

Pelo que acabo de expôr conhecereis que muitos pontos de contato ligão as duas especies de lymphatitis de que tenho tratado, sobretudo nas formas suppurantes; no entretanto que ellas se distinguem perfeitamente debaixo de outros pontos, parecendo que, na lymphatitis localizada, a gravidade vem mais da intensidade e extensão das lesões locaes, e das sympathias que estas dispertão sobre orgãos importantes á vida, e na lymphatitis sem fixação determinada das perturbações geraes devidas á uma intoxicação profunda, da qual a lymphatitis é apenas a expressão symptomática, e o meio pelo qual o organismo procura livrar-se do principio deleterio que sobre elle actua.

Eis o que por ora me ocorre dizer sobre a lymphatitis no Rio de Janeiro. Si porém, pelo correr da discussão que desejo e aceito com prazer, alguma cousa mais me ocorrer ácerca de qualquer dos pontos praticos que tenho estabelecido, serei prompto em dize-l-a.

Dr. J. P. Rego.

---

## OBSERVAÇÃO

### **Do Sr. Dr. Gama-Lobo sobre um caso de iridectomia e iridesis.**

LIDA NA SESSÃO DE 8 DE MAIO DE 1865.

R. 36 annos, magra sem filhos, regulada desde 14 annos, apresentou-se a nossa clinica em principio do corrente anno.

*Olho direito.*— Photophobia, dôres gravativas no olho e na direcção do nervo frontal: lacrimejamento, e espasmo das palpebras (blepharospasmo). A cornea achava-se ulcerada em sua parte central, e sobre toda a ulcera existia um corpo branco de aspecto metalico (deposito que tinha aparecido depois do uso de um collyrio de sal de chumbo), os vasos conjunctivaes e supra-escleroticaes achavão-se fortemente engorgitados.

*Olho esquierdo.*— Rubor intenso da conjunctiva, iritis plastica

com adherencia completa de todo o rebordo pupillar á crystalloide. O campo pupillar coberto por exudacto fino e transparente. Com o olho direito apenas podia a doente conhecer os grandes objectos, e com o esquerdo lia os caracteres 12 de Jáeger.

Combatida a iritis, e extrahido tanto quanto foi possivel o deposito de chumbo a cicatrisação leucomatosa tapou completamente a pupilla. Não obstante a instillação de fortes doses de atropina o rebordo pupillar não desprendeu-se. Diagnóstico.

Leucoma central do olho direito, e sinechia posterior de todo o rebordo da pupilla com exudacto sobre o campo pupillar.

Julgamos que deveríamos empregar a iridesis e a iridectomia para comparar qual das duas operações offerecia maior agudeza de vista e maior campo visual. Praticamos no olho direito a iridesis (lado interno) e no esquerdo uma larga iridectomia interna.

Seguimos o processo de Critchett já empregado por nós em cinco casos sendo modificado na maior contricção do prolapo.

Praticada a operação applicamos o apparelo. No terceiro dia levantamos e notamos o seguinte.

*Olho direito.*— A doente via não só os grandes objectos como distinguia claramente os dedos contando-os bem; a inflamação era nenhuma, a hernia tinha cahido e o fió achava-se no saco conjuntival inferior.

*Olho esquerdo.*— Vista turva, não contava os dedos, via os grandes objectos esfumaçados; hyperemia da conjunctiva, e, no ponto correspondente, a insizão injecção viva; lacrimejamento e dôres no globo ocular. Um mez depois. Olho direito, vista (sem oculo) normal; campo visual sómente estreitado na direcção do leucoma (angulo externo). Olho esquerdo. A nova pupilla apresentava-se negra. A vista era de um terço inferior a do lado direito. Campo visual estençao normal, porém o objecto era visto um tanto turvo.

As vantagens forão todas do lado da iridesis. Ajudarão os Srs. Drs. Barros Pimentel e Guahyba.

*Dr. Gama Lobo.*

---