

menor, o estado edematoso da boca posterior menos sensível, a reacção quasi nulla, o menino podia jazer deitado, com a bocca fechada, e sem estertor laryngeo; emfim tudo denotava uma declinação prompta da molestia. Ficou durante a noite tomando só a bebida com belladona, e os gargarejos.

No dia immediato pela manhã, os unicos phenomenos apreciaveis erão ainda alguma difficuldade de engolir, fraqueza da voz, crescimento da luetta e engorgitamento das glandulas do pescoço. Aconselhei o emprego de mais 16 grãos de sulfato administrado do mesmo modo, continuação do gargarejo, e applicação ao pescoço de uma cataplasma de pão com leite.

Voltando no dia seguinte encontrei o doente em via de convalescença, ficando-lhe apenas algum engorgitamento da parotida. Deixei desde esse dia de vel-o por seu pai me haver dispensado; porém, sei que não teve mais novidade.

Expondo o facto simplesmente como se passou, deixo aos meus collegas o tirarem as illações a que elle se presta.

Dr. J. P. Rego.



DA FISTULA

Da cornea complicada de amollecimento do globo ocular e conserva- ção da vista.

Em 1864 observamos uma moça lymphatica de 18 annos de idade, menstruada aos 13. Quando criança, no dizer dos pais, fôra atacada de ophtalmia purulenta, cujo resultado foi o apparecimento de uma belide (leucoma), que se conservára até o pre-

sente. De tempos em tempos havia recrudescencia da inflamação, e o olho tornava-se lagrimejante.

Foi em uma destas occasiões que a examinei. Olho direito acanhado, globo ocular acha-se amollecido, a conjunctiva rubra, a cornea achatada; e na parte interna da mesma existe uma cicatriz que se estende desde a inserção sclero-corneal até a metade do campo pupillar; a cicatriz occupa um terço da cornea.

A pupilla dilata-se em sua metade externa, a interna adhire á face posterior da cornea. Vê os objectos, mas não pôde lêr com esse olho senão o n. 20 da escala de Jaeger. O ophtalmoscopia não revela alteração alguma.

No terço interno da cicatriz vê-se uma vesicula de fôrma alongada, contendo um liquido transparente. No centro e base da vesicula nota-se um ponto negro.

Quando se comprime com a polpa do dedo, ella some-se para reapparecer cessada a compressão. O mesmo se dá quando é comprimida pela face interna da palpebra superior. Algumas vezes a doente soffre de fortes dôres no globo ocular, as quaes desaparecem com o rompimento da vesicula. Nessa occasião sahe algumas gottas de um liquido transparente pela sua abertura.

Então a vista se enfraquece e os objectos são vistos enfumaçados. O sulfato neutro de atropina dilatava toda a parte externa da pupilla. Combatido o estado inflammatorio furamos a vesicula e vimos sahir pelo ponto central escuro da mesma algumas gottas de um liquido transparente, e o olho tornou-se mais molle e a vista turva. Tomamos um stilete capillar e introduzimos, pela abertura fistulosa da cornea, a ponta olivar na extensão de 1 á 2 millimetros. Tentamos a oclusão das palpebras durante 30 dias sem resultado. Foi então que lembrando-nos da observação do Dr. Businelli, tentamos a operação.

Os casos não erão identicos, no do Dr. Businelli havia fistula em fôrma de cratera, havia camara anterior e a iris achava-se boa. Neste á fistula só se apresentava por intervalos mais ou menos longo segundo o tempo necessario para a formação da vesicula, e a iris se achava adherente a face posterior da cornea.

Destas differenças nascia a variedade dos processos. No caso do Dr. Rusinelli a presença da iris facilitava a operação que era a *irido-enclaise*; neste seria preciso um outro. Lembrando-nos das operações da fistula do anus pelo bisturi, e guiado pelo successo feliz do Dr. Businelli resolvemos praticar a operação. Chloroformizada a doente, servimo-nos de um bisturi de fórma de punhal, e praticamos uma insisão, começando no vertice da vesicula até que elle tivesse penetrado 3 millimetros; retiramos e fizemos outra insisão no sentido transversal. Cada braço da cruz tinha 1 1/2 millimetro de comprimento. Appliquei sobre as palpebras tiras aglutinativas, fios e sobre elles uma atadura como nas operações de catarata. No fim de 6 dias suspendi o aparelho: havia cicatrização, e o globo-ocular se achava duro. Reappliquei por mais 8 dias. Cura.

Ajudarão-me os Srs. Drs. Bustamante Sá, Guahyba e Gomen-soro.

II.

Fistula da cornea complicada com staphiloma anterior e perda da vista.

F. é uma moça magra, nervosa de 24 annos de idade. Sua mãe contou-nos que com a idade de 5 annos F. fôra atacada de uma ophtalmia, sahindo do olho grande quantidade de puz, e que dessa época em diante ella tinha perdido a vista. Estado actual. O olho direito é mais saliente que o esquerdo e mais volumoso.

As palpebras e conjunctivas estão normaes. A cornea apresenta uma larga cicatriz que occupa 2/3 da mesma, collocada na parte inferior; restando sómente em cima um quadrante de lua com a concavidade para baixo: esta parte é transparente, e a iris posto que adherente á cornea em todo o limite da cicatriz, se acha em bom estado. A sensação luminosa só existe na parte interna ou nasal, isto é, uma lampada de keros ene só é sentida quando se acha collocada no lado temporal.

Sobre a larga cicatriz existe (na parte inferior) um lugar mais

saliente (staphiloma) terminando em cone; é exactamente no vertice desse cone que uma vesicula de 1 á 1 1/2 millimetro de comprimento se apresenta de côr transparente. Em seu centro nota-se um ponto escuro. Esta vesicula desaparece pela pressão da palpebra inferior, e reaparece logo que a compressão tem cessado.

Rompe-se algumas vezes deixando sahir gottas de um liquido transparente. No anno passado tinhamos praticado a operação da iridorrhesis na parte superior.

A cicatrização foi completa e a nova pupilla ainda permanece. Em 12 de Agosto do corrente anno (1865) chloroformisamos a doente e atacamos a fistula insisando a vesicula e a cornea; introduzindo a faca 3 millímetros de profundidade no sentido horisontal, e igual insisão praticamos no sentido perpendicular.

Applicamos o apparelho como no caso precedente, para o levantarmos no fim de 6 dias. Havia cicatrização; e o lugar da fistula se apresenta depremido. Havia uma grande quantidade de pequenos vasos que se dirigião para esse ponto.

Applicamos um apparelho monocular por mais 8 dias.

No fim desse tempo os vasos tinham desaparecido e a cura era completa; ficando no lugar da fistula uma depressão.

Os Srs. Drs. Pereira Rego, Bustamante Sá, Guahyba e Lemos assistirão á esta operação, coadjuvando-nos com suas luzes.

As fistulas da cornea são molestias excessivamente raras no Rio de Janeiro. Não nos consta que neste paiz até o presente medico algum dellas tivesse fallado, ou que tal operação fosse praticada no Brasil.

Nós acreditamos que as fistulas da cornea antes de ter chegado ao periodo descripto por Businelli, passam pelo periodo descripto por nós.

Dr. Gama Lobo.

