não usar de maneira alguma o iodeto de potássio que parece prolongar o tempo de evolução da queratite, segundo os achados de Klauder e Vandoren.

13. Na sífilis recente trata-se a doença; na tardia o paciente. Na primeira visa-se a cura biológica do mal enquanto esta não é suscetível de ser obtida na tardia (Mocre). Aqui o primeiro fim da terapêutica é o alivio sintomático, a restauração quanto possível, da normalidade anatômica ou, se isto é impossível, da normalidade funcional.

14. Nos casos de alterações de tipo inflamatório em que a sífilis poderá estar em jogo, não obstante a negatividade absoluta de todos os exames que, com a segurança relativa dos mesmos, poude afastar a existência de uma sífilis recente, podemos empregar o tratamento como um teste terapêutico: êste nunca poderá ser dado a um paciente que se suspeite de sífilis recente, sendo aplicavel apenas à sífilis tardia (Moore). Deve-se lembrar, no entanto, que uma resposta positiva, sobretudo se o arsênico foi usado, não implica em certeza de que o paciente seja um sifilítico dado que aquele medicamento pode exercer ação benéfica em casos comprovadamente de natureza não luética.

Os dados usados neste trabalho foram retirados de um certo número de trabalhos e livros, devendo ser citados os dois seguintes cuja leitura é obrigatória a todos os estudiosos. Referimo-nos ao livro de Moore sôbre Moderno Tratamento da sífilis, edição de 1943, Charles C. Thomas, e o trabalho de Woods sôre sífilis ocular, publicado no American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal diseases, vol. 27, Março, 1943, n.º 2.

Atualisações

TRATAMENTO DO GLAUCOMA

Chandler, P. A. - Arch. of Ophth. Julho 1944

Muitos teem sido os métodos propostos para o tratamento do glaucoma, mas há consideravel diferença de opiniões quanto à sua seleção e aplicação. Nesta comunicação descreverei rapidamente os processos que a minha própria experiência me levou a empregar no tratamento dos diferentes tipos de glaucoma. As conclusões foram inteiramente deduzidas da minha experiência pessoal e são aqui apresentadas para solicitar discussão e comparação com a experiência dos outros.

Glaucoma agudo

O glaucoma agudo pode ocorrer algumas vezes, praticamente sem dor ou congestão ao passo que em outras vezes a dor pode ser violenta, com extrema congestão do olho e mesmo quemose. Pode igualmente o glaucoma crônico apresentar-se com diferentes gráus de congestão. Relativamente ao tratamento, os dois tipos — congestivo e não congestivo — não necessitam ser diferenciados. O glaucoma agudo primitivo embora muito menos comum do que a forma crônica, é às vezes tão fulminante que constitue uma das mais graves emergências da clínica oftalmológica. Êle representa uma entidade distinta. O característico que está invariavelmente presente é o de uma câmara anterior pouco profunda. Se a câmara fôr normal ou profunda não se trata, quase certamente, de glaucoma primitivo agudo. O glaucoma hemorrágico manifesta-se algumas vezes como um ataque agudo, do mesmo modo que o glaucoma rubrum. Todavia nestas condições a pupila não é largamente dilatada, a câmara anterior é usualmente normal ou profunda, a iris é intensamente congesta e pode-se obter ordinariamente a história de perda prévia da visão do olho afetado. A exfoliação da cápsula do cristalino pode produzir, algumas vezes, o quadro do glaucoma agudo com a câmara anterior profunda como nos casos de catarata hipermadura ou de cristalino sub-luxado. Há olhos em aparente mau estado, nos quais uma irite ou uma uveite pode precipitar um glaucoma agudo. A diferenciação entre o glaucoma agudo primário e o secundário nem sempre é facil por causa da presença de intenso edema da córnea ou de queratite bolhosa; todavia é de grande interêsse estabelecer-se esta diferença para que o tratamento inicial, médico ou cirúrgico, seja apropriado.

Recentemente o Dr. David G. Cogan, Diretor do "Howe Laboratory of Ophthalmology da Massachusetts Eye and Infirmary", demonstrou o clareamento dramático duma córnea edematosa pela instilação duma gota de glicerina ordinária. Com esta prática, tôda córnea edematosa, com excepção daquelas que apresentam bolhas, torna-se transparente em menos de 10 segundos, permitindo estudar-se sua face posterior, o aquoso, a iris e mesmo o fundo ocular se o cristalino estiver suficientemente transparente. E' quase regra, no glaucoma agudo congestivo, encontrarem-se poucas células no aquoso. Casos há porém, nos quais estas células são numerosas ocorrendo memo sinequias pigmentadas. Todavia, se os outros sinais e sintomas clássicos acham-se presentes — câmara anterior raza, pupila semi-dilatada e ataque agudo fulminante — trata-se de glaucoma agudo primário e o olho deve ser tratado como tal. Entretanto se a câmara anterior é normal ou profunda, se há extensas sinequias posteriores e, especialmente se há precipitados na face posterior da córnea, trata-se seguramente de glaucoma secundário.

Se houver excavação da papila, o olho deve ser tratado como glaucoma crônico e sòmente uma operação filtrante bastará. Se a veia central da retina estiver obstruida trata-se de glaucoma hemorrágico e a situação é desesperadora, com excepção de alguns casos em que o olho pode ser salvo pela ciclo-diatermia. Se o paciente é diabético e há retinopatia diabética evidente e dilatação dos vasos da iris, justifica-se o diagnóstico de glaucoma rubrum e o tratamento é o mesmo do glaucoma hemorrágico. Se o caso é de glaucoma agudo primário, a primeira decisão a tomar é se devemos ou não operar. No caso de operar devemos decidir quando faze-lo e qual o tipo de operação mais viavel para efetuar um contrôle permanente da tensão. Considerações importantes são: a duração do ataque e acuidade visual. Os olhos variam extraordinariamente em sua vulnerabilidade à tensão alta. Há olhos que toleram a hipertensão por vários dias, com dano relativamente pequeno da visão, enquanto outros apresentam grande queda da visão pelo efeito da hipertensão durante algumas horas apenas. E' sempre preferível, quando possível, abaixar a tensão com os mióticos antes de operar.

O miótico pode ser aplicado cada 10 minutos durante duas horas, depois cada meia hora durante duas horas e de hora em hora depois, durante o tempo que fôr usado.

Quanto tempo se tentará reduzir a tensão pelos mióticos antes de se recorrer à operação? Os fatores que auxiliam esta decisão são: a duração do ataque, a acuidade visual do olho e o estado de sua tensão após as duas primeiras horas de terapêutica pelo miótico.

Se o ataque vem se processando sòmente há poucas horas, pode-se tentar os mióticos por 12 horas, estando a acuidade visual relativamente bôa. Não importa porém a duração do ataque se a visão caiu até a contagem de dedos a pequena distância: neste caso a intervenção cirúrgica não deverá ser retardada. No tratamento dum olho vulneravel, no qual a acuidade visual chegou ao simples reconhecimento dos movimentos da mão ou ainda menos, em poucas horas apenas, dever-se-á operar imediatamente, sem experimentar absolutamente os mióticos. O brometo de neostigmina a 5% associado com o cloreto de mecholil a 20% é, provavelmente, o mais eficaz dos mióticos. Pode-se também empregar nitrato de pilocarpina a 4% ou salicilato de fisiostigmina a 1% ou combinar estas drogas de várias maneiras. Presumindo-se que a tensão tenha baixado ao normal com os mióticos, qual o tratamento que deve ser empregado posteriormente? Eu penso que um simples ataque de glaucoma agudo, excepto em pessoas muito idosas, exige sempre operação.

Sem operação, quase invariavelmente outros ataques ocorrem a despeito do uso regular de mióticos. Cada ataque baixa um pouco a visão até que um ataque final, inacessivel ao tratamento ocorre,

podendo terminar desastradamente para o olho, mesmo que alguma operação seja executada nestas circunstâncias. Se alguem examinar os registos hospitalares de pacientes com glaucoma agudo tratados conservadoramente, encontrará frequentemente uma série de entradas antes do ataque final, momento em que mesmo a operação falhou e a visão perdeu-se.

O glaucoma agudo em pessoas idosas pode ser tratado mais moderadamente pois nestes pacientes, sem dúvida, diferentes fatores estão em causa. Se a tensão é normalisada pelos mióticos, o uso regular deles, razoavelmente fracos, impedirá, na maioria dos casos, ulteriores ataques. Mesmo em pacientes velhos a operação seria o tratamento de escolha não fosse a sua influência no desenvolvimento de opacidades no cristalino. Se fôr decidida a operação, qual delas e quando deverá ser realizada? Se a tensão não poude ser abaixada pelos mióticos, a paracentese ou a esclerotomia posterior poderão ser feitas como medida preliminar. Raramente eu as emprego. Certamente a iridectomia é a primeira escolha, mas compreenda-se que a iridectomia, não importa a sua perfeição, não será como regra suficiente no tratamento do glaucoma agudo que foi descuidado ou erroneamente diagnosticado e tratado com atropina. Minha experiência pessoal levou-me a adotar as seguintes regras, embora haja exceções, como para tôdas as regras.

1.ª) Se o ataque tiver menos de 48 horas, pratica-se a iridectomia, quer a tensão tenha ou não descido ao normal antes da operação.

2.ª) Se o ataque tiver 48 horas ou mais, a iridectomia será feita se a tensão tiver voltado ao normal antes da intervenção e puder ser mantida com o uso racional dos mióticos. Em todo o caso em que a tensão puder ser baixada ao normal com os mióticos, a intervenção cirúrgica será adiada até que, pelo uso de mióticos, o olho fique relativamente livre da congestão.

3.ª) Se o ataque tiver 48 horas ou mais e a tensão não puder ser abaixada ao normal ou, se fôr abaixada não puder ser mantida em nível normal sem o vigoroso uso de fortes mióticos, será feita uma operação filtrante. Sob estas condições minha experiência provou que a iridectomia consegue apenas transformar o glaucoma agudo em glaucoma crônico. Quando o olho se acalma após a iridectomia, encontra-se frequentemente a tensão oscilando entre 30 e 40 m/m (Schioetz). Em regra, a trepanação como primeira operação no glaucoma agudo não deu bons resultados. Em primeiro lugar, com a tensão alta e a câmara anterior rasa, há sempre o perigo do cristalino apresentar-se e bloquear a abertura. Então, frequentemente uma abertura de trepano em um olho congestionado fecha-se dentro de pouco tempo. Em minhas mãos a operação mais bem

sucedida em glaucoma dêste tipo é a eclerectomia combinada com iridencleisis. Eu a escolheria como operação para o glaucoma agudo não tratado. Deve-se compreender que, mesmo nos casos nos quais sòmente a iridectomia é claramente indicada e perfeitamente executada. pode haver ataques subsequentes de glaucoma agudo típico, principalmente se o ataque original não foi congestivo, o que é desconcertante, quer para o cirurgião quer para o paciente. Afortunadamente êstes casos são raros e os ataques subsequentes são controlados pela terapêutica contínua pelos mióticos.

Alguns pontos a cêrca da técnica da iridectomia são de importância para o tratamento do glaucoma agudo, mas a experiência convenceu-me que, o sucesso ou o insucesso pode depender da técnica da operação. Lembro-me, particularmente, de dois casos de glaucoma agudo bilateral, em condições idênticas nos dois olhos de cada caso. Uma iridectomia perfeitamente executada melhorou a tensão de um olho e uma outra, mal executada no outro olho e na mesma ocasião falhou quanto a melhora da tensão.

A iridectomia deve ser larga e basal. Como anestesia uso comumente uma injeção orbitária duma solução de hidrocloridrato de procraina com epinefrina (1/40.000) nos quatro quadrantes, ou sejam 1,5 a 2 c.c. ao todo e espero 10 minutos. Se parecer aconselhavel uma anestesia geral, o pentatotal-sódio administrado endovenosamente bastará. Emprego a faquinha bem afiada em vez de lança. A incisão é feita sem preparo de retalho prévio, visto ser facil obter-se com faquinha. A incisão feita com a faquinha é terminada mais em ângulo reto do que com a lança. Há, por uma razão qualquer, uma tendência da ferida a se abrir e a hemorragia escleral, que é a mais importante, faz-se para fora do olho. Depois de terminada a incisão eu espero sem enxugar até que todo sangue tenha parado e só então faço a iridectomia.

Isto, às vezes requer um grau consideravel de paciência, mas é importante esta observação porque então a única hemorragia na câmara anterior é a da iris, que nunca é improtante. Tratando-se de paciente com glaucoma agudo num olho deve-se estar atento contra o perigo dum ataque agudo no outro olho. Por isso, durante a permanência do paciente no Hospital, deve-se aplicar mióticos no olho são. Com efeito, visto que o glaucoma agudo pode se desenvolver mais cedo ou mais tarde no olho não afetado, é prudente continuar indefinidamente o uso de miótico nele.

Glaucoma crônico

Quando se examina pela primeira vez um paciente portador de glaucoma crônico simples mede-se a acuidade visual, a tensão ocular e o campo visual. Estas medidas indicam o estado da doença.

Deve-se planejar então manter a visão do paciente durante tôda a sua vida. O tratamento consistirá no uso de mióticos ou na intervenção cirúrgica ou em ambos. Qualquer que seja o tratamento, êle deverá impedir eficazmente uma ulterior redução do campo visual. Quando tratamento não consegue isto, embora bem feito o diagnóstico, é porque não o foi em tempo oportuno. Diagnosticar um glaucoma e considerar-se satisfeito só porque prescreveu nitrato de pilocarpina a 1% para ser usado duas ou três vezes ao dia sem averiguar a eficácia dêste tratamento, não basta para merecer a confiança do paciente e isto é o mínimo que se pode dizer. Observando-se o paciente durante semanas e meses, enquanto está sob vários tratamentos, ganha-se gradualmente mais conhecimento de sua condição particular e fica-se em melhores condições de ajuizar o tratamento e o prognóstico. Acho que no início, é muitas vezes util internar o paciente por três cu quatro dias e tomar a tensão ocular quatro vezes por dia (aproximadamente: 8, 12, 17 e 22 horas).

No primeiro dia nenhum tratamento será feito, no segundo dia se usará pilocarpina a 1% e no terceiro dia, pilocarpina a 2%. Algumas vezes o tratamento será prolongado por um ou dois dias a mais e então terá lugar a pilocarpina a 4% ou outro miótico mais forte.

Tal estudo dará muitas vezes, uma idéia do tipo do glaucoma em causa e indicará desde o início qual o miótico que promete maior eficácia. O estudo pode indicar no início qual operação deve ser praticada afim de manter a tensão do olho em nível razoavel. Neste estudo observam-se diferentes tipos de curva tensional. Há um tipo de glaucoma no qual a tensão do olho não tratado nunca vai além dos 20 m/m. Os mióticos não exercem efeito notável sôbre a tensão nestes tipos de glaucoma. Há um tipo no qual a tensão é ordinariamente baixa, mas eleva-se nitidamente nalgumas horas do dia. Os mióticos são, às vezes, extremamente eficázes nestes tipos de glaucoma, eliminando as elevações periódicas que danificam o olho. Por conseguinte, há um tipo de glaucoma com tensão relativamente alta no qual os mióticos fortes são em geral necessários para manter a tensão em nível normal. Em outros tipos, de tensão elevada também, mesmo os mióticos mais fortes não produzem efeito. O chamado glaucoma capsular, relativamente adeantado é geralmente caracterizado por alta tensão dêste último tipo.

Sendo frequentemente difícil a decisão de operar ou não, tais estudos da tensão ocular são geralmente de grande utilidade. Todavia há muitos fatores a serem considerados. O comportamento do campo visual durante um certo período de tempo é certamente o mais importante fator na decisão. O estado geral do paciente e a sua constância em observar o tratamento recomendado devem ser con-

siderados. Deve-se reparar se o paciente é indolente ou calmo ou nervoso, de vida atribulada. Todos os outros fatores sendo iguais, é-se mais inclinado a operar precocemente as pessoas do último tipo do que as do primeiro.

A idade do paciente é também um fator de grande importância. Acredito que poucos paciente scom uma expectativa média de vida entre 20 e 30 anos possa conter um glaucoma durante muito tempo só com os mióticos e por isso acho que todos os pacientes abaixo dos 60 anos com boa saude deveriam ser operados. Acho que a operação está indicada em pacientes entre 60 e 70 anos sempre que forem necessários mióticos fortes para manter a tensão em nível normal, pois em tais circunstâncias, mais cedo ou mais tarde êstes mióticos não serão mais eficientes. É no tratamento de pacientes de mais de 70 anos que muitas vezes é difícil decidir a questão da intervenção cirúrgica. Tratando-se de tais pacientes, se o diagnóstico foi estabelecido cedo e existe um bom campo visual, deve-se contentar em perder algum tempo com a terapêutica pelos mióticos, ao passo que estando a afecção adeantada na ocasião de se fazer o diagnóstico a intervenção cirúrgica deverá ser indicada logo porque êste paciente não dispõe mais de tempo a perder. Nos pacientes mais velhos eu acho que a leitura do tonometro Schioetz estando pelos trinta, é uma indicação para operação especialmente se houver queda rápida do campo visual.

Em todos os pacientes mais velhos a indicação de operação deve ser relativamente mais imperiosa do que nos mais jovens, pois todo procesos cirúrgico dirigido contra o glaucoma naqueles pacientes causa, quase invariavelmente opacidade da lente ou aumenta as opacidades acaso já instaladas. Deve-se acentuar que nos casos onde a operação fôr afastada por uma razão qualquer, os mióticos mais fortes devem ser empregados com pequenos intervalos. Quando uma solução de nitrato de pilocarpina a 1 ou 2% usada três ou quatro vezes por dia mostrar-se ineficaz, deve-se apelar para soluções a 4% instilada cada duas horas durante o dia. Nos pacientes de tensão baixa, nos quais a tensão está sempre abaixo de 25 m/m Schioetz, os mióticos têm pouco ou nenhum efeito mas a perda do campo é relativamente ligeira. Acredito por isso que um paciente de 50 anos com glaucoma dêste tipo deve ser operado, enquanto outro de 65 anos, nas mesmas condições não apresenta a mesma necessidade.

E' impossível fixar regras relativamente a intervenção do glaucoma crônico mas em geral pode-se dizer que muitos de nós temos a lamentar mais vezes casos não operados do que operados.

Um fato a ser lembrado é que o benefício da cirurgia nos glaucomas recentes é muito maior do que nos casos mais antigos. Quanto ao tipo de operação a ser empregado cada um de nós deve se guiar

pela sua própria experiência. Prefiramos a operação que melhor possamos realizar e melhores resultados nos tenha proporcionado. Dou preferência à trepanação para os pacientes mais jovens. Em minhas mãos é esta a operação melhor para abaixar a tensão por um longo período de tempo. Eu penso ser ela particularmente eficaz nos olhos com tensão relativamente baixa. Emprega-se rotineiramente o trepano de 1,5 m/m, mas no tratamento do glaucoma juvenil é preferível o de 2 m/m. Eu prefiro decididamente a irideincleisis em todos os pacientes mais velhos porque raramente resulta com ela a hipotonia tão frequentemente vista após a trepanação nas mesmas condições e ainda, muito menos vezes produz a catarata. Em geral eu prefiro uma inclusão da iris nos olhos que devem ser operados com tensão alta. Nestas condições de tensão eu tenho visto, depois duma trepanação bem executada, o cristalino deslocar-se até bloquear a abertura anulando completamente o efeito da operação. A minha operação de escolha para olhos congestos é a iridencleisis combinada com a esclerotomia porque oferece a melhor oportunidade para filtração permanente. Quando pratico uma inclusão da iris em pacientes mais jovens, faço também uma esclerectomia.

Trato do glaucoma devido à exfoliação da cápsula do cristalino do mesmo modo que o glaucoma onde esta exfoliação não existe. Julgo que a inclusão da iris com esclerectomia em tais casos é melhor do que a trepanação, pois vi diversas vezes, uma abertura de trepanação funcionando perfeitamente, fechar-se dentro de um ano ou dois após a operação. Quanto à técnica da inclusão da iris pode-se, naturalmente usar uma lança ou uma faca para a incisão; quando esta é feita com lança, ocorre provavelmente menor traumatismo para o olho, mas estando a câmara anterior excessivamente rasa exige uma bôa dose de habilidade para ser executada convenientemente. Pode-se preparar o retalho de antemão, como se fosse uma trepanação ou pode-se fazer o retalho com a faca ou, empregando-se a lança, fazer a incisão tipo Reese. Prefiro usar a faca para a incisão como na iridectomia sem preparo prévio do retalho. Com um pouco de cuidado pode-se fazer com a faca um retalho tão grande quanto necessário. Pareceu-me que isto causava menor traumatismo da conjuntiva, do que preparando o retalho previamente e aqui a visibilidade ao fazer-se a incisão era melhor.

Do mesmo modo que na iridectomia em que a incisão é feita com faca, todo o sangue da ferida elimina-se para fora do olho em vez de entrar na câmara anterior. Após terminar a incisão gosto de esperar sem enxugar até que a hemorragia escleral tenha cessado. Se se enxugar continuamente o sangue pode ser impelido para a câmara anterior. A iris deve ser puxada com grande cuidado afim de evitar-se traumatismo desnecessário ao epitélio pigmentar. Ge-

ralmente corto a iris em cada lado da pinça. Feito isto deixo a pinça e a iris não é mais tocada. Em certas condições uma língua de iris é preparada e o esfincter é deixado intacto. Não se faz qualquer tentativa para repor ou aplanar a referida língua de iris. Qualquer destas manipulações pode traumatizar ulteriormente o epitélio pigmentar que deve permanecer mais ou menos intacto afim de se poder desenvolver uma cicatriz filtrante adequada. A atropina é usada no posoperatório, não como rotina, mas de acôrdo com o tamanho da reação, o tamanho da pupila e a quantidade de sangue existente na câmara anterior.

Em alguns casos a atropina não é absolutamente usada. Quando a esclerectomia é combinada com inclusão da iris, após ter sido terminada a incisão, a conjuntiva é separada do lábio escleral anterior por delicada dissecção com ponta de lança e então, um pedaço de esclera é cortado com saca-bocados de Holth ou de Berens. Um glaucoma crônico coexistindo com catarata imatura é um problema particular.

O tratamento depende da extensão da catarata e da severidade do glaucoma. A terapêutica pelos mióticos, se fôr razoavelmente eficaz no contrôle do glaucoma, é sempre preferível até que a catarata tenha avançado suficientemente para autorizar a sua extração. Desgraçadamente, se as opacidades do cristalino forem centrais, a miose pode diminuir a visão central a ponto de incapacitar o paciente. Se a visão é reduzida a 20/50 ou menos, pelas opacidades do cristalino, uma extração intra-capsular, com larga iridectomia basal, muitas vezes controlará o glaucoma. Nos casos em que a tensão permanece muito alta após tal operação, a terapêutica miótica combinada com o uso da epinefrina a 1 ou 2% será ordinariamente eficaz. Em raras circunstâncias será necessária uma intervenção ulterior, preferivelmente uma ciclodialise. Se a visão central fôr igual a 20/40 ou maior, sem mióticos e pelo uso destes a visão cair abaixo daquela, julgo que uma iridectomia larga seguida de uma terapêutica pelos mióticos, é preferível à extração imediata da catarata. Certamente poder-se-ia esperar que uma operação filtrante produzisse em tais casos, um melhor contrôle da tensão, mas se fôr executada em um olho com opacidades do cristalino já bem desenvolvidas ela causa, quase invariavelmente, um rápido aumento das opacidades. Por se ter certeza de que a catarata se desenvolve rapidamente, a extração do cristalino pode ser feita, mas a operação é indubitavelmente mais difícil de ser executada em tais olhos. Após a iridectomia, no entretanto, se se tornar necessária a extração do cristalino, tudo será simplificado. Quando uma operação proposta para produzir cicatriz filtrante é feita, é extremamente importante conservar o paciente sob rigorosa observação durante as primeiras semanas após a intervenção. Às vezes nada há a ser feito, mas

em outras ocasiões, u'a massagem precoce do olho pode determinar a diferença entre o sucesso e insucesso da operação.

Dosando adequadamente a massagem, a tensão pode afinal se estabelecer no nível desejado. Em algumas ocasiões, se esperarmos duas semanas após a operação antes de começar a massagem pode ser muito tarde. Gosto de ver o paciente ao menos uma vez por semana durante as seis primeiras semanas após a operação.

Buftalmo

Para o tratamento do buftalmo ou glaucoma infantil a iridencleisis, em minhas mãos, produziu mais sucesso do que a trepanação. Em tôda operação para glaucoma dêste tipo é da maior importância que massagens adequadas sejam praticadas pelos pais após a criança ter deixado o hospital. Com efeito, julgo que êstes cuidados posteriores são tão importantes como estou certo de que as operações falham sem êles.

Por outro lado, se uma pressão constante fôr feita sôbre os olhos quatro vezes por dia, seguidamente e sem esmorecimento, pode-se antecipar uma percentagem muito mais alta de sucessos do que a obtida geralmente. Deve-se confidencialmente explicar aos pais a natureza da doença e os princípios da operação fazendo-os compreender que seu papel é tão importante quanto o do cirurgião. Há comumente hipotonia durante uma ou duas semanas após a operação. A massagem sôbre o olho é iniciada logo que a tensão dêste sobe até o normal. A goniotomia de Barkan para êste tipo de glaucoma repercute promissoramente; não tenho experiência dela. Tratando-se de pacientes com glaucoma primário, julgo de meu dever lembrar-lhes por carta ou telefone a ocasião dos novos exames e assim continuo a proceder até que êles deixem o consultório ou tenha a certeza de que êles se acham sob os cuidados de outro oculista. Os pacientes que estão sendo tratados pelos mióticos, nos quais a tensão parece estar controlada, são revistos três vezes por ano. Após intervenção cirúrgica bem sucedida, são revistos duas vezes por ano. Certamente qualquer elevação de tensão não habitual exige visitas bem mais frequentes até que se possa estar seguro que o tratamento corrigido promete manter a tensão dentro dos limites normais.

Glaucoma secundário

Se é difícil estabelecer regras para o tratamento do glaucoma primário, é quase impossível faze-lo para o glaucoma secundário. Nestes, cada caso representa um problema particular. A única regra geral que pode ser estabelecida é que, no tratamento do glaucoma secundário dever-se-ia empregar até o extremo, as medidas conservadoras. No tratamento do glaucoma secundário à irite agu-

da, eu continuo o uso dos midriáticos. O primeiro ato é empregar-se o bitartrato de epinefrina a 1 ou 2%, três ou quatro vezes por dia. Se isto falhar, experimenta-se a paracentese; se esta abaixar a tensão só por algumas horas, experimento a incisão de Reese (segundo Verhoeff, que há muitos anos emprega êste processo contra o glaucoma secundário, trata-se do primeiro tempo da iridectomia usada por Robert Reese e é feita do seguinte modo: incisão da conjuntiva paralela ao limbo e dele distante cêrca de 8 m/m; subconjuntivalmente a ponta do queratomo ou agulha de Ziegler se aproxima até 1.5 m/m do limbo e então transfixa êste aparecendo na câmara anterior sendo então a incisão aumentada até 6 ou 7 m/m. O setor de escolha do globo é o inferior. Não se usa sutura. A pressão sôbre o globo tem início no dia seguinte à intervenção e é seguida por dias ou mesmo semanas). Nas uveites, doença crônica, a incisão de Reese repetida tantas vezes quanto forem necessárias, vencerá muitas vezes uma situação difícil. Há um ano ou dois, tratando dum paciente com uveite bi-lateral com glaucoma secundário, foram feitas cinco incisões de Reese em cada olho, num período de poucos meses. Afinal a uveite acalmou-se, a tensão permaneceu normal, a visão chegou a 20/20 e os campos visuais mostraram-se íntegros. No tratamento dum subsequente ataque de uveite durando diversos meses, uma única incisão de Reese em cada olho foi suficiente para controlar a tensão visto o paciente estar naquela ocasião, tão exercitado no fazer as massagens que nunca permitiu o fechamento das incisões. No tratamento do glaucoma secundário irredutivel, tal como na uveite simpática, se a incisão de Reese se mostrar ineficaz, emprego, ocasionalmente com sucesso, a iridencleisis com esclerectomia. No tratamento do glaucoma devido à iris em tomate dou preferência à iridectomia em vez da transfixão da iris, pois a abertura em fenda produzida pela transfixão, não poucas vezes fecha-se por hemorragia ou exsudato. Quando presente a iris em tomate sem hipertensão é prudente adiar a operação até que surja esta. Em alguns olhos com iris **bombé** a tensão pode permanecer normal ou mesmo sub-normal devido, possivelmente, à atrofia do corpo ciliar. A iridectomia em tais olhos resultará, frequentemente, em atrofia do globo e sòmente deverá ser feita em olho praticamente cego por seclusão da pupila e opacidades do cristalino.

Em tais circunstâncias a iridectomia pode ser combinada com a extração do cristalino numa tentativa final para obter alguma visão, pois a situação é tal que, operando, nada há perder e possivelmente alguma cousa a ganhar. O glaucoma que se segue é dicisão da lente transparente ou o que se segue à catarata traumática exige uma pronta extração linear do cristalino. Uma tensão aumentada após remoção incompleta do cristalino, é tratada melhor, provavelmente, por paracenteses repetidas. Geralmente a tensão acalma-se

logo que as massas lenticulares são absorvidas. A catarata hipermadura causa, muitas vezes, glaucoma agudo. Alguns oculistas dão preferência à iridectomia no tratamento dêstes casos, seguida da extração da lente em uma segunda intervenção. Quer possa ou não trazer a tensão até o normal com os mióticos empregados antes da operação, dou preferência à extração do cristalino com uma larga iridectomia, como primeira intervenção.

Julgo que se corre um risco desnecessário fazendo-se a iridectomia preliminarmente. Uma iridectomia preparatória em olho com glaucoma agudo devido à catarata hipermatura pode se seguir de hemorragia grave na câmara anterior ou então persistência de câmara raza, com volta do glaucoma e congestão persistente creando uma situação extremamente complicada. Após contusão grave dum olho a câmara anterior está, às vezes, tinta de sangue e a tensão do olho elevada. Não há estrutura visível do coágulo e a córnea assemelha-se à secção do mármore negro.

Como êste coagulo nunca se absorve em tempo de salvar o olho, deve-se fazer uma operação imediatamente. Ao lado da possibilidade de dano produzido por glaucoma, pode, ao fim de 36 horas instalar-se uma pigmentação hematogena da córnea. Dever-se-ia fazer uma incisão com lança por onde o coagulo seria retirado por lavagem da câmara anterior.

Todavia, a situação é completamente diferente se se puder ver a estrutura do coagulo ou se alguma porção da iris à visível. Em tais condições o sangue é geralmente logo reabsorvido e o olho deve ser deixado em repouso se a tensão fôr normal ou sòmente ligeiramente elevada. Um elevação consideravel da tensão pode muitas vezes ser combatida com sucesso pelos mióticos, mas se ela não puder ser controlada deverá ser feita uma paracentese. Quando o sangue é reabsorvido e a tensão é normal, o uso dum miótico pode ser descontinuado e um midriático será empregado no restante da convalescença. Durante os primeiros dias de tratamento, o uso de compressas quentes deverá ser evitado pois seu emprêgo favorece, sem dúvida alguma, a continuação da hemorragia. A sub-luxação ou luxação completa do cristalino podem causar glaucoma; quando a lente está na câmara anterior, geralmente ocorre o glaucoma agudo e deve ser retirado sem demora. Nos casos de tensão aumentada por sub-luxação no vítreo, traumática, consegue-se dominar a situação, muitas vezes, com o uso de mióticos. Todavia, se a tensão não puder ser controlada o cristalino deverá ser extraido.

Quando a luxação é completa, no vítreo, muitas vezes é bem tolerada pelo olho, sem elevação da tensão; nestes casos a melhor conduta é nada fazer. Se se seguir um glaucoma não controlavel, o cristalino luxado ou mesmo sub-luxado apenas, é uma intervenção

delicada e nunca deveria ser tentada sem grande necessidade. O glaucoma que ocorre às vezes após uma extração não complicada de catarata e em especial após discisão duma catarata secundária, constitue um problema difícil.

Poucas vezes o caso é controlável sòmente pelos mióticos e então o uso combinado dum miótico e de epinefrina a 1 ou 2% torna-se particularmente útil. Como tratamento operatório continuo a empregar a ciclodialise mas devo confessar que, em minhas mãos, nem sempre é eficaz. Quando a ciclodialise falha a trepanação com trepano de 2 m/m frequentemente é bem sucedida. Como último recurso pode ser tentada a ciclodiatermia, mas sòmente como último recurso, pois considero-a um tratamento temerário. Se a ciclodiatermia fôr bastante extensa para controlar a tensão ela leva frequentemente o globo à atrofia. Um regra geral para o tratamento do glaucoma secundário é usar todo o conservadorismo compatível com a conservação da visão do olho. Nunca empregar uma grande intervenção quando uma menor pode vencer as dificuldades.

Sòmente inquirindo das causas de insucessos é que se aprende bastante sôbre o tratamento do glaucoma. Se um dado tratamento falhar frente a um glaucoma dum dado tipo, outro tratamento será instituido quando em presença dum novo caso semelhante ao primeiro. Não insistamos em repetir os mesmos êrros. O tratamento do glaucoma é dos maiores problemas da Oftalmologia e requer sempre o emprêgo do que o oftalmologista possue em critério e habilidade.

Tradução do Dr. Souza Grota

Análises, Resumos e Comentários

ANESTESIA EM CIRURGIA OCULAR

Dr. RENATO TOLEDO - Ophtalmos - Vol. III - N.º 3 - 1944

O trabalho apresenta inicialmente, um quadro com a composição química dos anestésicos mais usados e sua sinonimia, após o qual estuda os fatores para a escolha do anestésico. Estuda o modo de emprêgo, duração e profundidade da anestesia, ação sôbre o epitélio corneano, ação sôbre a rede vascular, ação sôbre a pupila, ação sôbre o tonus ocular, efeitos tóxicos locais e efeitos tóxicos gerais, e apresenta um quadro onde estabelece relações entre êsses fatores e os diversos anestésicos.