tendão muscular, mas differindo em que a inserção muscular não é destacada, mas sim levada pelas suturas para deante e para baixo.

Eis como Everbusch praticou a operação: Anesthesiado o individuo, colloca-se sobre a palpebra o blepharostato de Snellen, cuja placa deve ser collocada de modo a ficar debaixo da palpebra.

Mas antes de prender a palpebra no semi-annel, repuxa-se para baixo d'elle, quanto possível, a pelle palpebral. D'este modo, o instrumento comprehende no annel a porção talsal da palpebra superior e os prolongamentos para

o fundo do sacco conjunctival e para a pelle da frente.

O operador corta em seguida a pelle e a camada do orbicular em toda a largura da palpebra, parallelamente ao bordo palpebral. Dirige-se em seguida a pelle e o musculo subjacente para cima e para baixo, n'uma extensão de quatro millimetros, de modo que o fundo-de-sacco superior e a inserção do elevador sejam accessiveis sobre a lamina tarsal da palpebra e o musculo possa ser descoberto.

A extremidade do levantador é agarrada com tres ligaduras separadas, cujos fios deslizam entre o orbicular e o tarso para sahirem no bordo livre da palpebra, onde se atam sobre perolas de vidro.

A ferida cutanea reune-se por tres suturas verticaes.

M. Abadie procurou o avanço do tendão do levantador da seguinte maneira: franze o musculo levantador sobre elle proprio, de modo a encurtal-o sem o separar. Em seguida descobre o seu tendão, levantando um retalho da pelle e do musculo orbicular.

Descoberto este tendão, dobra-se com uma pinça; depois atravessa-se com muitos fios o labio inferior da ferida cutanea, a prega muscular e o labio cutaneo inferior.

A acção do levantador encurtado é mais poderosa.

4.^o PROCESSO DE LIGADURA MEDIATA. — Hunt foi primeiro quem tentou pôr a palpebra superior, privada de levantador, debaixo da dependencia das tracções do frontal.

Em 1880, M. Dransard communicou um novo processo á *Société de Médecine du Nord*, consistindo no seguinte:

1.^o Incisão da palpebra superior a todo o comprimento do bordo superior da cartilagem do tarso.

2.^o Dissecção da pelle até debaixo do musculo supraciliar, de modo a descobrir a parte superior do musculo orbicular.

3.^o Uma agulha munida de um fio de catgut atravessa o bordo superior da cartilagem tarsica, na sua parte média, da face superficial até a face profunda. Quando a cartilagem está atravessada em quasi toda a sua espessura, dirige-se a agulha para o musculo supraciliar, tendo o cuidado de a fazer passar por debaixo da espessura fibro-muscular e do tecido cellular. Chegando a agulha ao supracilio, retira-se, deixando o fio de catgut no tracto percorrido.

Passam-se depois dois outros fios á direita e á esquerda do fio médio a uma distancia de 6 a 8 millimetros; dão-se os nós, cortam-se os fios rentes com estes e deixa-se cahir o retalho da pelle dessecada, que toma o seu logar naturalmente. Depois d'esta operação, a carti-

lagem tarso fica ligada ao musculo frontal por tres fios. São estes neo-tendões encarregados de ligar o tarso ao musculo frontal.

M. Pagenstecher communicou no Congresso de Londres um processo baseado no mesmo principio.

Quando a ptose é completa, faz um só ponto de sutura, comprehendendo a pelle que se encontra seccionada progressivamente. Na ptose incompleta applica uma ansa subcutanea.

M. Wecher adopta, em parte, o processo de M. Dransart, combinado com o antigo processo de Graefe.

M. Meyer pratica as suas suturas do seguinte modo:

Disseca a pelle da palpebra desde o bordo ciliar até baixo da sobrancelha, tallhando um retalho quadrangular do bordo superior. Cortado este retalho sobre a fronte, passa tres fios de catgut de cima para baixo, inferiormente aos musculos supraciliar e orbicular.

O retalho cutaneo é ligado ao bordo ciliar por suturas de seda impregnadas d'uma solução de sublimado.

M. Gayet, de Lyão, obtem os tractos cicatriciaes de Dransart por meio da ansa galvanocautica, empregando, para a collocação dos fios, as agulhas tubuladas de Sims, muito

commodas de dirigir, em todos os sentidos, no meio dos tecidos.

Este processo tem a vantagem de proporcionar a boa collocação dos fios, dando, consequentemente, ao tecido retractil a direcção e a situação que se pretendem.

Para terminar os processos de ligadura mediata, descreveremos ainda o que foi imaginado por Birnbacher.

Este operador, partindo do principio de que se deve transportar directamente e pôr em relação com a cartilagem tarso (esqueleto da palpebra) a acção do musculo frontal por meio de um tecido fibroso cicatricial de nova formação e com a menor perda de substancia, procede do seguinte modo:

Corta-se a pelle da palpebra na parte correspondente ao bordo superior do tarso, segundo uma secção de connexidade superior. Descoberto este, atravessa-se com tres fios de seda muito forte, armados de agulha em cada extremidade.

Este bordo fica assim suspenso por tres fios—um mediano e dois lateraes, distando do mediano 7 millimetros.

Depois d'um trajecto subcutaneo, fazem-se sahir as agulhas das extremidades de cada fio, em plena sobrancelha. Puxam-se os fios que obrigavam a parte solida da palpebra a subir e atam-se sobre pequenos rolos de gaze

iodoformada. Fecha-se a ferida cutanea com sutura de seda e pensa-se asepticamente. Os fios profundos ficam durante tres semanas.

Os resultados d'este processo teem sido bons e a cicatriz é quasi nulla.

5.º PROCESSO POR FIXAÇÃO DIRECTA.—M. Panas descreve um novo processo operatorio applicavel ás ptoses congenitas e ás ptoses paralyticas.

Diz M. Panas que, quando a palpebra superior cahe como um véu deante do olho, não podendo o doente, sem a impulsão d'uma acção muscular visinha, libertar a pupilla, o funcionamento do olho encontra-se comprometido.

N'um grau menor, a visão é, em rigor, possivel; mas, visto os esforços incessantes que fatigam o doente e a disformidade que d'ahi resulta, n'estes casos é reclamada a intervenção cirurgica.

As indicações a preencher são complexas.

E' preciso que o véu palpebral seja encurtado, e ao mesmo tempo é indispensavel conservar-lhe a fórma natural e restituir-lhe o mais possivel o seu funcionamento. Mas, antes de intervir, é necessario não só medir quanto a palpebra impotente deve ser encurtada, mas tambem saber o grau de mobilidade de que ella goza sob a influencia da vontade.

Este grau de mobilidade varia não só com a maior ou menor paralyisia do elevador das palpebras, mas tambem com a maior ou menor força do frontal que, na sua qualidade de congenere functional, o póde substituir em parte.

Para medir a extensão do arco excursivo que a palpebra doente póde executar, manda-se ao paciente abrir os dois olhos, e assim nota-se que o bordo livre da palpebra paralyzada fica atraz da sua congenere, vendo-se a custo a metade inferior da cornea, emquanto do lado são se vê toda a cornea e ainda uma da esclerotica.

Ao mesmo tempo que se dá esta elevação do lado paralyzado, vê-se nitidamente enrugar-se a pelle da fronte no sentido transversal e observa-se ainda que a sobrancelha do mesmo lado se arqueia, elevando-se cada vez mais.

Em summa, estes phenomenos são devidos á acção do musculo occipito-frontal e não á do elevador da palpebra.

Para provar este facto e demonstrar qual a parte que toca a cada um dos dois musculos, colloca-se a mão sobre a fronte do doente, impedindo-o de contrahir os seus musculos frontaes. Em seguida manda-se-lhe abrir os olhos o mais possivel, como precedentemente, e vê-se que a palpebra superior do lado paralyzado fica inerte ou só executa movimentos quasi imperceptiveis ou muito lentos, devi-

dos, sem duvida, á contracção do musculo de Müller.

E' muito para notar que a maxima elevação d'um dos musculos frontaes se obtem na oclusão forçada do olho do lado opposto. Esta oclusão alterna acarreta o abaixamento do supracilio correspondente, isto é, a contracção do musculo supraciliar, como se ahi se dêsse uma acção associada, similhante á que se observa no desvio conjugado dos olhos.

Será isto devido a que o musculo do frontal possui, como o recto interno, dupla innervação: uma directa e outra cruzada? Não é possível responder ainda a esta pergunta, que investigações futuras se encarregarão de resolver.

A substituição do elevador pelo musculo frontal não só é incompleta, mas dá-se segundo um typo anormal que merece estudo mais minucioso.

O que se chama elevação da palpebra é um verdadeiro movimento de deslissamento em torno d'um eixo ficticio passando pelas duas commissuras.

Em virtude d'este movimento em arco de circulo, a palpebra, que se eleva, deslisa sobre o globo ocular de baixo para cima e de diante para traz. E' só a porção tarsiana da palpebra superior que executa este movimento de translacção para cima e para traz, enquanto

a metade superior, ficando no seu lugar, vem cobrir cada vez mais a porção que se desloca sob a influencia da contracção do elevador. O sulco existente entre as duas porções da palpebra cava-se mais profundamente, ficando a palpebra como dobrada em duas.

A acção do musculo occipito-frontal é inteiramente differente.

Primeiro a sobrancelha e depois a palpebra, elevam-se directamente no mesmo plano, como uma cortina estendida verticalmente.

Como consequencia d'este facto, a palpebra não apresenta prega alguma e basta comparar os dois lados para notar-se, frisantemente, não só a insufficiencia do movimento mas tambem a assymetria pronunciada resultante.

Como se verá mais adiante, é da maior importancia, na escolha de processos operatórios, ter em conta a fôrma da palpebra, devendo esta approximar-se o mais possivel do estado normal.

Como o musculo elevador falta ou está mais ou menos paralyzado, torna-se necessario substituil-o na sua acção pelo musculo que, no estado physiologico, é seu synergico, o occipito-frontal. Não se fazendo esta substituição, a palpebra ficaria inerte e seria incapaz de se elevar, ainda mesmo que a tivessemos corrigido na fôrma e a tivessemos encurtado.

D'aqui deriva que, para um processo operatorio se tornar verdadeiramente efficaz, é necessario assegurar, por todos os meios, a reunião da parte verdadeiramente movel da palpebra com as extremidades livres do musculo frontal.

Na mesma ordem de ideias, a acção antagonista do musculo supraciliar do mesmo lado, como abaixador, deverá ser contrariada.

N'uma palavra, todo e qualquer processo operatorio que pretenda remediar a ptose congenita e a ptose adquirida paralytica, deve satisfazer, fundamentalmente, ás duas condições seguintes:

Primeira — Encurtamento da palpebra, na extensão precisa, pela elevação definitiva da sua porção tarsiana;

Segunda — Inserção do musculo frontal no lugar e situação do elevador ausente ou paralyzado.

A primeira d'estas indicações restabelece a fórma da palpebra e a segunda supprime a falta de mobilidade.

O manual operatorio do professor Panas é o seguinte:

Dada uma ptose congenita ou paralytica completa da palpebra superior, principia-se por fixal-a sobre uma placa de marfim previamente introduzida até ao fundo-de-sacco conjunctival correspondente. Ao mesmo tempo o

ajudante, applicando a mão sobre a fronte do doente, impede que os tegumentos sejam arrastados para baixo pelo cirurgião, desfazendo-se assim o parallelismo das differentes camadas que compõem a palpebra.

O operador, armado d'um pequeno bisturi convexo, traça uma incisão horisontal de concavidade inferior, interrompida na parte mediana na extensão de 8 millimetros.

Esta incisão, que vae d'uma commissura á outra, segue o bordo adherente do tarso, ou, mais exactamente, o sulco de separação da parte tarsiana da parte orbitaria da palpebra, que corresponde perfeitamente ao sitio em que o tendão do elevador se confunde com o ligamento suspensor.

A partir da extremidade interna da incisão externa e da extremidade externa da incisão interna, praticam-se duas incisões verticaes e parallelas que terminam no sulco que separa a palpebra das sobrancelhas proximo do rebordo orbitario.

Uma nova incisão horisontal de 2 centimetros, de concavidade inferior pouco pronunciada, liga entre si as duas incisões verticaes. Esta incisão deve interessar completamente as partes molles até ao periosseo do rebordo orbitario, que será respeitado.

Disseca-se então, de cima para baixo, o pequeno retalho mediano, assim como a sua

base ciliar, passando entre o musculo orbicular por diante e o tarso por detraz.

E' preciso ter muito cuidado em não arrastar parte alguma do ligamento suspensor da palpebra.

Pratica-se finalmente uma ultima incisão curva, parallelá á precedente, immediatamente por cima da sobrancelha, seguindo o seu bordo superior n'uma extensão de 3 millimetros.

Esta incisão deve interessar a pelle e o musculo supraciliar até descobrir o periosseo.

Feito isto, disseca-se cuidadosamente a parte musculo-cutanea comprehendida entre as duas incisões supraciliares, respeitando cuidadosamente o ligamento suspensor das palpebras e o periosseo frontal que se lhe segue.

Destacada completamente a parte supraciliar, puxa-se para baixo e faz-se deslizar, por debaixo d'ella a palpebra cujo retalho sangrento se procura pôr em contacto com o da pelle da frente e do musculo frontal dividido.

O pequeno retalho fixa-se definitivamente á frente com tres pontos de sutura feitos de seda fina.

Como a tracção exercida pelo retalho cutaneo mediano poderia produzir o ectropion das palpebras, praticam-se duas outras suturas lateraes, abrangendo o ligamento suspensor e a conjunctiva, com exclusão da pelle, as

quaes se vão fixar ao labio superior da incisão supraciliar.

Devido a estes dois planos de sutura, a palpebra eleva-se directamente sem que a fenda palpebral soffra qualquer modificação na sua fórma.

Por fim lava-se a região e applica-se o penso segundo as regras da antiseptia.

Não é preciso dizer certamente que, antes de fixar a sutura, se deve calcular o effeito obtido que se graduará em relação á maior ou menor queda do arco palpebral que se pretende levantar.

No começo obtem-se sempre uma hyper-correcção que não é para temer, porque a experiencia demonstra que a palpebra assim elevada desce pouco a pouco a ponto de mais tarde o resultado nunca peccar por excesso.

Geralmente podem tirar-se os pontos de sutura ao quinto ou sexto dia, mas é preciso continuar a applicar a ligadura contentiva até que a cicatriz se torne solida.

D'entre todos os methodos operatorios dirigidos contra a ptose congenita e paralytica, é este, a nosso vêr, o mais efficaz e racional.

Um cirurgião francez, M. de Lapersonne, empregou-o com successo n'um caso de ptose completa. M. de Lapersonne, que tinha julgado insufficiente o processo de M. Dransart, em-

pregou o processo de Panas, introduzindo-lhe pequenas modificações.

O *modus faciendi* que empregou foi este:

Chloroformisado o doente, fez, parallelamente á sobrancelha e por debaixo d'ella, uma incisão de tres a quatro centímetros correspondendo á parte média da sobrancelha e interessando a pelle, o tecido cellular sub-cutaneo e o musculo orbicular.

Das duas extremidades d'esta incisão partem duas outras obliquas para baixo, dirigindo-se para as duas commissuras, mas de modo a ficarem distantes do bordo palpebral cerca de tres ou quatro millímetros.

O retalho trapezoide resultante dissecase de cima para baixo até apparecerem no fundo da ferida o ligamento suspensor e o bordo superior do tarso.

Depois pratica-se por cima da sobrancelha outra incisão profunda, indo até ao periosseo, parallelamente á incisão inferior e do mesmo comprimento que esta.

D'este modo, a sobrancelha e o musculo pyramidal fórman uma ponte livre na parte média e adherente nas suas duas extremidades.

Fazem-se então duas suturas sobre o bordo superior do tarso ao nivel do ligamento suspensor e dirigem-se as azelhas dos fios, com o retalho palpebral, para a frente, passando por debaixo da ponte supraciliar.

Atam-se primeiramente os fios do ligamento suspensor e apertam-se mais ou menos segundo o grau de elevação que se pretende obter, independente de toda a contracção do frontal; forma-se assim um plano de suturas profundas que tem grande importancia. O retalho palpebral reúne-se á pelle da fronte, depois de ter sido encurtado, se preciso fôr, e ageita-se este retalho por uma série de suturas lateraes.

CAPITULO IV

Resultados operatorios

O grande numero de processos operatorios apparecidos para remediar a ptose, já por si nos deixa vêr a imperfeição dos resultados.

As antigas operações baseadas na excisão d'uma parte da palpebra, eram incapazes de remediar a verdadeira ptose por ausencia ou paralysisa do musculo elevador, porque a palpebra ficava sempre demasiado comprida de modo a impossibilitar olhar para cima do horizonte.

Em certos casos comtudo, a visão era possível, mas o doente ficava com o defeito de não poder fechar os olhos.

O processo de Hunt, de Manchester, é ma-

nifestamente inefficaz; a perda de substancia é ainda maior que no processo de Beer.

A ablação quasi total da palpebra superior deve forçosamente ser acompanhada de difficuldades na oclusão dos olhos. O lagophthalmos e mesmo o ectropion têm sido algumas vezes o resultado d'este processo.

Da mesma maneira que o incurtamento da palpebra, a resecção do orbicular, empregada sósinha, tem dado resultados muito imperfeitos.

A sorte dos processos de Graefe e Bowman, abandonados hoje, prova-o.

M. Abadie tentou encurtar o tendão do elevador dobrando-o sobre elle proprio; comprehende-se que seja muito difficil avaliar a quantidade de musculo que deve ser dobrada.

Pelo que fica dito, vê-se que os processos de excisão ou de resecção do orbicular dão em geral resultados muito incompletos, estando por isso hoje quasi completamente abandonados.

M. Dransart de Somain, conseguiu arranjar um processo muito engenhoso, que conta um certo numero de successos.

Mas ao lado de resultados felizes, ha muitos completamente nulos e as esperanças que este processo deixava intrevêr no seu inicio, só em parte se realisaram.

M. Diancoux, de Nantes, que praticou muitas vezes o processo de Dransart, de que era

partidario convicto, formulou mais tarde grandes reservas sobre elle.

Cita o caso de uma senhora operada de ptose congenita com successo immediato muito satisfatorio e que, passados dois annos, apresentava insuccesso quasi absoluto.

No processo de Dransart, a acção das ligaduras estabelece-se muito lentamente e está demonstrado que, para obter tendões artificiaes perfeitos, é indispensavel não levantar os fios senão passados doze ou quatorze dias.

E nem sempre é facil fazer caminhar as agulhas por debaixo da pelle, sobretudo quando o globo ocular está encovado e a arcada supraciliar profunda.

A dôr que provoca a presença dos fios é por vezes muito viva e persistente, tendo sido em alguns casos necessario levantar-os no segundo dia.

Ao mesmo tempo sobrevem quasi sempre conjunctivite intensa com tumefacção dos tecidos e suppuração dos trajectos.

Sob o ponto de vista puramente esthetico, o resultado obtido nem sempre é satisfatorio.

Os tractos cicatriciaes verticaes produzem effeito desgracioso.

Sob o ponto de vista funcional, o resultado é muitas vezes imperfeito em virtude da difficuldade de obter-se uma precisão rigorosa na dosagem.

E, finalmente, este processo não está em harmonia com as regras da cirurgia autoplástica.

Abre porta de entrada aos germens infecciosos, dando em resultado a suppuração.

Nenhum dos inconvenientes apontados se encontra no processo de Panas, cujas consequências operatorias vamos descrever.

Passadas quatro ou seis semanas depois da operação, a ptose encontra-se definitivamente corrigida e mal se notam os vestígios da operação que se reduzem a duas linhas cicatriciaes uma occulta pela sobranceira e outra perdida no fundo da prega da palpebra. Para bem explicar este resultado, exporemos o que se passa após a reunião por primeira intenção dos retalhos. Sob a acção da elasticidade dos tecidos que compõem a palpebra, e em virtude da força tonica e contractil do musculo frontal, o tecido de cicatriz que os une, alonga-se.

D'ora avante, graças a esta camada cicatricial profunda, o musculo frontal, contrahindo-se, eleva a palpebra e supre a falta da acção do elevador ausente. Além d'isso, a regressão progressiva do tecido cicatricial, completa pouco a pouco a elevação da palpebra. O musculo supraciliar destacado, já não mistura as suas fibras de inserção com as do frontal, como succede no estado normal e isto

diminue a sua acção antagonica sobre a pelle da frente.

As vantagens do processo Panas sobre os outros são as seguintes:

primeira — rigorosamente exacto nos seus effeitos;

segunda — não provoca tumefacção dos tecidos nem grandes dôres postoperatorias como acontece no processo de ligadura subcutanea.

terceira — assegura de modo inequivoco a união cicatricial da palpebra com o musculo frontal;

quarta — enfraquece a acção antagonista do musculo supraciliar, dando maior liberdade ao musculo frontal para levantar a palpebra.

Apenas appareceu a descripção do processo de Panas no «Archivo de Ophthalmologia», o professor Fuchs, de Vienna, empregou-o n'um caso de ptose congenita, communicando em seguida á Sociedade imperio-real dos medicos de Vienna o resultado operatorio.

«Os processos operatorios dirigidos até aqui contra a ptose, baseiavam-se no encurtamento da palpebra pela excisão d'uma prega cutanea, com enfraquecimento do musculo orbicular. Mas estes processos não deram bons resultados, porque, ou se corta de mais e então a palpebra não chega para produzir a

oclusão do globo ocular, ou então se corta de menos e o resultado é nullo. Pensou-se em seguida substituir o musculo elevador pelo musculo frontal, e com este fim empreguei o methodo de Panas, obtendo resultado superior a todos os obtidos precedentemente.»

O professor Fuchs continuou a empregar a operação de Panas sempre com o melhor resultado.

E declara que esta operação é a unica que póde dar um effeito satisfactorio nos casos de paralysia completa da palpebra superior.

Proposições

Anatomia—Na especie humana o appendice ileo-cecal é um órgão rudimentar.

Physiologia—A fome não tem localisação especial.

Pathologia geral—A intensidade da febre não está em relação com a frequencia do pulso.

Materia medica—O perchloreto de ferro não é hemostatico.

Anatomia pathologica—Muitas vezes a causa da congestão do fígado reside no coração.

Pathologia externa—Não ha cura radical das varizes no membro inferior.

Pathologia interna—A arterio esclerose é quasi sempre a justa expiação das infracções ás leis da hygiene.

Medicina operatoria—O methodo racional na cura dos apertos urethraes é a dilatação progressiva.

Partos—A auto-intoxicação gravidica é função da insufficiencia hepatica.

Hygiene—A prostituição clandestina é mais funesta que a publica.

Medicina legal—Acho desnecessario as autopsias nos casos de suicidios e accidentes provados.

Visto,

Alberto d'Aguiar

PREZIDENTE.

Póde imprimir,

Moraes Caldas

DIRECTOR.