

Rigorosamente na época prefixada, aparece o segundo número da "REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA". Ficamos desvanecidos com a aceitação por parte dos colegas, pois de vários pontos do Brasil nos chegam cartões de encorajamento e aplauso e pedidos de assinaturas, estes ultrapassando o que era lícito esperar. Tal fato serve para redobramos os nossos esforços em prol do aperfeiçoamento da Revista.

Desde a composição e aparecimento do primeiro número, mudou radicalmente a situação internacional do Brasil, que agredido traiçoeiramente em suas próprias águas territoriais, viu-se obrigado à declaração do estado de guerra com a Alemanha e Itália. Isto seria um motivo bastante forte para que a nossa Revista visse seu lançamento adiado, se já não estivesse no prélo. Seus diretores, todos em idade militar, se aprestam para servir ao Brasil, já tendo concluído o Curso de Emergência de Medicina Militar para Médicos Civis, estando um deles fazendo o estágio na tropa. Os outros o seguirão de perto.

Não sabemos se poderá aparecer o terceiro número da Revista na época exata, dada a eventualidade da convocação de seus dirigentes. Bastará, porem, que um somente não seja chamado às fileiras do Exército, para que ela apareça, cumprindo assim a sua missão. E daqui até lá, como até à Vitória, e sempre, trabalharemos com ardor pelos nossos Ideais, pelo Brasil !

A Direção.

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

ANO I

DEZEMBRO DE 1942

Número 2

A fisioterapia em alguns aspétos da oftalmologia (*)

Pelo DR. JORGE DE MEDEIROS

Fisioterapeuta da C.A.P. dos Ferroviários,
da Central do Brasil.

A fisioterapia ou melhor a eletroterapia é uma especialidade infeliz porque, abrangendo todas as demais especialidades perde a sua personalidade para se confundir com as outras. Por outro lado, não temos um ensinamento organizado de eletroterapia o que vem concorrer ainda mais para o seu desprestígio permitindo que a noção inicial e muitas vezes única, que muitos colegas tenham desse magnífico campo da terapêutica, se resuma nas noções dadas pelos vendedores de aparelhos, nos catálogos dêsses aparelhos e num ou outro artigo de revista médica.

Quanto ao valor da eletroterapia, não se póde por em dúvida e e cada vez, êle se firma mais com o aparecimento de novas formas de aplicações elétricas, de instrumentos aperfeiçoados e de médicos que a ela se dedicam.

Na verdade, todas as aplicações da eletroterapia deveriam ficar adstritas ao eletroterapeuta. Êste receberia o doente com o diagnóstico feito por médico da especialidade cujo órgão necessitasse de eletroterapia e aplicaria a modalidade de eletricidade que a sua experiência e prática indicassem como melhor para cura da doença.

Entretanto, não é isso que se verifica a maioria das vezes, sendo comum o eletroterapeuta receber o doente já com a indicação da modalidade de aplicação a fazer e muitas delas, erradas ou mal indicadas. Isso traz sérios transtornos, pois, o doente que já conhece o que é ultra-violeta ou diatermia, não aceita outra aplicação e o fisioterapeuta

(*) Conferência feita na Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

trabalha certo de que nada vai obter, não por culpa sua, mas devido ao erro de se deixar a outrem aquilo que lhe pertence como especialista, "par droit de conquette".

Nenhum oculista receberia com agrado um doente vindo de outro colega com uma indicação mais ou menos nestes termos:

"Caro colega

Aí vai o Sr. fulano com uma conjuntivite e desejo que receites um colírio com argirol, devendo êle ir diariamente ao teu consultório para pingares 3 gotas em cada olho."

O meu auditório está achando o bilhete um pouco forte mas é isso, sem tirar nem pôr, que acontece ao pobre eletroterapeuta. Recebemos indicações de aplicações de U.V. com a determinação do tempo e distância da lâmpada e outras cousas mais que vão até a pedir o uso do U.V. em casos de cancer, etc.

Não quero dizer que todas as indicações que chegam ao eletroterapeuta estejam erradas. Longe de mim semelhante conceito. Entretanto, a eletricidade médica como outras terapêuticas, pôde agir por diversos caminhos sôbre uma mesma afeção. Assim, um doente que apresente uma colite pôde obter ótimos resultados com as aplicações de I.V. e outro com a mesma doença não obterá nada. Neste, si fizemos O.C. êle ficará logo melhor com o desaparecimento das dôres, inflamação, etc. Trata-se da mesma doença mas em um indivíduo a onda longa do I.V. agiu melhor; no outro foi a O.C. A explicação dada pelos cientistas sôbre êsse fenômeno é a questão da vibração celular que, em alguns, se aproxima mais da onda longa e noutros da O.C.

Quando o eletroterapeuta tem liberdade de indicar qual a aplicação a fazer, pôde mudar o paciente de uma modalidade de onda ou corrente para outra sem que êste diga nada, pois trata-se do especialista deliberando dentro do seu âmbito de maior conhecimento. Quando o doente já vem com uma aplicação determinada, não gostará nem quererá mudar pois, *o seu médico assistente indicou aquilo, portanto só aquilo pôde fazer bem e si não fizer é porque a eletroterapia é mesmo inócua*, não valendo a pena continuar as aplicações ou mudar a espécie de corrente ou onda.

Apezar de tudo isto que acabo de dizer, há três especialidades que fazem exceção no tocante ao envio de doentes ao eletroterapeuta. Elas são a oftalmologia, a oto-rino-laringologia e a urologia. Pelas dificuldades que certas aplicações apresentam nessas especialidades, sendo só compatíveis com o médico conhecedor profundo da anatomia

e uso de instrumental da especialidade, as aplicações eletroterápicas passam para as mãos dêsses ou são feitas com a ajuda direta dêles.

No que concerne à oftalmologia, muitas são as aplicações eletroterápicas que apresentam resultados surpreendentes. Nas paralisias dos músculos da movimentação do globo ocular as correntes contínuas, farádicas e principalmente sinuzoidais, dão resultados maravilhosos.

Quando sabemos qual o músculo paralisado, podemos levar a aplicação diretamente a êle com pequenos eletródios, colocados por baixo das pálpebras. Faremos passar nos primeiros dias, somente a corrente galvânica e, logo que se tenha melhorado o trofismo, iniciamos aplicações mixtas gálvano-sinuzoidais. Posso garantir que os resultados são ótimos e ainda há pouco tempo, tive o prazer de restabelecer uma alta patente da nossa aviação que estava impossibilitada de dirigir um avião devido à paralisia do reto externo do olho direito que produzia uma diplopia. Êste caso é interessante porque a lesão fôra provocada por um grave acidente de aviação, tendo o paciente sofrido uma fratura do crâneo por onde saia líquido céfalo-raqueano. Depois de muitos meses de tratamento, restabeleceu-se quanto às demais lesões, ficando entretanto com a paralisia do reto externo do olho direito e consequente diplopia que impedia a sua volta ao serviço ativo. Com dois meses de tratamento, foi julgado apto ao vôo. Depois disso, já foi promovido duas vezes, sendo um dos mais competentes técnicos da nossa arma aérea, que estaria privada da sua cooperação, sem a ajuda dêsse pequeno tratamento eletroterápico.

Nas paralisias dos músculos do olho e pálpebras, é conveniente fazer juntamente com a aplicação da corrente galvânica, a ionização, que poderá ser com iodeto de sódio, cloreto de cálcio, salicilato de sódio ou sulfato de quinino conforme a causa da lesão. As aplicações se fazem sempre colocando sobre a zona lesada um pequeno eletródio de gaze imbebido na solução a ionizar, na concentração de 5 % e outro maior na nuca, molhado em água, passando em seguida a corrente galvânica. Quanto à intensidade a empregar não há uma amperagem padrão; devemos sempre nos guiar pelas sensações do paciente e ter cuidado com excesso de intensidade, pois, tendo a corrente galvânica uma ação química, pôde produzir queimaduras. O miliamperímetro tem um valor muito relativo.

Nas nevrites ópticas, especialmente as tóxicas e sifilíticas e atrofia da papila, a corrente galvânica com ionização dá resultados bastante animadores e atualmente, temos também feito ionizações com o cloreto de tiamina, a vitamina B. Trata-se de um processo moderno de cujos resultados práticos ainda não posso dar grandes esclarecimentos, de-

vido ao pequeno número de casos em que pude aplicá-lo. Nas queratites, opacidades da córnea, irites, irido-coroidites e cataratas, também a aplicação da corrente contínua com ou sem ionização, dá resultados dignos de nota. Esta é a opinião de muitos autores, não podendo pessoalmente dar o meu testemunho sobre algumas doenças porque, infelizmente, os oftalmologistas como outros especialistas, não acreditam muito na fisioterapia e não tendo eu os casos para tratar, não posso dar opinião sobre a eficiência da fisioterapia. Peço licença para frisar que não possuo consultório particular, não sendo a observação anterior qualquer incitamento aos Srs. oftalmologistas para que me enviem doentes. Apenas um pedido para que experimentem *um pouco menos parcamente* esses meios eletroterápicos, sem qualquer perigo para os doentes e já tendo dado provas da sua eficiência através de muitos anos de prática.

Nas dacriocistites, a eletrólise ou ionização com sulfato de zinco tem dados ótimos resultados.

Nas conjuntivites, doenças infecciosas e parasitárias das pálpebras e cílios, as pequenas aplicações de raios ultra-violeta feitas com a lâmpada de KROMAYER, eletródios de quartzo com ou sem alta-frequência ou mesmo a lâmpada comum de U.V., dão resultados ótimos e vem se contrapor à infundada idéia de que essa forma de vibração luminosa é contraindicada nas afecções dos olhos. E' apenas uma questão de dose e modo de aplicar. No tocante às afecções tuberculosas do olho e pálpebras, o U.V. tem uma ação específica produzindo curas completas.

Das aplicações eletroterápicas, eu creio que aquela mais conhecida pelos oftalmologistas, é sem dúvida a eletro-coagulação, também chamada de eletro-punctura e usada no descolamento da retina para formar áreas de córeo-retinite e assim, recolar o descolamento.

Geralmente, essa aplicação é feita com um pequeno eletródio em ponta que perfura a coróide e vai até a retina. Liga-se a corrente e deixa-se passar uma intensidade suficiente de calor para formar a já mencionada córeo-retinite. Repete-se a mesma coisa em diversos pontos e teremos a aplicação realizada.

Pessoalmente não fiz essa operação, mas já vi fazer algumas vezes e tenho notado uma certa dificuldade por parte dos oftalmologistas no tocante à introdução da agulha, especialmente nas regiões situadas da parte posterior do equador do globo ocular.

O Dr. LAWRENCE POST, da Universidade de Washington, resolveu o problema com dois artifícios da técnica.

Primeiro: Retirando por meio de uma seringa a maior quantidade possível de líquido existente sob a retina afim de facilitar a coagulação e envolver a retina o mais possível na inflamação da coroide, juntando as duas da melhor forma no período inflamatório agudo.

Segundo: Usando um eletródio de superfície maior ou ainda, o eletródio de SHAHAN que consiste de um termóforo, dividido em 6 pequenas porções que é introduzido atravez uma incisão de 3 mm. feita na esclerótica.

Como já disse, não tenho prática pessoal desse gênero de coagulação que é daqueles enquadrados na observação já por mim feita da necessidade do oftalmologista em algumas aplicações eletroterápicas.

Vi a fotografia do aparelho do Dr. SHAHAN e pareceu-me difícil introduzi-lo da forma indicada mas, como já tenho visto oftalmologistas fazerem cousas fantásticas nesse terreno, deixo entre eles estas técnica considerada como novidade, pois a eles cabe julgar da sua eficiência e não a um pobre eletroterapeuta.

A hiperpirexia ou tratamento pela febre, muito em voga nos EE.UU. tem também suas aplicações no tocante à oftalmologia.

O Dr. ALBERTO LEMOINE, de Kansas City, tem empregado esse gênero de terapia na sífilis ocular, em pacientes com queratite intersticial, sendo que associou a malarioterapia e os banhos quentes em alguns casos. Os resultados foram brilhantes regredindo em duas semanas a inflamação, a fotofobia e a dôr. Apenas dois pacientes dos 37 tratados por esse processo, não tiveram melhoras apreciáveis.

LEMOINE acha que a terapêutica pela febre é muito util nas queratites intersticiais, neurite óptica, atrofia óptica primárias e secundárias e corioretenites.

Esses dados devem ser verdadeiros, pois, lembro-me que durante muito tempo os oftalmologistas usaram entusiasticamente a proteino-terapia com o leite e outros preparados. Essa técnica nada mais é do que uma hiperpirexia. Podendo ela ser regulada e mantida durante o tempo necessário como se faz com os aparelhos modernos de hiperpirexia, o seu efeito deverá certamente ser ainda melhor.

Deixei para último um processo que não é obrigatoriamente eletroterápico e que no entanto deve interessar aos Srs. oftalmologistas. Trata-se da Espondiloterapia de ABRAMS.

Este grande médico americano é considerado em seu país por sociedades científicas como charlatão, apesar de formado pela Universidade de Heidelberg, diretor de Hospitais, etc. Ele faz o tratamento das doenças por intermédio da excitação das raízes medulares. Essa excitação pôde ser feita com a corrente sinuzoidal ou de alta frequên-

cia, ou com a percussão da apófize espinhosa das vértebras ou pressão ao lado dessas apófizes. E' preciso frisar que não é reflexoterapia do gênero ASSUERO mas excitoterapia direta de cada raiz medular, estudada pacientemente, produzindo efeitos de evidência franca ao alcance de qualquer médico que os queira verificar.

Tenho uma certa simpatia pelos charlatães da espécie de ABRAMS, pois conheço a história de outros grandes vultos da medicina, também incluídos no rol dos charlatães e que a posteridade veio mostrar o valor, atravez as suas obras e pesquisas.

Assim, tendo lido o seu livro várias vezes, pois, trata-se de uma obra volumosa e um tanto confusa na exposição, resolvi experimentar em casos os mais diversos, com o grande material humano que me fornece o serviço da Caixa dos Ferroviários. Sendo o processo sem qualquer perigo para o doente, iniciei as minhas experiências em um franco ambiente de pessimismo, que hoje se modificou para entusiasmo.

Nessa ocasião, tinha por companheiro de serviço o nosso prezado colega e orgulho da oftalmologia brasileira, Dr. EDILBERTO CAMPOS a quem falei do assunto.

Ele levou a cousa para o lado da brincadeira; mas, apesar disso, teve a gentileza de enviar-me um caso de úlcera da córnea com grande secreção que impedia a cicatrização da lesão, mesmo com os variados e prolongados tratamentos a que vinha sendo submetido.

Era uma neurose vaso-motora, hiper-simpaticotônica que cedeu rapidamente com a percussão da apófize espinhosa da 7.^a vértebra cervical. Houve uma excitação do principal centro vaso-constritor e estímulo do vago, atravez o gânglio estelado. Em três dias, com cinco minutos de percussão diária, o doente melhorara de 60 % e dois dias depois, estava a úlcera completamente cicatrizada. Dirão os senhores que isto é milagroso, mas não tem nada de sobrenatural, pois, é facilimo constatar o efeito da espondiloterapia, bastando contar o pulso do indivíduo normal antes e depois de uma percussão de 5 minutos da 7.^a cervical para se verificar que houve uma diminuição do número de pulsações, portanto aumento da excitação do vago.

Para os oftalmologistas, apenas chamarei a atenção para dois pontos: — a 7.^a cervical nos casos de neuroses motoras com hipersimpaticotonia, aumento de secreção ocular, lacrimejamento, etc. — e o espaço entre a 3.^a e 4.^a vértebras dorsais nas hipervagotonias. Com êsse processo simples, poderão corrigir muitas perturbações em que nem mesmo a atropina, eserina e adrenalina, conseguem efeitos bons.

A aplicação póde ser ensinada a pessoa da família do doente que fará com a regularidade indispensavel a um resultado duradouro. Peça

aos oftalmologistas experimentar esta espondiloterapia porque estou certo que ela lhes trará surpresas agradáveis, especialmente nas hiper e hipotensões arteriais tão importantes no funcionamento do aparelho visual.

* * *

Terminando quero agradecer à Sociedade de Oftalmologia a honra que me foi dada com o convite para esta conferência e aos colegas presentes a paciência com que me aturaram pedindo entretanto boa vontade deles para a fisioterapia, pois estou certo do entusiasmo que lhes causará as curas obtidas com esse meio terapêutico.

Conceito racional do ensino de clínica oftalmológica nas nossas Faculdades de Medicina (*)

PROF. DR. LINNEU SILVA

As considerações aqui apresentadas em torno do assunto, sobre que vamos hoje dissertar — *Conceito racional do ensino de clínica oftalmológica nas nossas Faculdades de Medicina* — ao primeiro contacto com a turma de 1942, salvo peculiaridades adstritas a cada uma, bem podem se estender, de um modo geral, a todas as especialidades do curso médico. Embora melhor caibam e mais expressivamente se ajustem à Clínica Oftalmológica — pela natureza tendenciosa de seus conhecimentos, riqueza de sua propedêutica, especialização de seu instrumental e subtilezas de sua técnica cirúrgica mais se enquadrando, portanto, no conceito rigoroso de prototípica especialidade médica, ainda assim os argumentos aduzidos em prol da indiscutível necessidade de seu aprendizado, são de sobra ajustáveis ao de todas as demais clínicas especiais, por quantos, desejem praticar a medicina com real proveito para o seu doente.

A progressiva divisão do estudo da medicina em múltiplos campos, — já pelo enriquecimento cultural e técnico, propedêutico, semiológico e terapêutico a que tem atingido progressivamente a arte médica, donde maior possibilidade de aprimoramento de seus cultores, já pela necessidade nos grandes centros, de melhor orientar os pacientes conforme a localização de seus males, criou logicamente as especializações clínicas na prática profissional.

E a subdivisão dessas atividades permitiu, pelo mais repetido e intensivo contacto e manejo com males semelhantes, um aprofundamento cultural tendencioso e um enriquecimento técnico de minúcia que muito vieram beneficiar o exercício da clínica nos vários setores em que ela se subdivide na prática.

Por sua vez também essa orientação descentralizadora da técnica, na propedêutica, na terapêutica, mormente cirúrgica e fisioterápica, e na pesquisa científica, assim exigindo maiores sacrifícios de extensão e intensidade no estudo das ciências médicas, tem contribuído sobre-

(*) *Lição inaugural do Curso de Clínica Oftalmológica, em 1942, na Faculdade de Ciências Médicas, do Rio, pelo Catedrático Prof. Linneu Silva.*

modo, para aumentar de muito o seu cabedal cultural, fazendo crescer cada vez mais o manancial científico da clínica, o que amplamente justifica o crescente aumento do número de especialidades, num círculo vicioso que não se sabe onde irá parar.

Nesse particular, é muito de enaltecer, e mesmo estimular até certo ponto, a ação renovadora do ensino médico que, correspondendo a esses justos anseios de progresso profissional, com a criação de cursos e cadeiras de especialização, fazendo o intensivo sobrepujar o extensivo, vem permitindo assim o viçoso desabrochar das culmânias técnicas e culturais que hoje enriquecem sobejamente o patrimônio científico e profissional de todos os países civilizados.

Se de um lado, entretanto, essa especialização cultural e técnica requinta em seus portadores suas altas qualidades de *artista*, como culmina na cirurgia plástica, e quiçá de verdadeiro *cientista*, como no caso dos laboratoristas, por certo não conseguirá jamais elevá-los ao bem mais deficitário mistério de *clínico* — de profissional capaz de, com sabedoria e bom senso, usar daqueles valiosos instrumentos, finalisticamente orientados, em real benefício de seu paciente.

Baseados na atuação em meros setores (órgãos, aparelhos, sistemas etc.) do nosso organismo as especializações não podem conseguir, é óbvio, a despeito do alto grau de suas múltiplas conquistas, o seu completo isolamento anátomo-funcional, consequentemente patológico, do resto do todo de que é parte integrante e de que recebem e ao qual transmitem, respectivamente, as ações e reações fisiológicas e patológicas que se processam em sua intimidade, a mercê, sobretudo, de suas vastas e complexas redes de intercâmbio circulatório e nervoso, além da contínua e contígua relação tegumentária que os liga em toda sua extensão.

E assim si a essas cultura e técnica polarizadas em determinado rumo faltarem o sentido supremo de sua finalidade clínica, que é o bem do todo, só possível com o conhecimento seguro de toda a patologia e das grandes diretrizes que permitiram, e se anteciparam, de muito, às suas aplicações nas especialidades, já não falando nas qualidades de espírito e coração inatas ou adquiridas que fazem do médico esse ser todo aparte na sociedade, o especialista jamais obterá o êxito clínico de que necessita para seu almejado sucesso profissional.

E, nesse caso, sua demasiada especialização os levará, certamente, aos polos extremos da ciência pura ou da arte refinada pela formação de sábios cientistas ou hábeis artistas, e de que tão largamente vemos brilhantes exemplares em nosso meio e alhures, nas cátedras ou nas

academias, entretanto com justa razão totalmente fracassados no campo mais anfractuoso da clínica, no exercício propriamente dito da profissão médica, por excelência. Por outro lado, ao policlínico — internista das cidades ou abnegado e sempre esquecido médico rural, merecedor com justiça de todas as nossas homenagens, a necessidade de um conhecimento razoável e bem orientado das especialidades é afirmativa que se faz desnecessária diante da evidência dos fatos, da sem conta de exemplos confirmativos que passam quotidianamente pelos consultórios de todos os especialistas.

Sinais ou sintomas regionais que oligosintomatizam, por algum tempo, males graves e oportunamente interrompíveis em sua maléfica evolução; indicações a propósito ou intervenções locais de urgência que restabelecem funções ou salvam vidas, ou simples tratamentos que evitam longas e dispendiosas viagens — são diuturnos e benéficos resultados práticos de um aprendizado bem conduzido das várias clínicas especiais.

De modo que, a par do ensino dessas clínicas para formação de técnicos especialistas ou cultores doutrinários — inadequado e impossível no rápido e sobrecarregado evoluer de matérias do curso médico atual, deve haver o dedicado aos policlínicos, aos médicos em geral, sem se lhes auscultar suas tendências vocativas ou desígnios futuros mas com vistas exclusivas às necessidades mais genéricas do seu coletivo exercício profissional.

Assim habilitados, por mais bem armados científica e tecnicamente, abrange sua atividade um mais dilatado e polimórfico ambiente clínico onde o sucesso profissional venha coroar de mais êxito os seus esforços e onde o bem que sua missão exige tenha maior âmbito para o seu benéfico exercício.

Esse fim constitue o critério lógico e sensato que deve nortear o ensino das clínicas especiais em nossos Institutos Médicos, quando ao serviço da formação de profissionais da medicina para um vasto país despovoado ainda, com parcos e morosos meios de comunicação e habitado por uma população em sua grande maioria pobre, analfabeta e doente, portanto carente de pronta e eficiente assistência médica.

Sob esse aspecto encaramos e vamos conduzindo o ensino da cadeira desde os primórdios de nossa atuação didática, quando da ascensão à cátedra em 1916 na Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, hoje da Universidade de Minas Gerais.

Nem de outra forma deveria logicamente ser, quando, pelo estudo de anatomia macro e microscópica, embriologia e fisiologia dos órgãos

dos sentidos, tomamos íntimo contacto com a riqueza e alto grau de diferenciação morfo-funcional a que atingem tais aparelhos, mormente o da visão, para melhor desempenho de mais delicadas funções. Pela multiplicidade dos tecidos ali representados no capricho de seu arranjo em vários órgãos e sub-aparelhos todos eles banhados num abundante e particular sistema vascular linfo-sanguíneo, de corrente morosa, quase estagnante mesmo no próprio globo ocular, e sob a ação de uma extensa, variada e caprichosa rede nervosa na complexa formação do mais elevado conjunto sensorial do nosso organismo, haveria por certo esse aparelho de desempenhar importante papel na representação sintomática e afeccional dos mais variados estados mórbidos.

Por sua rica feitura anatômica, grande complexidade fisiológica e reconhecida altivalência psicológica, resultante da variedade histológica de sua contextura e das múltiplas e expressivas ligações que mantem com o resto do organismo seja pela continuidade dos revestimentos cutâneo e mucoso, — seja pelas suas abundantes relações com os aparelhos vascular e nervoso, longe de ilha solta que parece ser e em que por muito tempo se baseou o conceito especialístico de seu ensino, o aparelho visual afirma-se, e assim devendo ser encarado, como a península de mais exuberante e trafegavel istmo de nossa economia orgânica.

Daí sofrer com frequência, rigor e precocidade a repercussão dos embates que sacodem o continente; daí servir de eco fiel e apressado ao sofrimento que acomete outro qualquer departamento do nosso corpo.

E por isso alhures já disséramos: — “Como fonte borbulhante e informadora dos males que sóem se assestar nos mais variados e recônditos pontos do nosso organismo vale esse precioso aparelho como um poderoso holofote que projetasse intensa luz sob todos os meandros, mesmo os mais obscuros em que se escudam as moléstias. Nem ao velho Hipócrates, de remota vida e juízo alerta, passara despercebido o sólido laço que liga os olhos ao corpo e, na abertura luminosa de um de seus aforismas, dizia sagazmente: “Tal é o olho tal é o membro”.

Encarado sob esse último ponto de vista, o que mais nos interessa no desenvolvimento do tema de nossa palestra, pelos seus títulos e prerrogativas, o supremo sentido avulta e prepondera sobre os demais componentes da aprimorada federação orgânica que é o homem, como eficiente e onímodo *instrumento de propedêutica clínica*: já pela extrema facilidade de sua detalhada inspeção — pequeno vo-

lume, bem situado, melhor exposto em suas múltiplas partes, inclusive pelo acesso à sua mais íntima profundidade (ofalmoscopia e endoscopia) já pela expressiva eloquência de suas atitudes estáticas e dinâmicas, na fiel exposição dos mais variados estados da alma e do corpo.

Suas disposições estruturais particulares ao exercício de sua precípua função constituem ainda abundantes motivos e justificáveis razões para fazerem dos olhos e seus anexos local privilegiado, palco apropriado, às constantes e fidedignas representações mórbidas, por vezes de prematuro aparecimento e rigorosa identificação etiológica, como sejam:

- sua bem exposta localização — convidativa ao exame fácil;
- absoluta transparência dos meios diótricos do globo ocular para livre passagem dos raios luminosos, permitindo assim acessibilidade profunda exangue pelo exame oftalmoscópico, que também é cerebroscópico e angioscópico, tão longe permitindo ao genial instrumento espelhante de HELMHOLTZ a busca certa de preciosas informações para valiosos diagnósticos neurológicos e vasculares;
- extrema diferenciação do seu sistema sensorial num requinte de aprimoramento funcional, acumulando em compressão anatômica inegualável, na finura do manto retiniano, os indispensáveis elementos neurônicos de que se compõe um completo conjunto nervoso (sensorial periférico e central);
- luxuriante vascularização sanguínea e linfática, com apropriados dispositivos estagnantes, para melhor garantia da nutrição ocular e do tonus do globo, imprescindíveis à manutenção contínua de sua função específica;
- variada inervação motora capaz de atender eficientemente à sua defesa e às frequentes solicitações espaciais dessa função e que se reparte equânime pelos dois órgãos, simétricos e solidários em seus exercícios motores para perfeita execução da visão binocular; tudo isso e mais ainda que seria longo e antídídático enumerar no propósito sintético de um mero *mis-au-point* do assunto.

Tais prerrogativas que facultam à inspeção e palpação fácil, seguro e rápido acesso da superfície à profundidade desse aparelho, propiciando à propedêutica farta messe de dados clínicos em que a semiologia vai identificar variados aspectos patológicos fa-lo verdadeira vitrine, bem à flor do rosto, em que se exibem as amostras mórbidas, caprichosamente arrumadas, dos estoques que o organismo guarda em seus múltiplos e profundos armazens.

Com tão abundantes e eloquentes credenciais anátomo-fisiológicas e propedêuticas, fácil é de se avaliar a alta relevância do estudo da clínica oftalmológica, donde a imprescindível necessidade de sua inclusão, com frequência compulsória, no curso médico e, pelas considerações expostas, das incalculáveis vantagens a advir do justo sentido que deve presidir ao seu ensino. Assim, o nosso curso será conduzido tendo em mira, sobretudo, essa precípua finalidade para melhor formação técnico-profissional do médico, portanto sem grandes preocupações doutrinárias abstratas nem minúcias técnicas de rigorosa especialização, procurando dar aos alunos os conhecimentos práticos e doutrinários necessários ao exercício policlínico da profissão para mais seguro proveito da grande maioria da turma.

Após um diminuto número de aulas em que será recapitulada sucintamente a anátomo-fisiologia do aparelho visual, em suas componentes — globo-ocular, anexos e regiões limítrofes de mais corrente intercâmbio mórbido, tendenciosamente aplicada à patologia da região e dadas as noções de ótica, propedêutica e semiologia indispensáveis ao bom entendimento da matéria e comportáveis com o exercício cumulativo da especialidade com a clínica geral ou outra especialidade, as preleções seguintes obedecerão principalmente à ocorrência, dos casos clínicos de ambulatório, tanto quanto possível, numa ordem de sucessão lógica à boa compreensão da matéria.

Nesse programa em que procuraremos, dentro do limitado tempo disponível ou da maior ou menor variedade das condições clínicas ocorrentes, percorrer todos os pontos ali apresentados, serão de preferência tratados os assuntos cujas modalidades mais frequentemente sóem se apresentar na prática clínica, dando-lhes as soluções mais simples e consentâneas com as aptidões a poderem ser exigidas do médico em geral.

Longe de estenuarmos na apresentação de doutrinas e técnicas por interessantes e modernas mas inaproveitáveis ao exercício profissional do policlínico, pela inexistência de material ou de requisitos culturais e técnicos de que sejam portadores, aproveitaremos todo tempo de que dispusermos para divulgação de noções e práticas de utilização mais necessária, por frequente ou urgente, portanto indispensáveis à aprendizagem da maioria dos estudantes.

Daí abstermo-nos, sempre que possível, de instrumental muito especializado, para com os elementares recursos de cuidadosa anamnese e utilização apropriada do material comum à técnica propedêutica e terapêutica geral chegarmos a um diagnóstico, no mínimo de apro-

ximação que permita uma intervenção curativa adequada, uma indicação segura ou um conselho aproveitável.

Assim, também, evitaremos em nossas apreciações ou raras dissertações doutrinárias a citação de datas, de dados históricos, de nomes de autores, de teorias decaídas ou hipóteses menos razoáveis pela inaplicabilidade prática ou inoportunidade didática de umas e outras no aprendizado da clínica que só se deve basear na utilização dos elementos colhidos em criteriosa observação do doente e na sua justa interpretação à luz das doutrinas clássicas para, sem perda de tempo nem falseamento da verdade, chegar-se a uma conclusão proveitosa.

Sobre muitos dos capítulos da oftalmologia, de exclusiva ambiência oculística ou pela maior especialização cultural que exija, ou pelas dificuldades de técnica-propedêutica ou terapêutica (ótica, médica ou cirúrgica) de que se revista, silenciaremos de todo, ou só acenaremos com as vantagens que possam advir do seu conhecimento para a clínica geral ou outras especialidades, procurando orientar-vos devidamente no modo de formular ao oculista o pedido desses informes para que advenham os devidos proveitos. Assim será quanto à oftalmoscopia, à campimetria e perimetria, à angioscopia retiniana, à heterotropia e à cilometria, para só falar nos exames cujos dados mais comumente prestam valiosos esclarecimentos, sobretudo, aos neurologistas e angiocardiólogistas na interpretação patogênica ou ubiquatória de processos mórbidos localizados no sistema nervoso ou no aparelho circulatório.

De que vale ao policlínico, desavisado e desaparelhado na especialidade, por exemplo, o exaustivo esforço e dispêndio de tempo para o perfeito domínio da técnica oftalmoscópica, si aos próprios especialistas mais habilitados por longa prática desses exames, os quadros oftalmoscópicos, na variedade de suas múltiplas *nuances*, normais ou patológicas, oferecem aspectos de tal modo embaraçosos que só a minuciosa observação do *fundus oculi* com grandes oftalmoscópios binoculares, vezes muitas com luz anértrica, auxiliado pela campimetria e escotometria finas, e da evolução do mal conseguem estabelecer um diagnóstico que mereça fé.

O mesmo acontece quanto aos outros recursos propedêuticos, acima citados, também de difícil manejo e complexa interpretação, exigindo, portanto, dilatado tempo e acurado estudo para seu perfeito aproveitamento.

De modo que é preferível, nesse particular, repetindo, melhor informar os estudantes dos inúmeros e proveitosos recursos que os acha-

dos de um exame oftalmológico mais acurado oferecem às outras clínicas, bem como da melhor forma de aproveitá-los no interesse do seu caso particular, só com cujos conhecimentos poderá orientar mais racional e finalisticamente seus pedidos de exames ao técnico para obtenção desses necessários esclarecimentos complementares.

Por sua deficiência, por certo, raros são os clínicos que formulam razoavelmente para os fins em vista, seus pedidos de exames do aparelho visual, instruindo suficientemente os técnicos da natureza dos esclarecimentos de que necessitam para melhor compreensão do caso em apreço.

Em sua grande maioria sem saberem o que desejam, nem fornecerem os necessários elementos que orientem o especialista na natureza dos exames a serem feitos, seu pedido se resume a um vago e genérico exame de fundo do olho, daí esperando, como de uma câmara mágica, informes completos que o mais das vezes viriam, seguramente, de bem feitas perimetria e campimetria, aliadas a uma angiotonoscopia retiniana, é óbvio, com consequente e indispensável interpretação patogênica.

A outros cabe o mérito oposto e alistam, a esmo, uma copiosa série de itens a serem respondidos, o mais das vezes em sua maioria desnecessários, e que levariam horas ou dias para serem com probidade integralmente executados, e, por fim, não serem entendidos ou aproveitados — fazendo lembrar esses pedidos de “exames completos de urina” que a rotina mantém inexplicavelmente em impressos, com múltiplas e detalhadas percentagens e que em sua maioria nem lidos são pelos solicitantes, quando muito tempo, trabalho, reativos e dinheiro custaram ao laboratorista honesto... e ao pobre cliente.

Melhor seria que à falta de uma noção exata acerca dos elementos complementares a serem pedidos, expressassem os clínicos suas dúvidas em relação ao diagnóstico do caso em vista, deixando ao oculista a iniciativa da escolha dos exames oftalmológicos, cujos dados pudessem levar-lhes o desejado e necessário auxílio.

Em compensação, é necessário proclamar, embora em minoria exígua, já existirem, mormente entre os neurologistas, colegas conhecedores da valiosa contribuição que os achados da propedêutica oftalmológica fornecem ao aclaramento da natureza e sede dos processos mórbidos assestados nos mais variados campos da clínica, sabendo também formular inteligentemente suas consultas ao oculista, o que lhes permite tirar, assim, dos dados recebidos a proveitosa contribuição que eles encerram.

Quanto ao método de ensino clínico, preferimos o de examinarmos o doente conjuntamente com o aluno, sem conhecimento prévio do caso (senão genericamente para o fim de saber se ele se presta à natureza do curso), nem preparo antecipado do assunto, de modo a receber desprecavido todas as impressões uteis e sentir todas as dificuldades que o mesmo encerra.

Pois o prévio conhecimento do caso, com ajuda de exames complementares, informes alheios, leituras elucidativas e demorada meditação do assunto invertem de todo o processo psíquico racional de edificação diagnóstica e consequente terapêutica, tirando da aula e do seu motivo toda sedução e ensinamento resultantes do diagnóstico a posteriori, consistente na colheita *pari-passu* e interpretação significativa dos dados anamnésicos, da história clínica, dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

Improvisando, por assim dizer, sua aula de clínica o professor utiliza-se no desenvolvimento do assunto só dos recursos que a ciência definitiva e aplicada outorga e a prática profissional já sancionou e então o ensino ganha em singeleza e praticabilidade, por melhor refletirem, de fato, o espontâneo modo de agir do próprio docente, que se pressupõe incontestemente autoridade no assunto.

Dando sempre ao aluno para melhor entretenimento de sua atenção, permanência de seu interesse e noção de sua responsabilidade, a iniciativa da observação que é conduzida dialogadamente até ao fim da lição, completando-a com a adequada indicação terapêutica, procuro exercitar ao máximo suas qualidades de observação e raciocínio, de modo a chegar ao diagnóstico afeccional, pelo menos, unicamente com os elementos fornecidos pelo exame objetivo, só por fim recorrendo aos dados subjetivos, anamnésicos, etc.

Fugindo sempre que possível ao estudo dos casos de estrita competência do especialista ou pouco encontrados na vida prática para aproveitar a maior parte do tempo destinado ao curso no ensino:

a) *dos casos urgentes da especialidade* — pois a enorme extensão do país em relação à sua pequena densidade de população, escassez e lentidão de meios de transportes, nem sempre permite, no devido tempo, socorros eficientes em tal emergência por adestrados especialistas, o mais das vezes localizados a grandes distâncias em maiores centros urbanos;

b) *dos casos que por sua maior frequência, relativa simplicidade e inoportunidade de remoção dos pacientes* justifiquem seu tratamento

no próprio local em que vivem e com os próprios recursos de técnica e cultura dos profissionais lá existentes, sejam eles de solução médica ou cirúrgica;

c) *de manifestações sintomáticas ou afecções* que visem esclarecer o juízo clínico no mais perfeito e completo conhecimento dos males alheios à especialidade, vezes muitas, distantes ou desconhecidos e de que é fértil e eloquente o aparelho visual;

d) por fim, *para esclarecer respeito à necessidade e oportunidade, com maior ou menor urgência, dos casos que por sua gravidade ou insuficiências instrumental, técnicas ou culturais próprias* devam os clínicos remeter a centros oftalmológicos — onde pessoal habilitado e melhor aparelhado para o devido e proficiente socorro em tempo hábil, bem os assistam, evitando assim, vezes muitas, infrutíferas viagens e, outras tantas irremediáveis cegueiras.

Assim procedendo, com os assuntos tratados singelamente, sem mostras de profundos conhecimentos nem de vasta erudição, será por certo o ensino da cadeira menos brilhante, menos famoso, mesmo menos aplaudido pela apreciação comum, superficial, que costuma ver no mestre o grande orador, o cientista culto, o profundo erudito esquecendo-se de que o melhor professor, exatamente, é aquele que ensinando o que mais aproveita ao aluno, pelos métodos e processos que a didática mais aconselha, tudo dá de si sem pensar em si, como no lema rotário, e cujo prêmio mais ambicionado e galardoante deve ser o triunfo profissional de seus discípulos dentro das mais rígidas normas da ética.

Referindo-se às principais causas que concorrem para a deficiência do ensino médico por conta do professor diz, com muito acerto, o Prof. JAIRO RAMOS, da Escola de Medicina de S. Paulo, corroborando absolutamente o nosso modo de ver sobre o assunto, que é “a falta de conhecimentos e qualidades pedagógicas do professor a mais comum em nosso meio. É esta falta que tem impedido a melhor cultura do médico e onde se esboroam todos os planos e reformas de ensino planejados e executados. Outra falta em um professor universitário médico e de que resultam aberrações didáticas é o verdadeiro horror que a maioria tem de ensinar coisas simples e noções banais. A grande maioria preocupa-se com o auditório (nós diríamos com o juízo que o auditório faz dele) e deseja mostrar a cultura e a erudição que possui. Esquecem-se tais professores as torturas porque passaram nos bancos acadêmicos para entender muitas das aulas magistrais

e o pouco valor que elas tiveram nas suas vidas de bons profissionais e de bons médicos. O aluno precisa de noções simples e rudimentares, de conhecer fatos assentes em biologia". (*)

É nesse teor de crítica se estende o ilustre catedrático da Escola de Medicina de S. Paulo por vários períodos mais, todos tendentes a provar que, para o ensino médico mais do que para qualquer outro, devem prevalecer os princípios fundamentais da pedagogia — "Clareza e simplicidade na exposição".

Percorrendo todo o vasto programa que abrange o curso de nossa cadeira ireis ver, a cada passo, como a mais especial das especialidades, pelo sentido de seu racional ensino, interessa profundamente ao aperfeiçoamento profissional de todo o médico, mormente do policlinico e do neuriatra.

Procurando, propositadamente, fugir a particularidades e exemplificações dispersivas para me manter exclusivamente dentro das generalizações que uma explanação sintética do assunto em mira justifica, guardaremos para as aulas posteriores, quando do trato particular das múltiplas condições mórbidas que acometem o aparelho visual a confirmação eloquente e abonadora das enfáticas afirmativas aqui expostas. E, então vos certificareis de que nessa meia duzia diferenciada de centímetros quadrados da região oftálmica exposta, desdobrados em membranas e câmaras reais e virtuais, todo um mundo informativo condensado aguarda a busca propedêutica para intensa luz jorrar sobre todos os capítulos da clínica esclarecendo naturezas e topografias mórbidas na resolução das mais variadas incógnitas e como as prerrogativas anátomo-fisiopatológicas, propedêuticas, semiológicas e psicológicas — que lhe confere sua altamente diferenciada estrutura, lhe situam na mais elevada culminância da observação clínica.

É mais ainda, bem justificam o incomparavel valor de sua elevada função específica — que abrindo a nós, com o descerrar macio das pálpebras, todo o esplendor da natureza visível na pompa da luz, na irização das cores, no capricho das formas e no *donaire* dos movimentos, constitue a suprema sinfonia sensorial de nossa existência para cuja conservação e aprimoramento a clínica oftalmológica se aprofunda em conhecimentos e se aperfeiçoa em técnicas e instrumentos.

(*) Conferência no Centro Oswaldo Cruz de S. Paulo, em 1942.

Algumas considerações sobre a higiene ocular dos escolares (*)

JOAQUIM VIDAL

Bem o sabeis que fazer uma ligeira exposição como a presente nenhuma dificuldade se apresenta, visto como iremos dizer aquilo que nos agrada, o que achamos razoavel e necessário, mostrando os senões e os meios de corrigi-los ou melhorá-los, neste ou naquele ponto. A dificuldade era justamente a ocasião oportuna e sobretudo o ensejo de tal realização. Ei-la chegada. A culpa não é minha si aos senhores ouvintes não muito interessarem as minhas palavras, mas sim ao organizador destas palestras, que me dirigiu o convite para desempenhar-me da presente obrigação. Perdão vos peço. Por minha parte agradeço a lembrança e o prazer que tal recomendação me proporcionou.

Na escolha de um assunto para conferência, no mais das vezes predomina a vontade do conferencista; quando é ele forçado a descrever um tema que lhe foi imposto, devido a circunstâncias várias, ao envez de um prazer para quem a faz torna-se então uma obrigação fastidiosa. Não é o caso presente...

Por especial gentileza, deram-me assunto da especialidade, que sempre me despertou grande interesse: "Higiene e traumatologia ocular".

Si tivéssemos de classificar por grau de importância os diferentes sentidos de que somos dotados, certamente ocupariam o alto da escala os sentidos da visão e do tato. Todos os outros sentidos, são de grande importância para o homem, não ha negar, mas este privado da visão e do tato será um indivíduo destinado à morte certa. Senão vejamos. Um indivíduo, que não possa contar com o auxílio de seu semelhante, como terá que agir? Certamente terá que proporcionar a si mesmo tudo quanto preciso lhe fôr. Mas si não tem ele o tato, nem a visão? Ficarà sempre na dependência de outrem, e nem sempre ha desses abnegados. O cego é o indivíduo que merece e recebe o carinho de todos, que é olhado com dó e piedade por ser o portador do maior dos sofrimentos. Mas o que importa tudo isto ao cego? Conforta-o,

(*) Palestra realizada pelo rádio, durante o 1.º Congresso Inter-Americano de Prevenção da Cegueira, da série organizada pela Secretaria de Educação e Saúde, da P. D. F.

não ha que duvidar, mas é na extensão da palavra, um coitado e sofredor e todos estes carinhos só lhe poderão mostrar e reviver a posição de um quasi incapaz e inutil à sociedade.

Cegar ou morrer equivalem-se. O mesmo não acontecerá a um indivíduo privado dos outros sentidos. Ele será bastante a si mesmo, independente do auxílio de seus semelhantes. Mas no entanto, nunca foi encarado como devia o sentido da visão, nem tem sido dada a devida importância, a este sentido. Esquecem-se que a visão do adulto depende em grande parte dos cuidados que são dados aos olhos das crianças e das moléstias de que possam ser elas então atacadas.

Já o sabeis quais as medidas que têm sido tomadas entre nós, para se prevenir estes males e quais as precauções que têm sido observadas relativamente a estes órgãos, merecedores como são, da maior atenção das nossas autoridades.

Nem se diga que a demora quanto às medidas a serem adotadas é devida à solução de certos problemas da oftalmologia ou devido ao não conhecimento de outros. Não. Tudo ou quasi tudo quanto diz respeito à hygiene e profilaxia ocular está bem conhecido e resolvido. As suas causas determinantes tambem nos são familiares na sua grande maioria. Os meios de combater ou no mínimo melhorar os defeitos e doenças do aparelho ocular são usuais, de todos os dias, e, quando a terapêutica nos falha não curando tudo, temos a profilaxia que vai evitar a propagação de um mal já iniciado. Nunca será de mais insistir, repetir, clamar, que é na escola, sobretudo, que os cuidados com o aparelho da visão devem ser maiores.

Temos a certeza que a atual administração tendo à sua testa um homem culto, inteligente e compreendedor daquilo que lhe é exposto com sinceridade, torne uma realidade o que os seus antecessores não conseguiram ou não puderam fazer, em prol da hygiene ocular dos escolares.

E quanta coisa poderá ser evitada, olhando com mais carinho este assunto!...

* * *

As afecções da visão, são como sabemos os mais frequentes embaraços para os trabalhos escolares, e como em muitos casos podem daí resultar defeitos permanentes, todos quantos se dedicam à educação de crianças devem ter conhecimentos sobre a estrutura e funções dos olhos.

A ordem "sit up" dos inglezes que corresponde ao nosso "fique direito" ou "sente-se bem" merece ser repetida e compreendida, pois

todos sabemos como os trabalhos escolares mal orientados influem sobre a visão, e lançando mão dos princípios gerais relativos à fisiologia desta, certamente muito lucrará o professor na sua prática escolar.

Os centros intelectuais superiores, da visão, são tardiamente desenvolvidos e daí a dificuldade que têm muitas crianças de aprender a soletrar as palavras e quando aprendem facilmente esquecem-nas, passando por não terem memória, condição que será passageira e que com o tempo será curada. Em média, as crianças das escolas aprendem as letras e esquecem-nas em meia hora por falta de desenvolvimento dos respectivos centros.

A educação feita com as mãos e com os olhos, o que é fisiológico, envolve esforço e fadiga nas crianças de pouca idade, torna-se porém facil depois de certo tempo, devido ao amadurecimento dos centros inferiores.

Por isto, a educação feita nos últimos anos da vida escolar com o apelo constante desses centros, sem envolver o raciocínio e o exercício intelectual de qualquer natureza, torna-se inutil e deve ser olhado como tempo perdido, concorrendo para diminuir o desenvolvimento das áreas intelectuais, que só poderão ser trabalhadas pelo esforço.

Contrastando com a cegueira mental, devido à falta de desenvolvimento dos centros inferiores, temos a capacidade extraordinária desses mesmos centros cerebrais das crianças de reter para sempre todas as espécies de memórias, pois recebendo nos olhos imagens sobre imagens, e provavelmente sem uma análise real do seu valor, armazenam no cérebro estas mesmas imagens.

Devido a este fato, podemos compreender o valor que têm na formação do carater de uma criança os exemplos que ela recebe na escola atravez os seus professores, os hábitos que ali adquire de limpeza, asseio, conforto, etc., pois como muito bem diz JAMES KERR, a criança nessa idade, é quasi sempre a vítima do seu ambiente.

Durante a vida escolar, as funções mais importantes realizadas pelos olhos, são as da acomodação, executada pelos músculos intrínsecos dos olhos e a convergência executada pelos músculos extrínsecos dos globos oculares.

Acomodação — A acomodação é a função que tem por fim tornar nítidos os objetos situados distantes ou próximos dos olhos. A acomodação é o resultado de modificações que sobre a fôrma do cristalino, produzem o músculo ciliar e o ligamento suspensor do cristalino.

Os olhos durante o nosso desenvolvimento sofrem também modificações no seu crescimento. Assim é que na infância o olho é pequeno

e tem portanto o seu eixo ântero-posterior muito curto. Devido a esse fato os raios paralelos não seriam focalizados sobre a retina mas sim atrás dela e os objetos não seriam observados com a necessária nitidez. Para compensar esse inconveniente a criança tem necessidade de acomodar fortemente, o que lhe é possível graças à grande plasticidade de que é dotado o seu cristalino.

Sabido, como é, que as crianças não têm os centros nervosos bem desenvolvidos, as suas células nervosas se fatigam com facilidade e por isso não devemos exigir destes uma grande soma de trabalho. Levado isso na devida consideração, não devemos permitir que as crianças apliquem com frequência em trabalhos a sua visão, sobretudo a visão para perto, — o que infelizmente não acontece nas escolas. As crianças devem aplicar o máximo possível a visão de longe e no mínimo a de perto.

As crianças que são entretidas constantemente com pequenos objetos são obrigadas a uma acomodação desmesurada e como os seus olhos não estão aptos a esse fim, devido ao seu curto eixo ântero-posterior, aproximam muito dos olhos os objetos produzindo isso grande mal e adquirem maus hábitos de visão.

As crianças nunca devem aplicar a sua visão nos trabalhos de perto a menos de 25 a 30 cts. de distância; infelizmente as crianças que se habituem a trabalhar com pequenos objetos trazem os mesmos a 10 e 15 cts. dos olhos, com grave prejuízo para a visão.

As Sras. professoras devem observar com o máximo interesse este ponto, impedindo, por todos os meios, que as crianças se curvem sobre seus trabalhos *e que aproximem de seus olhos*, a menos de 25 a 30 cts., *os objetos que estão nas suas mãos*. Podeis estar certos de que o ensino empregando sobretudo a visão para longe é a pedagogia higienicamente feita e aquela em que é exigida a aplicação constante e demorada da visão de perto é a pedagogia condenada e que deve ser abolida quanto antes.

Para se manter nítida a visão obtida pelo esforço muscular, os objetos são trazidos cada vez mais próximos dos olhos. A imagem que se produz é maior, porém menos nítida por estar fóra de foco e essa imagem aumentada vai também produzir uma maior impressão sobre as terminações nervosas, e conseqüentemente maior soma de excitação nervosa sobre os centros cerebrais da visão, — o que só poderá ser prejudicial.

A função intelectual envolve uma concentração mental acompanhada de um estímulo das áreas vizinhas do cérebro. A integridade dessas áreas de concentração pôde ser posta à prova, pondo-se em

jogo os centros controladores dos movimentos dos olhos. Por exemplo, si mandarmos uma criança fixar o olhar num pequeno objeto colocado a um metro de distância e si a criança não o consegue, póde isso ser considerado como uma falta nas suas qualidades intelectuais.

WARMER mostrou também que as crianças atrasadas por falta de desenvolvimento produzido por doença ou falta de educação têm também uma diminuição do poder voluntário dos movimentos, podendo isto ser demonstrado com os músculos extrínsecos dos olhos. Assim, quando mandamos uma criança acompanhar os movimentos de um dedo, lapis etc., situados na sua frente e que se movem da direita para a esquerda e vice-versa, a criança que tem uma fraqueza mental, move a cabeça ao envez de mover os olhos.

Um fato comumente observado entre os estudantes que aplicam muito os olhos para perto é o da “dôr de cabeça” chamado de “dôr de cabeça das academias”.

E’ ela o resultado do esforço prolongado exigido dos músculos retos internos responsaveis pela convergência; esse mesmo sintoma é frequente quando usamos durante muito tempo os músculos que dirigem o nosso olhar para uma determinada direção, por exemplo, quando viajamos em estradas de ferro e temos o nosso olhar dirigido para fóra, trabalho este realizado pelo reto interno de um lado e o reto externo do outro lado; quando os corredores de bicicleta que têm as costas horizontalmente colocadas e que para poderem olhar para a frente são obrigados a exigir dos músculos retos superiores um esforço muito acentuado.

Uma outra causa frequente das dôres de cabeça entre os alunos principalmente depois dos 10 anos de idade, é o astigmatismo que deve ser corrigido perfeitamente, pois pelo contrário o uso de vidros cilíndricos que não estejam de acôrdo com as necessidades do aluno só lhe poderá ser nocivo. O trabalho de perto (leitura, escrita, desenho, costura, bordado etc.), nas crianças portadoras de hipermetropia produz com frequência o estrabismo convergente.

Devido a várias causas anatômicas e fisiológicas como sejam, *incapacidade de manter por longo tempo a acomodação e convergência, desenvolvimento incompleto do mecanismo nervoso, incapacidade de interpretar o valor da imagem na retina, o excesso de acomodação para compensar a curteza do olho*, medidas de higiene devem ser tomadas desde logo, para evitar embaraços para o lado do aparelho visual, pois pelo contrário serão adquiridos hábitos que muito prejudicarão o aluno.

Assim, no início da vida escolar, devemos impedir por todos os meios e modos que as crianças trabalhem a menos de 25 a 30 cts. de distância, e abolir completamente nos primeiros anos escolares os trabalhos que requeiram grande aplicação da visão como sejam a costura, o desenho em cadernos com pequenos quadrados ou mesmo feito em papel liso com lapis ou tinta, a leitura nas cartilhas, etc.

Geralmente as crianças gostam dos trabalhos chamados manuais, por não requererem grande esforço mental, sendo geralmente o resultado de repetições, mas as crianças que se ocupam em demasia com esses trabalhos adquirem não raro o hábito de aplicar os olhos muito próximos da mesa de trabalho, o que é formalmente contra-indicado, como já vimos.

Conforme muito sabiamente diz JAMES KERR, da mesma maneira que devemos exigir nas escolas o ótimo de ventilação, devemos também prevenir nas crianças a aquisição do mau hábito de trazerem os objetos a menos de 10 polegadas (25 cts.) de distância dos olhos, pois esse hábito é geralmente a causa de graves embaraços para o escolar.

O fato do Homem ter para campo de visão um espaço cuja extensão horizontal é uma tangente ao próprio horizonte, e portanto, póde-se confundir com o próprio diâmetro do espaço livre da atmosfera; ao passo que a extensão vertical é apenas aquela distância que vai do horizonte ao zenith, e portanto, é somente o raio daquele espaço livre da atmosfera; ou melhor, ao passo que os movimentos dos olhos podem, no sentido horizontal, se fazer dentro de um ângulo de 180° de Este a Oeste, de lado a lado, já os movimentos verticais são limitados a um ângulo de apenas 90°, isto é, precisamente a metade daquele primeiro.

Este fato real permite julgar porque anatomicamente a fenda palpebral do homem tem um diâmetro horizontal duas vezes maior do que seu diâmetro vertical. Fisiologicamente, o homem olha e vê mais horizontalmente do que verticalmente; daí não poder ser tomado como inverdade o fato de que sua visão filogenética, isto é, a visão da espécie na série dos tempos, tenha uma maior experiência do espaço no sentido horizontal do que no vertical.

Isto nos explicaria a circunstância interessante de que o nosso sentido da vista mede melhor e com menor esforço as extensões horizontais do que as verticais e, o que é mais expressivo, o erro é sempre para aumentar de metade (que é a diferença entre 180° e 90°) as alturas com relação às larguras, conforme verificou BRAVAIS nos desenhos dos que procuram representar um horizonte de alcantís.

É o que é bem curioso é que, reduzidos os desenhos às suas proporções matematicamente exatas, tem-se a impressão de que as alturas estão erradas para menos da metade.

Esta relação entre a experiência da visão vertical e a experiência da visão horizontal ainda aparece nos exemplos comuns de ilusão de óptica em que se desenhavam retas da mesma extensão, umas verticais, outras horizontais, estas últimas parecendo menores que as primeiras.

A criança que aprende a escrever no caderno adquire maus hábitos escolares que só dificilmente desaparecerão, segura todo o tempo a caneta ou lapis com muita força, dobra o polegar em ângulo agudo exigindo isso grande trabalho muscular, o que é contra-indicado. Os cadernos utilizados pelas crianças devem ser riscados com linhas bem grossas, pois as linhas formadas de pequenos pontos confundem ou cansam os olhos. As linhas, servem apenas para orientação da escrita, não devendo ser tocadas por nenhuma letra, e a escrita deve ser feita no meio de duas linhas.

Devemos ter sempre em mente que no ensino da escrita o sentido muscular tem a máxima importância, servindo os olhos apenas de guias para manter a escrita em linha reta. Para provar o acerto do que digo aí estão as dactilógrafas que escrevem com a máxima rapidez sem olhar o teclado da máquina de escrever.

Quanto à escolha do método de escrever é assunto muito debatido, pois uns preferem a escrita inclinada por ser mais rápida, outros a vertical por ser mais higiênica. A condição mais importante no ato de escrever é a que a criança se mantenha bem sentada, tenha os olhos a 30 cents. do papel, o corpo ereto, pois só assim evitará o apoio defeituoso sobre a nádega e antebraço esquerdos e as atitudes viciosas da coluna vertebral.

A não ser que a criança tenha sido convenientemente examinada por um oculista nunca deverá ela usar lentes no caso de ter dificuldade de visão, pois o uso inadequado dessas lentes só lhe poderá ser prejudicial.

Um ponto que na Europa e na América não passou despercebido, como sendo um dos responsáveis da miopia escolar, foi o relativo aos programas, geralmente extensos em demasia, rigorosos em excesso, exigindo a aplicação da visão de perto muito demoradamente e com frequência, — o que é contraproducente.

A miopia é mal terrível, pois está perfeitamente estabelecido que 10 % da cegueira monolateral correm por conta da miopia ou são devidos às suas consequências. Estes dados têm sido levados, por todos, na devida consideração, e a inspeção ocular, sobretudo no que

diz respeito a esta doença, tem sido cuidada com o maior carinho, pois não mais podem ser postos em dúvida os malefícios da miopia.

Combater aquele número de cegos é pois uma obrigação que se impõe e o meio que temos consiste na correção da miopia por meio de lentes apropriadas, o que só poderá ser feito após um exame rigoroso do aparelho ocular da criança portadora desta ametropia.

Não devemos também nos esquecer que a herança é grande fator para o desenvolvimento da miopia e por isso, a visão dos filhos de miopes deve ser olhada com toda a atenção e, uma vez encontrada a miopia deve ser ela totalmente corrigida.

Para mostrar a importância da inspeção ocular, frequente, basta citar as estatísticas apresentadas por COHN e SEIDELMAN pelas quais ficou provado que entre 1.000 cegos: 238 casos (sejam 23,8 %) eram de cegueira inevitável; 433 casos (sejam 43,3 %) eram de cegueira evitável; 329 casos (sejam 32,9 %) eram de cegueira perfeitamente evitável.

TROUSSEAU, também em trabalho publicado, chegou à conclusão de que entre 4.000 cegos havia uma proporção de 43 % de indivíduos que poderiam ter a sua cegueira perfeitamente evitada. Mas esses resultados só poderão ser obtidos, si cuidados forem tomados desde a primeira infância, tratando-se das crianças desde o nascimento (oftalmia purulenta) e mostrando aos pais e professoras os cuidados que devem tomar.

As lesões produzidas por "*agentes contundentes*" (pedra, bastões, reguas etc.) e "*instrumentos pérfuro-cortantes*" (penas, tesouras, agulhas, canivetes etc.) ocasionam os traumatismos.

As *contusões*, produzem *equimosas*, hemorragias intra-oculares, feridas da córnea, da íris, luxação do cristalino etc.

As *pequenas perfurações* do globo ocular, ao nível do segmento anterior, apesar de serem muitas vezes benignas, produzem não raro, cataratas traumáticas.

Os *ferimentos extensos e profundos* produzem lesões graves, com alterações definitivas ou perda completa do globo ocular determinando em certos casos o aparecimento da oftalmia simpática.

O *globo ocular* que tenha sido ferido, deve ser cuidadosamente examinado e tratado, pois ferimentos aparentemente benignos de início, podem se transformar em mal grave e irreparável.

Quantas vezes aparecem crianças nos ambulatórios com perfuração do globo ocular, hérnia da íris e mesmo catarata traumática e que só no fim de vários dias, após o acidente, pelo fato de não terem dor ocular, é que se submetem a exame.

Outras vezes, são crianças com corpos estranhos da córnea ou da *pálpebra superior* permanecendo assim vários dias até consultar um oculista, já agora portadores de úlceras da córnea, muitas vezes graves, pelas consequências que daí resultarão, sendo quasi certo o aparecimento de manchas da córnea, com perda variavel da visão.

Entre os accidentes oculares graves que tive ocasião de observar, entre os alunos do meu Distrito Escolar, lembro-me bem dos seguintes:

a) dois alunos, por motivo sem importância discutem na sala de aula; o que estava colocado na carteira da frente, dá para traz, um golpe, tendo em sua mão um lapis com grande ponta. Esta atinge o globo ocular esquerdo da colega, parte-se e fica no interior do olho um fragmento de grafite e só com muito trabalho se consegue extrair na clínica hospitalar.

b) os alunos brincavam no recreio; um deles, que usava lentes corretoras por ser míope, sofre uma queda, parte os seus óculos e um fragmento secciona a córnea, produzindo hérnia da iris e catarata traumática.

c) uma criança acompanha alegre seu pai a uma pescaria. Na ocasião em que este puxa o anzol, o peixe consegue se desvencilhar do mesmo e com a violência da tração, o anzol crava-se profundamente no globo ocular esquerdo da pobre infeliz e aí fica pendurado durante 2 dias, quando só então a criança foi trazida à minha presença no Hospital S. Francisco de Assis.

Estes três casos ficaram bem gravados na minha memória, e aproveito, pesaroso, o momento para lembrá-los.

Cuidados devem ser tomados para evitar os accidentes oculares e prevenir as doenças dos olhos. E' o que diz respeito à profilaxia.

São responsaveis para tal mister, os pais, os professores e os médicos escolares.

Conforme já disse anteriormente, as crianças se educam em grande escala, pelo sentido do "tato"; pegam todos os objetos que estão ao seu alcance, percebendo e apreciando assim melhor as suas formas e contornos; a criança chora com frequência, e como geralmente têm as mãos em máo estado de limpeza, ao esfregar os olhos estes ficam contaminados e talvez feridos pelas unhas o mais das vezes grandes e mal cuidadas. Daí a necessidade da "toilette ocular" e de terem as crianças as mãos sempre lavadas, e as unhas curtas e limpas.

Jogos e brinquedos são indispensaveis à saúde das crianças, porem eles devem ser regulamentados e bem observados pois pelas estatísticas conhecidas 25 % dos "traumatismos oculares" e 10 % das cegueiras registrados, são a eles devidos.

Os *brinquedos* de metal com superfícies cortantes e extremidades ponteagudas; os de vidro, porcelana etc., suscetíveis de se quebrarem; as tesouras, as facas, as flexas, as espingardas, os “fogos” chamados de S. João são causadores de acidentes oculares graves.

Como estamos em pleno trabalho do Congresso de Prevenção da Cegueira nós “*tiflófilos*” isto é, “amigos dos cegos”, deveríamos aproveitar a ocasião para que fosse votada uma moção solicitando às autoridades competentes a regulamentação da venda de “fogos” às crianças principalmente nas chamadas “barraquinhas”, afim de evitar, ao máximo, os acidentes tão frequentes nas festas de S. João e S. Pedro.

Nesta nossa conversa, que já vai longe, não devem ser esquecidas as crianças que usam lentes, pois são frequentes os acidentes oculares, produzidos por fragmentos de lentes que se partem, durante os “jogos” mais violentos e portanto contraindicados para esse gênero de menores.

Nem todas as crianças portadoras de defeito de visão têm necessidade do uso de leites, como geralmente se supõe, pois muitas nem sequer têm vício de refração passando a sua visão a ser normal no fim de pouco tempo. Em outros casos as lentes nada adiantam e muitas vezes as crianças sentem-se melhores sem elas.

Quando uma criança tiver necessidade de usar lentes corretores, deve ser previamente examinada por um oculista que lhe fará a medida exata da sua refração, após atropinização, e nunca deve fazer o exame ocular com ópticos ou optometristas proibidos, por lei, de realizarem tais exames.

Repito mais uma vez, no que diz respeito à higiene escolar da visão: é excessivamente importante que as crianças, tanto quanto possível, sejam observadas afim de evitar que adquiram o mau hábito de trabalhar com os olhos aplicados a uma pequena distância. Em nenhum caso deve ser permitido às crianças aproximar os olhos do trabalho a uma distância menor do que a de 1 pé.

Nos departamentos de ensino as meninas quando costuram, os meninos quando escrevem, pintam ou fazem trabalhos finos, frequentemente trazem os olhos muito próximos do trabalho, produzindo isto dores no peito, dorsos encurvados e grande esforço ocular. Durante esses trabalhos os professores devem prestar grande atenção afim de prevenir tais hábitos, e esforçar-se para que o trabalho seja feito a uma distância apropriada.

Srs. Para terminar, podemos dizer, como já o disse Hippocrates, no século V, antes da era cristã: “tais são os olhos tal é o corpo”.

Este aforisma no caminhar dos tempos não tem feito senão aumentar de importância e de razão. Hoje em dia, a higiene ocular deve ser considerada como uma aplicação, aos olhos, das regras de higiene geral, tais são os laços que unem a maior parte das afecções oculares aos estados gerais do organismo. Não são a lues, a tuberculose, o linfatismo, o diabete, as nefrites, o alcoolismo, as febres eruptivas, etc., etc., os maiores causadores das doenças oculares ?

Os olhos devem pois merecer cuidados especiais, afim de conservarem a sua integridade e assegurarem o seu normal desempenho. A função de que são dotados, a da visão, é a mais importante e a mais necessária que o homem possui, para as suas relações com o mundo exterior.

E' por meio dela que conseguimos conhecer as belezas que Deus dotou o Mundo, que contemplamos os nossos entes queridos e que conseguimos despertar a sua imaginação, devido ás impressões levadas ao cérebro por meio das vias ópticas.

Trabalhemos, portanto, em prol deste duplo espelho que transmite ao homem, as imagens do Mundo que nos cerca e que reflete para o exterior a imagem do próprio homem, e assim teremos cuidado da higiene ocular das nossas crianças.

Fístula traumática da câmara anterior (*)

DR. JONAS DE ARRUDA

E' sem dúvida muito comum, a presença de cicatrizes filtrantes na região límbica, provocadas com a intenção de drenar para os espaços sub-conjuntivais, o conteúdo líquido da câmara anterior.

Nenhuma referência encontramos, entretanto, na bibliografia consultada, à origem traumática, accidental, de tal variedade de fístulas. Possivelmente, a observação deste fenômeno não constitue raridade para os que têm experiência de traumatologia ocular. E' evidente que qualquer ferida perfurante, do olho, produzida por instrumento pontagudo e alcançando a câmara anterior através o limbo esclero-corneano, acarretará o esvaziamento do humor aquoso e consequente hipotonia, enquanto permanecer aberta a perfuração. Acontece, porem, que na grande maioria dos casos, fecha-se rapidamente a fístula, porque não tem para assegurar a sua persistência, a passagem contínua do aquoso, impulsionado pelo aumento da pressão intra-ocular, como acontece nos glaucomatosos. Graças a esta hipertensão intra-ocular, tornaram-se filtrantes, muitas cicatrizes de incisão linear para iridectomia anti-glaucomatosa, assegurando a manutenção do equilíbrio hidrostático em olhos felizmente atingidos por esta pequena complicação da iridectomia clássica.

A fístula existente no caso que motivou esta comunicação, estava evidentemente permeavel há 6 meses e o seu aspecto era tão exuberante que não duvidamos em afirmar que ela não fecharia por si só.

O doente, rapaz de 17 anos, informava, que há 6 meses, trabalhando em máquina de fabricar alfinetes, aconteceu saltar-lhe um deles no O.D. caindo em seguida, expontaneamente. Não sentiu dor ou qualquer outro sintoma ocular que justificasse maior preocupação. Julgou que o alfinete não tivesse chegado a atingir o olho e não se lembrou do acidente.

Veio consultar porque sentia fisgadas no O.D., que não estava enxergando tão bem quanto o outro olho e porque notou o aparecimento de pequena mancha branca por detraz da pálpebra inferior.

(*) Apresentado na sessão de maio da Soc. Bras. de Oftal.

Do exame realizado, anotamos o seguinte:

V.O.D. = 1/5 V.O.E. = 1

Refratometria ao BUSCH: O. E. miopia espástica de 1 d. O. D. Imagem de As. IRREG.

Exame do O. D.: Pupila normal, movimentando-se bem. Cicatriz filtrante sub-conjuntival ocupando o setor ínfero-interno da conjuntiva bulbar e estendendo-se até o fundo de saco. À Lâmpada de FENDA, vê-se no epitélio corneano, lesão distrófica do tipo dendrítico; por transparência através a ectasia conjuntival, localiza-se às 5 horas pequeno orifício límbico, de tom escuro, que certamente é a fístula por onde se escoia o aquoso. Procurando focalizar a íris no ponto de confronto com a esclerotomia, constatamos que ela se eleva em forma de funil e adere à cicatriz límbica, constituindo uma sinéquia anterior.

Tonometria ao SCHIÖTZ: O. D. = 3mm O. E. = 6 mm.

A curva tonométrica não registrou alterações importantes nestas cifras.

F. Olho: O.D. Vasos tortuosos e imprecisos devido às alterações de refringência da córnea e à hipotonia. O. E. normal.

E' interessante acentuar o que o doente não atribuía os sintomas oculares ao acidente há pouco referido. Como não tivemos a impressão de deformidade congênita da região esclero-corneana, insistimos na afirmativa de que só um traumatismo poderia justificar semelhante lesão e a muito custo o acidente com o alfinete chegou ao nosso conhecimento.

Concluimos que o instrumento perfurante em sua caprichosa trajetória executara de forma primorosa uma esclero-iridotomia capaz de fistulizar um olho até então normal.

Procurando explicar as circunstâncias determinantes desta fistulização accidental, duas hipóteses devem ser lembradas como prováveis:

- 1.^a) O agente traumatizante teria feito penetrar na perfuração da esclera, tecido epitelial da conjuntiva, que assim incluído, constituíra obstáculo permanente ao fechamento do orifício de entrada.
- 2.^a) O instrumento perfurante ao voltar do interior do olho, trouxera com a expulsão do aquoso, a íris, que também ferida, aderira à solução de continuidade da esclera, fistulizando definitivamente o olho, segundo os conhecidos princípios da iridencleisis.

Para comprovar a possibilidade da primeira hipótese, lembramos a existência das formações quísticas intra-camerulares e da invasão epitelial da câmara anterior, post-traumática ou post-operatória.

Mesmo que a verdadeira explicação do caso não tenha sido apreendida, é necessário admitir que com as componentes nele presentes, a diérese foi sem dúvida suficiente para uma ótima fistulização, o que no conceito fundamental de LAGRANGE só é possível conseguir com a exérese.

Merece especial referência a pressão do olho bom, em franca hipotonia apesar de inteiramente normal.

Acreditamos tratar-se de manifestação oftalmotônica consensual, reação ocular bastante estudada e comprovada em numerosos trabalhos experimentais. Segundo estes estudos, a existência de tais reações decorre da transmissão pelo sistema nervoso das oscilações vaso-motoras.

Estas oscilações, sejam de constrição ou dilatação, transmitem-se ao outro olho por um reflexo que se assemelha ao de BROWN-SEQUARD para os membros ou ao reno-renal, todos eles marcados pela peculiaridade de ação em órgãos pares e simétricos.

Há, por outro lado, a influência das alterações da circulação sanguínea sobre a pressão ocular e é da harmonia entre estes dois fatores que deriva o equilíbrio do oftalmotonus. A concepção de reações óculo-vasculares consensuais, originando reações óculo-tônicas consensuais, é muito habil e explica numerosos fenômenos de observação diária.

A baixa tensional que apresentava o olho são do nosso doente, é prova incontestada da interdependência específica entre os dois órgãos da visão.

LAGRANGE, estudando os métodos para elevação da tensão ocular, considera a hipotensão capaz de produzir descolamento de retina e comprometer o futuro funcional do olho. Por este motivo a hipotonia deve ser corrigida e tratada pelos melhores métodos ao nosso alcance.

O mais eficiente processo, segundo aquele autor, é a gálvano-cauterização da região límbica com o fito de obter uma superfície fibrosa que obstrua a drenagem normal para os espaços sub-conjuntivais. No nosso caso, a curiosidade de verificar mais diretamente o tipo e as características daquela fístula acidental, fez com que preferíssemos uma técnica que seguisse as pégadas do alfinete em sua trajetória para a câmara anterior, em vez de cauterizar em bloco a cicatriz filtrante. Pareceu-nos, ainda, que não seria tarefa demasiado simples, obstruir uma fístula que se instalara de forma tão perfeita.

O relatório da intervenção, constante da nossa ficha cirúrgica, assinala o seguinte: Intervenção em 4-6-942.

— Incisão com tesoura no limite inferior da cicatriz.

— Descolamento do retalho até o limbo, onde existe, pequeno orifício, cuja luz não dá passagem a fina espátula de iris.

— Abertura do orifício, no sentido lateral, com tesoura. A espátula é introduzida na abertura, mas em vez de aparecer livre na câmara anterior, aparece coberta pela iris, a qual é empurrada para diante sem se deixar perfurar pela espátula.

— Introduzimos uma faca de GRAEFE no mesmo trajeto da espátula e perfuramos a iris; só então esvasiou-se a câmara anterior. A sinéquia anterior foi desfeita com movimentos laterais da espátula.

— Do bordo da abertura límbica, fizemos pequeno retalho pediculado de episclera, com o qual obturamos o pequeno orifício. Sobre este retalho foi reposto todo o tecido da fístula e suturado, bem distendido, com pontos que atingiram a esclera, nas proximidades do fundo de saco inferior.

Atropina — Curativo oclusivo — Post-operatório normal.

Retirados os pontos ao 6.º dia.

Novamente examinado em 24-6-942, apresenta a córnea com brilho normal, tendo desaparecido a queratite distrófica.

O local da fístula está aplanado, havendo pequeno espessamento da conjuntiva ao nível da cicatriz.

Visão do O. D. = 1/2 c/—1 d. cil. Oº = 1

Tonometria: O. D. 12 mm. Hg. O. E. 15 mm. Hg.

Alta curado.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ABADIE — Nature du glaucome — Arch. d'Opht. — 1897.
- 2) BOURGEOIS (L.) — Iridectomie dans le glaucome et cicatrice cistoïde — Annal. d'Ocul. — 1907.
- 3) DIAS (DOMINGUEZ) — Iridencleisis no glaucoma (Sobre os resultados imediatos da) — A. Of. H. A. — Pg. 319 — 1932.
- 4) JOCQS — Sur l'action de l'iridectomie — La Cl. Opht. — Nov. 1900.
- 5) LAGRANGE — Cicatrice filtrante dans le cure du glaucome — Arch. d'Opht. — 1908.
- 6) LAGRANGE — Methodes pour l'elevation de la tension oculaire — Arch. d'Opht.
- 7) MAGOUROU (LE) — De l'anatomie topographique du limbe sclero-cornéen — Du meilleur procedé pour faire une sclerectomie — Arch. d'Opht. — 1914.
- 8) ROCHON, DUVIGUEAND — La Clinique Ophtalmologique — Pg. 17 — 1901.
- 9) WECKER (DE) — Valor da iridectomia no glaucoma — Soc. Fr. d'Opht. — Pg. 34 — 1901.
- 10) WEEKERS ET FAUCHAMPS — Contribution à l'etude clinique des reactions ophtalmo-toniques consensuelles — Arch. d'Opht. — 1936.