



**Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Medicina da Bahia
Memorial da Medicina Brasileira**



Esta obra pertence ao acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira, e foi digitalizada pela equipe do Laboratório de Preservação do Memorial da Medicina Brasileira.



**MEMORIAL
DA MEDICINA
BRASILEIRA**

Janeiro de 2024

Memorial da Medicina Brasileira – Faculdade de Medicina da Bahia
Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Pelourinho - Salvador - Bahia - Brasil

www.bgm.fameb.ufba.br
bibgm@ufba.br

EX-LIBRIS

BIBLIOTHECA GONÇALO MONIZ
MEMÓRIA DA SAÚDE BRASILEIRA • ZINI



FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM 30 DE OUTUBRO DE 1929

pa. a ser publicamente defendida pela doutoranda

Josephina Peixoto

Ex-auxiliar (1927) e interna (1928 e 1929) da Clínica Ophthalmologica da Faculdade de Medicina (Serviço do Prof. Cesario de Andrade); ex-socia effectiva da "Sociedade Academica Alfredo Britto"; ex-membro da Directoria da "Sociedade Beneficencia Academica"

Natural do Estado de Pernambuco

Filha legitima de José Ulysses Peixoto
e D. Maria Linhares Peixoto

AFIM DE OBTER O GRAU DE

Doutora em Sciencias Medico-Cirurgicas

DISSERTAÇÃO:

**A frequencia do Glaucoma na raça
negra na Bahia**

(CADEIRA DE OPHTALMOLOGIA)

BAHIA
Typographia da ERA NOVA
Palacio Archiepiscopal

1929

BIBLIOTECA
FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DA BAHIA

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR—*Dr. Augusto Cezar Vianna*
VICE-DIRECTOR—*Dr. Augusto de Couto Maia*
SECRETARIO—*Dr. José Pinto Soares Filho*

PROFESSORES CATHEDRATICOS

DOCTORES

MATERIAS QUE LECCIONAM

Alvaro Campos de Carvalho	Physica
Antonio Amaral Ferrão Moniz	Chimica geral e mineral
Euvaldo Diniz Gonçalves	Chimica organica e Biologia
Manoel Augusto Pirajá da Silva	Biologia geral e Parasitologia
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia humana — 1.ª cadeira
Raphael Menezes Silva	» — 2.ª cadeira
Mario Andréa dos Santos	Histologia
Aristides Novis	Physiologia — 1.ª cadeira
Sabino Silva	» — 2.ª »
Augusto Cezar Vianna	Microbiologia
Antonio Bezerra Rodrigues Lopes	Pharmacologia
Octavio Torres	Pathologia geral
Agrippino Barbosa	Pathologia Medica
Antonio do Prado Valladares	Clinica medica propedeutica
Leôncio Pinto	Anatomia Pathologica
Antonio Ignacio de Menezes	Medicina Operatoria
Edgard Rego dos Santos	Pathologia cirurgica
Fernando Luz	Clinica cirurgica — 1.ª cadeira
Caio Octavio Ferreira de Moura	« — 2.ª «
Antonio B. de Freitas Borja	« — 3.ª «
José de Aguiar Costa Pinto	Hygiene
Estacio Luiz Valente de Lima	Medicina Legal
José Olympio da Silva	Clinica medica — 1.ª cadeira
	» — 2.ª »
Fernando José de São Paulo	Therapeutica
	Obstetricia
Durval Tavares da Gama	Clinica Cirurgica infantil e ortho- pedica
Joaquim Martagão Gesteira	Clinica pediatrica
Almir Sá Cardoso de Oliveira	» obstetrica
Aristides Pereira Maltez	» gynecologica
Eduardo Rodrigues de Moraes	» oto-rhino-laryngologica
João Cesário de Andrade	» ophthalmologica
Alfredo Couto Britto	» Neuriatrica
Mario Carvalho da Silva Leal	» psychiatrica
Albino Arthur da Silva Leitão	Clinica dermatologica e syphili- graphica

PROFESSORES SUBSTITUTOS

8.ª Secção— <i>Dr. Augusto C. Maia</i>	Microbiologia
16.ª Secção— <i>Flaviano I. da Silva</i>	Clinica dermatologica e syphili- graphica

PROFESSORES CATHEDRATICOS EM DISPONIBILIDADE

Dr. Sebastião Cardoso	Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães
Dr. João Evangelista de Castro Cer- queira	Dr. Josino Correia Cotias
Dr. José E. Freire de Carvalho Filho	Dr. João Americo Garcez Froes
Dr. José Rodrigues da Costa Doria	Dr. José Adeodato de Souza
Dr. Aurelio Rodrigues Vianna	Dr. Luiz Pinto de Carvalho
Dr. Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	Dr. Adriano dos Reis Gordilh
	Dr. Menandro dos Reis Meirelles Filho

PROFESSORES HONORARIOS

Dr. Juliano Moreira—*Dr. Carlos Chagas*
Dr. Thiago de Almeida

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses que lhe são apresentadas

“O medico digno deste nome consagra á humanidade as suas vigílias, o sacrificio de seus prazeres, de suas commodidades, os fructos de sua intelligencia, a sua vida até, si fôr necessario; e a seus irmãos na sciencia a lealdade, a franqueza e a consideração sem limites nem restricções.

São estas as differenças principaes que distinguem a profissão medica de um officio mercenario ou de uma especulação mercantil ou industrial.”

DISSERTAÇÃO

**A FREQUENCIA DO GLAUCOMA NA RAÇA
NEGRA, NA BAHIA**





CAPITULO I

O glaucoma e suas formas clinicas; glaucoma primitivo e secundario—Subdivisão do glaucoma primitivo e symptomatologia

O glaucoma, affecção ainda mal conhecida em sua natureza essencial, se define por alguns dos seus principaes symptommas.

E' uma affecção do olho caracterizada por um augmento da pressão intraocular ou hypertensão, á qual se associam uma escavação da papilla e uma diminuição da visão.

O augmento da pressão intraocular é um symptomma tão constante que hypertensão e glaucoma tornaram-se quasi synonymos.

O professor Felix Larange define o glaucoma: uma dystrophia do globo ocular caracterizada anatomicamente por degenerações essenciaes vasculares e nervosas e clinicamente, pela hypertensão.

FORMAS CLINICAS DO GLAUCOMA — O glaucoma se desenvolve, algumas vezes, em um olho portador de lesões que explicam o acesso de hipertensão, é o glaucoma secundario ou consecutivo. Outras vezes, os symptomas do glaucoma sobreveem sobre um olho aparentemente são, é o glaucoma primitivo, o que não significa glaucoma sem causa, mas pode-se dizer, glaucoma sem causa ocular apreciavel, sem cuasa ocular conhecida.

O glaucoma primitivo é susceptivel de subdivisões, baseadas na intensidade dos phenomenos reaccionaes.

Ha reacção notavel no glaucoma inflammatorio não acontecendo o mesmo no glaucoma chronico simples.

Tomando por base o gráu de intensidade, pode-se estabelecer differentes variedades de glaucoma.

O glaucoma primitivo se divide em tres formas: inflammatorio, simples e infantil. Esta classificação sobre ser a mais simples é tambem a mais didactica.

1.^a *Forma* — **GLAUCOMA PRIMITIVO INFLAMMATORIO**. *Symptomatologia* — V. Morax observou que os casos de glaucoma chronico ou subagudo são mais frequentes que os de glaucoma agudo. O professor Dr. Cesario de Andrade diz, na sua these de doutoramento, ser o glaucoma inflammatorio mais frequente, representando cerca de 75 % dos casos.

São tres as phases que comporta a evolução desta forma de glaucoma.

a) *Phase prodromica* — A visão torna-se turva

como que empanada por um nevoeiro denso, de maneira que os objectos por mais approximados que estejam são divulgados com difficuldade.

As pessoas ameaçadas da affecção veem ao redor das chammas, circulos irisados. Este symptoma, não obstante ser importante para o diagnostico, é tambem observado em algumas conjunctivites catarataes e em casos de lacrimejamento.

Durante o accesso o doente sente como se o globo ocular augmentasse de volume; muitas vezes acompanham este phenomeno dores violentas, que se espalham por um ou pelos diversos ramos do trigemio, dôres acompanhadas de febre e vomitos repetidos, (reflexos pneumogartricos), tomados algumas vezes pelos clinicos como neuralgias faciaes ou ataques de *gripe*, *mal estar geral*, baixa rapida da agudeza visual que pode chegar em poucas horas até quasi cegueira, symptomas estes até aqui resultantes da hypertensão ocular; chemose da conjunctiva, edema das palpebras, opacificação da cornea, dilatação da pupilla, com irregularidade desta, forma ovoide e côr esverdeada; hypertonia exagerada.

A cornea torna-se ligeiramente acinzentada e sem brilho.

A amplitude de accommodação diminue.

A hypertonia é acompanhada de dilatação e immobildade da pupilla, o humor aquoso turva-se e o diametro anteroposterior da camara anterior diminue devido a projecção da iris para diante. A cornea torna-se insensivel.

Este estado pode permanecer assim durante alguns dias ou algumas semanas, depois das quaes

vão-se os symptomas attenuando até á melhora e as vezes á cura.

Pelo exame aphtalmoscopio observa-se grande congestão da rêde venosa da retina.

A pulsação da arteria central da retina, espontanea ou provocada por uma ligeira cmopressão do globo é frequentemente observada. z

b) *Phase do glaucoma constituido* — Nesta phase todos os phenomenos prodromicos se intensificam. A acuidade visual diminue sensivelmente. O exame perimetrico permite reconhecer notavel estreiteza do campo visual, principalmente no lado nasal. z

c) *Phase do glaucoma absoluto* — A visão extingue-se e a esclerotica torna sebranca azulada, as veias ciliares anteriores formam ao redor da cornea um circulo de vasos dilatados. O pupilla é immovel e muito larga; a cornea é insensivel e a camara anterior diminuida de profundidade. O globo ocular fica muito duro e a papilla largamente escavada.

Além desta forma aguda, do glaucoma inflammatorio, existem outras variantes como a de *glaucoma fluminante* de Graeffe, em que os symptomas apparecem com marcha violenta conduzindo á cegueira depois de algumas horas.

Existe tambem a *forma inflammatoria chronica*, em que a phase de *glaucoma constituido* substitue logo á phase prodromica.

2.^a *Forma* — *GLAUCOMA SIMPLES* — As manifestações do glaucoma simples são muito differentes das manifestações do inflammatorio.

Não ha reacção inflammatoria, nem vermelhidão do globo, nem perturbação corneana nem dores.

O olho conserva seu aspecto exterior habitual e parece normal. As perturbações visuaes são de ordinario os primeiros signaes que atrahem a attenção: mas não ha obnubilações passageiras como nos accessos prodromicos do glaucoma inflammatorio. A perturbação visual não apparece, em geral, senão tardiamente, muito tempo depois do começo do glaucoma. Uma regra quasi absoluta, é que o glaucoma simples ataca primeiro ás partes periphericas do campo visual e não toma, senão, tardiamente, a visão central. De ordinário, é um estreitamento nasal, algumas vezes um estreitamento inferior ou superior. O lado temporal do campo visual se conserva durante muito tempo. Este estreitamento do campo progride lentamente para o centro e termina por attingilo. Neste momento, a visão central se abaixa rapidamente, a acuidade visual cahe e o doente fica quasi cego. Muitos glaucomatosos não percebem de seu glaucoma senão em uma epoca avançada, no momento em que a visão central é attingida, isto é, quando a visão está em grande parte destruida. Outros, mais observadores, experimentam perturbação desde que o campo visual se estreita notavelmente, e procuram o especialista numa época em que ainda é possivel preservar a visão central.

Se o glaucoma não fôr tratado, a visão central baixa e termina por desaparecer, mas toda a visão não é, por isto abolida, uma parte do campo visual persiste de ordinario do lado temporal.

Mas, pouco a pouco, esta zona de visão se estreita, diminue de extensão e cêdo a ultima porção de

retina sã é submergida pelo glaucoma invasor. A visão fica completamente abolida. Em algumas formas de glaucoma simples a visão central é a única que permanece; o campo visual desaparece primeiro em todas as direcções; produz-se uma especie de estreitamento concentrico do campo visual, se bem que em um dado momento o glaucomatoso perca completamente seu campo visual e não possua mais senão a visão central. É bem raro encontrar-se um estreitamento concentrico regular.

Mesmo nestas formas de estreitamento generalizado do campo visual, não se trata dum estreitamento regularmente concentrico; as partes nasas desaparecem sempre mais depressa; mais depressa também se vão as partes superiores e inferiores; o lado temporal é sempre o ultimo a ficar, se bem que a zona de visão central tenha muitas vezes a forma de um ovo alongado transversalmente, a extremidade interna occupando a parte central, enquanto a extremidade externa se estende mais ou menos longe na parte temporal do campo visual.

Importa bem conhecer a maneira como o glaucoma attinge a visão porque os modos de diminuição della constituem verdadeiros signaes do glaucoma, elementos de diagnostico dum grande valor, na primeira fileira dos quaes se encontra o estreitamento nasal.

Outra particularidade das perturbações visuaes glaucomatosas, é a conservação até um periodo muito avançado, da visão das cores. A dyschromatopsia, precoce nas nevrites ou atrophias opticas, é ao contrario, tardia nas lesões retinianas por glaucoma. Mesmo na pequena porção de retina central poupa-

da, a visão das cores se faz ainda bem; também a excavação papillar é um signal importante e constante, pelo menos em um periodo avançado.

Sob a influencia da hypertensão, a região papillar menos resistente, se deprime, se excava e toma um aspecto especial. Os vasos retinianos fazem um cotovello, um angulo, no momento em que deixam a retina para penetrar na excavação. Se esta fôr pouco accentuada, o vaso poderá ser seguido em todo o comprimento da curva que elle descreve sobre todo o bordo da excavação, se fôr profunda, o vaso fará um cotovello brusco e desaparece momentaneamente sob o bordo, para reaparecer em seguida no fundo da excavação.

Quando se examina a papilla com imagem invertida e que se desloca ligeiramente a lente constata-se um movimento em sentido inverso dos vasos dos bordos e dos vasos do fundo. Em um periodo avançado, é frequente contatar-se um ligeiro descoramento da retina peripapillar, o *halo* glaucomatoso, resultante duma atrophia choroidiana.

Apapilla apresenta-se muitas vezes, no glaucoma antigo, branca atrophica. Esta pallidez da papilla é divida á destruição das fibras opticas, á uma verdadeira atrophia. A lamina crivada é algumas vezes muito visivel e apresenta-se sob o aspecto duma superficie branca crivada de pontos cinzentos. O pulso venoso, muito frequente, pode ser facilmente postoem evidencia por pressão sobre o globo.

A escavação papillar é total, isto é, comprehende toda a extensão da papilla, o que a distingue da excavação parcial physiologica.

A marcha do glaucoma chronico é, de ordinario, muito lenta, razão por que o professor Abreu Fialho diz ser bem expressiva a designação de chronico para este glaucoma simples, cuja evolução é geralmente muito demorada, podendo se escoarem muitos annos entre o começo do glaucoma e a amaurose de um olho.

3.^a *Forma* — *GLAUCOMA INFANTIL OU HYDROPTALMIA* — Esta forma do glaucoma primitivo é propria da infancia e tanto pode ser congenita como apparecer depois do nascimento.

Graças a elasticidade do tecido joven o globo ocular augmenta de volume. A esclerotica adelgada torna-se azul esbranquiçada devido a transparencia do pigmento uveal, a cornea perde seu brilho e augmenta de circumferencia. A camara anterior torna-se profunda devido á elasticidade do tecido da cornea.

Apupilla é dilatada e immovel e a iris turva e edemaciada. A papilla se excava, lentamente. Os olhos hydroptalmicos tornam-se distendidos e salientes. O systema christalliniano recúa por causa da distenção do segmento anterior, e a iris, sem apoio, torna-se infundibuliforme; apparece tambem, pelo mesmo motivo, a iridodonesis.

A zona de Zinn tambem partilha desta distensão e muda de relações, donde se observar o tremor da lenticula nos estados adiantados da hydroptalmia. Quando a hypertensão intraocular está bastante augmentada a cornea fica completamente insensivel. A's vezes a camada epithelial desta membrana rompe-se, devido a grande extensibilidade.

Algumas vezes o chrystallino conserva sua trans-

parencia, outras vezes apparecem opacidades corticaes ou equatoriaes ou msemo uma cataracta generalisada. As dôres, no glaucoma infantil, apparecem somente num periodo bastante adiantado da molestia.

Quanto á sua origem, as opiniões divergem, uns dizem ser divida a simples compressão dos nervos ciliaes, outros, os da escola de Donders pensam que ella depende do erethismo nervoso.





CAPITULO II

Etiologia e pathogenia do glaucoma

ETIOLOGIA — “O glaucoma não é doença é symptoma”. Com effeito, se investigarmos seriamente o estado geral de um glaucomatoso, para logo havemos de notar que este estado não se acha completamente hygido; o systema vascular do paciente quase sempre está alterado, como tambem o seu systema nervoso, muitas vezes ou melhor o que é mais frequente é estarem os dois systemas (vascular e nervoso) simultaneamente alterados. O professor Abreu Fialho quando estuda o glaucoma faz a seguinte classificação:

- a) Glaucomas de origem nervosa;
 - b) Glaucomas de origem vascular;
 - c) Glaucomaas de origem ao mesmo tempo circulatoria e neuropathica;
- a) Glaucoma por neuropathia;
 - b) Glaucoma por hypertensão;

c) Glaucoma por neuropathia e hypertensão.

Na verdade, quando se pratica a anamnese de um portador de glaucoma, principalmente de glaucoma agudo, elle não raro nos confessa que o seu accesso de glaucoma começou após um assomo de colera. Diz sempre que sentiu as faces tornarem-se rubras, o olho avermelhar-se, perturbando destarte a visão e tornando-se doloroso.

E' que "o systema sympathico vasomotor, excitado além das medidas e já predisposto a taes disturbios ou desordens, determinou ou provocou a congestão vascular do olho e da face, e mais a hypertensão intra ocular instantanea e excessiva a que as vias de excreção não puderam dar vasão, embora ainda perfectas.

Das observações do referido auctor citamos uma bastante interessante e que é a prova cabal de como uma emoção violenta é capaz de produzir um accesso glaucomatoso. Trata-se de uma joven de vinte e poucos annos de idade que, tendo perdido o filho (num dia de carnaval) entre a compacta multidão e não tendo sido possível encontrar-o senão dois ou tres dias depois, foi accomentida de glaucoma agudo.

Estes phenomenos moraes, — pezares intensos, magoas profundas, fortes emoções, desgostos repetidos e prolongados — repercutem sobre o aparelho cardio-vascular provocando lesões de vaso-constricção peripherica subita, cujo symptoma primeiro é a pallidez egualmente subita. Quando o coração se acha em estado hygido estes phenomenos não são de graves consequencias, entretanto podem manter, apressar, provocar ou aggravar a arterio-esclerose se esta existir, com estas crises hypertensivas mais

ou menos repetidas, de modo que, num momento inesperado, por qualquer emoção vem a morte subita, por syncope emotiva.

Logo que o coração se ache parado é logico que a anemia bulbar sobrevenha; o acido carbonico se accumula no sangue devido a falta de oxygenação do mesmo e o bulbo é excitado por estes phenomenos que contribuem para o prolongamento da parada do coração.

“Que as emoções teem influencia nocivas no desenvolvimento das lesões cardio-arteriaes é facto, e que ellas podem chegar até um glaucoma — glaucoma chamado emotivo, é outra realidade”, na expressão de Abreu Fialho.

Em se tratando dos hypertensos, por arterio-esclerose, é claro que a circulação geral se ache alterada; todos os vasos, inclusive os do olho são esclerosados de modo que, não possuindo elles elasticidade, o sangue arterial, intraocular fica retido sem poder sahir pelo plexo venoso ou o fazendo com grandes difficuldades, sem compensação.

“O glaucoma não é pois, doenças meramente local, como uma apoplexia cerebral não se pode considerar doença local.”

Por isto é que os opthalmologistas não se cançam de lembrar que, quando se diagnosticar glaucoma em um doente, submetta-se o ás provas clinicas geraes com o fim de descobrir o nervosismo, a neurasthenia (insomnia, grandes fadigas, emoções, esforços phisicos), as neuropathias, as perturbações vaso-motoras ou cardio-vasculares, as perturbações do systema renal, a gotta, o diabete, o alcoolismo, frequentemente associado á arterio-esclerose, (as cons-

tipações chronicas do ventre, que allias são frequentissimas nos glaucomatosos) a menopausa os accidentes congestivos de origem reflexa, as perturbações do utero, do ovario, do tubo digestivo etc.

Além disto, as causas locais tambem podem predispor ao glaucoma; como sejam o astigmatismo, a presbiopia, a insufficiencia de convergencia, o uso ou abuso de medicamentos mydriaticos, como a atropina e mesmo pela sua acção sobre o grande sympathic.

O professor Felix Larange diz que, são glaucomatosos *a priori* os doentes nervosos ou neuropathas, os emotivos porque elles mais que os outros são capazes de fazer com que a glandula do humor aquoso soffra uma excitação nervosa hypersecretoria. Aquelles que não corrigem seu vicio de refração provocam espasmo do ciliar e congestão de visinhança; os hypermetropes d olhos pequeninos e de crystalino relativamente grande (Priestley-Smith); os velhos, visto como a esclerotica torna-se rigida e as vias de excreção ficam inflexiveis, os rheumaticos, os syphiliticos, os tabagistas, os intoxicados que apresentam esclerose arterial e degenerescencia peri-vasculares nos tecidos mal nutridos por estes vasos; as pessoas muito preocupadas que trabalham demasiadamente ou que teem prazeres desregrados; os que teem regime alimentar excessivo etc. Emfim, termina dizendo que esta etiologia se superpõe á pathogenia como os cinco dedos da mão direita sobre os cinco da mão esquerda, e que cada vez mais fica surprehendido pelas afirmações de alguns opthalmologistas que dizem não comprehenderem a pathogenia, a etiologia e a natureza do glaucoma.

Morax quando fala da etiologia do glaucoma cita uma serie de processos infecciosos chronicos que affectam o tecido uveal ou as paredes vasculares. Talvez o agente infeccioso provoque por sua proliferação uveal uma exudação serosa que tem como effeito augmentar o volume do liquido intraocular, ou elle atinja os tecidos vasculares ou as zonas chamadas de filtração obliterando por seus exudatos as vias de filtração, ou lese os elementos nervosos que presidem ao equilibrio vascular. No estado actual da sciencia estas questões não se acham bem resolvidas.

Sendo o treponema, na especie humana, o agente mais habitual das inflammações vasculares ou uveaes, parece que este microorganismo tem papel importante na genese do glaucoma, e como a therapeutica especifica exerce pouca efficaciedade sobre a hypertonia parece que a apparição do glaucoma seja dividida ás sequelas da inflammação treponemica.

Entretanto, com excepção do treponema é provavel que outros agentes mecrobianos ainda não reconhecidos e diferenciados possam dar logar á estas alterações vasculares de endo e periphlebite tão frequentemente constatadas nos globos hypertensos. Por isto é que Morax cita como uma das causas de hypertensão as lesões vasculares toxicas como por ex.: obliteração da veia central da retina, alteração vascular extensa (retinite diabetica, angioesclerose retiniana, etc.) todas as lesões vasculares que dependem não dum processo infeccioso directo mas da acção lenta ou prolongada de agentes toxicos.

O mesmo auctor fala de outra causa de hypertensão que aliás é bastante rara; trata-se do desenvolvimento de uma néo-formação ou das modifica-

ções de volume de um órgão contido no globo; glaucoma retiniano, sarcoma melanico, tuberculoma choroideano, cysto parasitario, hydratação do crystallino, etc.

Neste ultimo grupo etiologico admitte-se que a hypertensão resulta do augmento da massa (liquida ou solida) intraocular pelo desenvolvimento da neoformação, ao passo que nos outros grupos ella é o resultado de uma perturbação do apparatus circulatorio.

Dr. A. Terson considera a hypertensão ocular como um edema do globo.

Um factor de grande relevo na etiologia do glaucoma é a hereditariedade.

O Dr. João Cesario de Andrade, emerito Professor de clinica ophtalmologica da Faculdade de Medicina da Bahia, diz na sua these de doutoramento: "Da hereditariedade consanguinea, ao mesmo tempo indirecta ou collateral, temos a prova mais exuberante em uma observação que registamos no serviço clinico do Professor Clodoaldo de Andrade, no Hospital Santa Izabel, desta Capital. Trata-se de uma familia composta de um casal de primos, em 1.º grau, com 12 filhos, dos quaes 5 glaucomatosos, (hydrophthalmia) e um portador de uma cataracta capsular anterior.

Uma outra prova da consanguinidade, como responsavel pelo glaucoma, encontra-se na raça *semita* em que a grande frequencia desta affecção é devida ao habito de casarem-se parentes muito proximos."

Pathogenia do glaucoma

Muitas são as theorias para explicar a hyper-tonia do globo ocular. Existem:

- 1.º As theorias inflammatorias (de Graefe, Mauthneb, Wegner);
- 2.º As theorias recretorias activas (Donders, Wegner, Adamuck, Grunhagen e von Hippel) ou passivas (Stellewag von Carion e Arlt);
- 3.º As theorias de retenção anterior (Knies Priestley-Smith) ou posterior (Laquer);
- 4.º A theoria dystrophica e vascular (Schnabel);
- 5.º A theoria escleral (Cusco, Coccius), etc....
etc....

Todas estas theorias não deixam de ter o seu principio de verdade, entretanto diz o professor Felix-Larange que as mais accitaveis são as de Dondrs, Knies e Schnabol.

a) Hypersecreção e suas causas. Segundo La-range a maior ou menor quantidade de liquido no olho depende, principalmente, do funcionamento da glandula do humor aquoso.

O dr. Mawas explicando a constituição e a significação da região ciliar da retina, distingue dois periodos; um anatomico e outro physiologico. O professor Felix Larange acrescenta a estes dois um terceiro periodo que é o pathologico.

Nicati pensa que as cellulas ganglionares da retina se transformam em cellulas epitheliaes cylindricas e Ferrien diz que ellas derivam da camada granulosa interna.

Krause, Bidder e Valentin falam da relação existente entre o epithelio ciliar e a retina; Kolliker assi-

mila o epithelio ás fibras radiarias desta membrana.

Quem primeiro falou do *pars ciliaris retinae* foi Schultze. Este auctor mostrou que cada cellula da camada clara tem a forma de um prisma allongado, e que por sua base plana ella está em relação com uma cellula do epithelio pigmentar que se acha situado para cima.

Mawas diz que a camada externa e pigmentar apresenta botões epitheliaes maciços sem nenhuma comunicação directa com a camara posterior e separados sempre do humor oquoso pela camada interna das cellulas claras. A camada das cellulas claras representa a totalidade da parte distal da vesicula optica secundaria. E' formada por cellulas semelhantes e dotadas da actividade secretoria, pois apresentam no seu protoplasma formações mitochondriaes caracteristicas, visiculas lipoides e vacuoles incolores. Segundo Mawas o producto da secreção destas cellulas é o humor aquoso.

Boucheron diz que a retina ciliar e o epithelio posterior da iris secretam o humor aquoso sendo que o epithelium *aquipare* secreta o referido humor ao passo que o epithelio *vitreipare* secreta a mucina do corpo vitreo. Boucheron diz ainda que o humor aquoso é secreção e não lymphá, porque gosa da propriedade de destruir os globos brancos, emulsionar as fibras crystalinianas e alterar profundamente os elementos cellulares da cornea.

Ranvier dizia que todos os elementos epitheliaes eram glandulas em superficie. Nicati e Mawas acceitaram plenamente as conclusões de Boucheron. Ma-

gitot pensa que o humor aquoso não é uma secreção, sim uma dialyse electiva. Entretanto, não deixa de estar de algum modo, de accordo com os auctores acima mencionados.

O professor Felix Larange acredita que, ao nivel do corpo ciliar, ás custas *dopars ciliaris retinae*, formem-se adenomas, epitheliomas intra-canaliculares e carcinomas alveolares.

Bonnefon estabeleceu que a tensão ocular physiologica não está ligada directamente ás variações do lençol sanguineo e que o factor principal da repleção ocular é a massa liquida que forma o meio interior do olho.

Essa massa liquida expulsa quando passa sobre o globo, se reproduz lentamente quando cessa a compressão, pelo funcionamento da glandula ciliar; basta uma compressão leve sobre o olho, um collapso, pará impedir a formação do humor aquoso, porque esta pressão impede a chegada do sangue venoso no corpo ciliar. Conclusões do Bonnefon: 1.º O humor aquoso é expellido lentamente pelo effeito mecanico duma cômpressão artificial; elle se escapa por vias naturaes que constituem a via de eliminação, normal do liquido. 2.º este humor aquoso é o producto da glandula do corpo ciliar. E como elle é secretado? O professor Felix Larange explica da seguinte maneira: O Systema nervoso apresenta com a glandula do humor aquoso as mesmas relações que com as outras glandulas, isto é, secreta quando seus vasos estão dilatados.

Sendo o sympathico o nervoso da secreção, sua excitação augmenta a tensão ocular e o abaixamento

desta se realiza somente quando se dá o esgotamento do nervo ou sua resecção.

A excitação do nervo (sympathico) eleva a tensão e dilata a pupilla; sua secção produz phenomenos antonimos. Estes effeitos não são de longa duração e é esta a razão unica porque a resecção *delle* (nervo) com o fim de curar o glaucoma, introduzido na clinica por Jonnesco, não tem sido conservada na pratica ophtalmologica.

Dastre e Morat falam da excitação do sympathico na região thoracica superior produzindo uma larga dilatação dos vasos, ao passo que a excitação ao niveo do ganglio cervical superior produz vaso-constricção.

Felix Larange admitte que o glaucomatoso é atingido por uma excitação vaso-dilatadora do sympathico partindo do centro dorsal deste nervo. E' assim que explica a vasodilatação e diz que a acção dos nervos secretores deve se estender para a glandula ciliar assim como para as outras glandulas.

Muitos physiologistas e Heidenhain, principalmente, mostraram que a paralyisia dos nervos motores suprimia a secreção mesmo quando a glandula estava no estado de vaso-dilatação e que, ao contrario a secreção podia continuar quando havia vaso-constricção. A excitação do sympathico faz funcionar os nervos secretores.

Donders fala duma nevrose secretoria.

O professor Felix Larange fala tambem da influencia das glandulas do organismo sobre o sympathico dizendo que ellas agem pelos hormõnios que lançam na circulação; cita a adrenalina que as capsulas suprarenaes secretam a qual excita o sympha-

thico, accelera as pulsações cardiacas, dilata a pupilla etc.

Langdon—Brown diz que ella age sobre o sympathico como uma corrente de ar sobre o fogo. As glandulas thyreoide e parathyreoides agem do mesmo modo.

Assim pensam elles que as glandulas endocrinas exercem uma funcção consideravel na sympathicotomia que é a base do temperamento do glaucomatoso o qual, segundo Lian, deve ser classificado entre os hyper-neurotonicos. No glaucoma a camara anterior é baixa e isto não prova que a secreção exagerada do humor aquoso não seja a causa do mal; o humor aquoso se espalha no corpo vitreo (Mawas, Magitot) ássim como na camara anterior. Donders diz, quo o systema nervoso exerce, clinicamente, grande funcção no despontar do glaucoma.

Knies fala da soldadura completa do angulo de filtração. Alguns auctores assignalam glaucomas sem soldadura; com effeito, no glaucoma simples, não ha, habitualmente, soldadura; ha pouca hypertensão, pouca hypersecreção (F. Larange) por isso é que Elschnig denominou-o de glaucoma compensado.

Panas e Rochon-Duvigneaud citam um caso de glaucoma por luxação do crystalino no qual não ha soldadura de Knies; a explicação disto está em que neste caso trata-se dum olho duro e não de um verdadeiro glaucoma, donde se conclue que a existencia destes glaucomas sem soldadura não são uma objecção á theoria de Knies. (F. Larange).

Todo glaucoma primitivo tem sua base na nevrose secretoria de Donders; o nervo sympathico e os nervos secretorios governando a glandula do hu-

mor aquoso intervêm produzindo-lhe a hypersecção; a excitação dos nervos secretorios pode ter por causa uma fadiga local da accomodação estafada, ou ser a consequencia duma emoção viva, duma angustia, dum estado nervoso congenito ou adquirido. (F. Larange) Quando o affluxo de liquido se produz em um olho joven, extensivel, cujas vias de excreção são muito permeaveis, a crise glaucomatosa é passageira; mas quando a crise se repete, sobretudo em pessôas idosas, cuja esclerotica não é mais flexivel, branda, o olho difficilmente se desembaraça do liquido que o perturba; apparecem lesões ao nivel do angulo de filtração e á hypersecção original e basal se associa a hypoeexcreção.

Hypersecção inflammatoria exudativa — Produz-se um augmento de secreção liquida pelos vasos da choroide inflammada; uma especie de choroidite serosa sem modificações ophtalmoscopicas apreciaveis.

Hypersecção activa nervosa — Sob a influencia dos nervos irritados sobrevem um augmento da secreção. Uma especie de nevrose secretoria pela irritação do sympathico.

Hypersecção passiva vascular — Um augmento da tensão sanguinea sobrevem nos vasos da choroide devido a uma perturbação circulatoria no dominio das veias vorticellares.

Retensão dos liquidos intraoculares — A) A retensão provém da soldadura da raiz da iris á esclerotica, isto é, da obliteração do angulo irido-corneano (Knies). B) A retensão resulta da intumescencia dos processos ciliares que repelle para diante a raiz da iris obliterando o angulo irido-corneano.

Dilatação vascular da choroide — A dilatação dos plexos da tunica vascular (choroide e corpo ciliar) é sufficiente para produzir, por si só, a hypertensão do globo. A Poulard explica este facto da seguinte maneira. Como o tractus uveal é formado quasi exclusivamente de arterias, de capillares e de veias pode ser a séde de dilatações activas ou passivas que modificam a tensão e o volume dos vasos; dahi sobrevir um augmento de volume da uvea que teria por consequencia um augmento da tensão do globo ocular.

Magitot pensa que a tunica vascular é o verdadeiro regulador da tensão do olho; um augmento da pressão vascular produz na uvea uma verdadeira “secreção” que arrastá a hypertensão do globo.

Ainda como theorias de retensão ha as que dizem respeito á pequenez do olho, á fraca profundidade da camara anterior, ao volume anormal dos processos ciliares e do crystalino.

Todas estas particularidades se encontram no olho hypermetrope que é o mais exposto ao glaucoma. Os processos ciliares volumosos desviam a iris para diante, para a cornea e estreitam o angulo de filtração irido-corneano. O crystalino volumoso (proporcionalmente ao olho hypermetrope que é pequeno) se approxima dos processos ciliares, diminue o espaço de filtração peri-crystaliniano por onde se faz a passagem dos liquidos que vão do vitreo á camara posterior. Estes estreitamentos de vias de passagens dos liquidos são mais perigosos quando sobreveem no olho hypermetrope cujas dimensões são já menores e cuja camara anterior é pouco profunda. Desta maneira procuram os ophtalmologistas, explicar a predisposição do olho hypermetrope ao glaucoma.

A dilatação pupillar pode também, em certas condições, provocar o aparecimento dum acesso de glaucoma. A iris quando se dilata se condensa, se espessa nas partes periphericas e estreitas da camara anterior, estreitando desta arte, a via de comunicação com o angulo de excreção irido-corneano.

Embora a camara anterior não seja muito pequena, a circulação se faz mal ou mesmo não se faz mais se a iris tomar contacto com a face posterior da cornea.

A. Poulard diz que nenhuma destas theorias é capaz de explicar o glaucoma.

Diz elle: “no fim de um certo tempo faz-se uma soldadura do angulo irido-corneano, a qual neste momento fornece uma expliação da hypertensão por retenção. Mas, eis ahi uma lesão secundaria, um factor novo de hypertensão; a primeira causa não está nesta soldadura inexistente no começo; o glaucoma existia antes da soldadura do angulo irido-corneano, e se desenvolveu sob uma influencia que fica ignorada.

“Sabe-se apenas que a hypertensão resulta do accumululo anormal de liquidos, no olho, sem se poder dizer se este accumululo é a causa duma secreção exagerada, duma excreção insufficiente ou de ambas simultaneamente.

“Talvez mesmo a circulação dos liquidos no interior do olho (secreção e excreção) não influa em certos glaucomas, pois alguns auctores pensam que os vasos da uvea podem por si sós, se dilatando, produzir uma hypertensão do olho. E' provavel que varios destes factores se associem uns aos outros para au-

gmentar o volume do conteúdo do olho e produzir a hipertensão do globo”.

Rochon-Duvignaud constatou uma obliteração dos capillares e das pequenas ramificações arteriaes da retina, provindo duma arterioesclerose generalizada. Esta obliteração augmentaria a pressão sanguínea nos grossos ramos da arteria central, provocando assim uma exudação exagerada dos liquidos intraoculares. Esta explicação convém a um certo numero de casos; mas não se pode explicar, por este mecanismo, todas as variedades do glaucoma primitivo. (A. Poulord).

Baillart, que fez pesquisas interessantes sobre as relações entre a tensão ocular e a pressão arterial local, pensa que o glaucoma poderia bem ser uma ruptura de equilibrio entre a tensão ocular e a pressão arterial. Vejamos o que elle diz:

“No estado normal, a pressão medida nos ramos da arteria central da retina, ao nivel de sua emergencia é de cerca de 35 millímetros para a diastolica e de 60 á 70 millímetros para a systolica, isto é, superior em seu minimo, de alguns millímetros somente, á tensão ocular. E' bem evidente que, se a pressão vascular não soffrer alteração, a tensão ocular se eleve, a circulação retiniana vae ser gravemente perturbada. Esta tensão ocular ultrapassa a pressão diastolica, e a circulação fica parada durante um instante da revolução cardiaca, tanto mais longo quanto a tensão ocular se approximar mais da pressão systolica arterial local e se considere uma porção da retina mais afastada da emergencia da arteria central. Se ella ultrapassar a pressão sys-

tolicá, a circulação intraocular ficará completamente parada.

“Realizando momentaneamente este augmento da tensão sobre um olho normal pela compressão do globo com o dedo, produz-se o obscurecimento do campo visual, depois seu estreitamento de dentro para fora, como no glaucoma, e enfim a cegueira total. A pressão ocular, tornada superior á pressão arterial provcou a parada da circulação, produzindo este estado que Donders descreveu sob o nome de “anestesia retiniana”.

“E’ certo que estes phenomenos lembram muito as prturbações visuaes do glaucoma e que esta explicação circulatoria é uma das mais sedutoras.

“A constatação do pulso retiniano expontaneo em certos casos de glaucoma agudo (para que isto succeda é preciso que os meios estejam transparentes) é uma prova desta ruptura de equilibrio entre a tensão ocular e a pressão arterial minima. No glaucoma chronico, com hypertensão media ou forte, o pulso arterial expontaneo é muito raro.

“E’ provavel que a pressão vascular fique superior á tensão ocular. Mas deve-se pensar que nos capillares, mesmo em certas arteriolas, a pressão é sempre mais baixa que nos grossos ramos da arteria central e que, por conseguinte, a pressão vascular pode ser ultrapossada deste nivel pela tensão ocular augmentada.

“Ha estados que clinicamente se prendem ao glaucoma e delle não se distinguem senão pela ausencia da hypertensão ocular; a atrophia optica com excavação é o typo delles.

“Nos caros limites do glaucoma, a ruptura do

equilíbrio entre a tensão ocular e a pressão vascular poderia portanto nos explicar o estreitamento do campo visual, a diminuição progressiva da acuidade visual, a perturbação da circulação do nervo optico, quer seja primitiva ou secundaria, conduzindo a excavação da papilla. Por um estudo systematico do estado funccional da circulação retiniana, poderemos sem duvida, dizer um dia se o glaucoma é ou não uma ruptura do equilibrio normal, entre a tensão ocular e a pressão arterial local”.

Relações entre o glaucoma e a pressão arterial geral — A tensão ocular parece pouco influenciada pela tensão arterial geral. Medida em pessoas arteriamente muito hypertensivas é, muitas vezes, encontrada absolutamente normal.

No glaucoma, esta medida comparativa da tensão intra-ocular e da tensão arterial foi o objecto de varios trabalhos. A. Terson e outros acharam-na muito elevada nos glaucomatosos subagudos e chronicos, e geralmente normal nos casos de glaucoma agudo.

Se, como já vimos, a hypertensão ocular pode ser largamente influenciada por um exagero da pressão sanguinea na rêde uveal, como se explicam estes glaucomas agudos sem hypertensão arterial, e como as hypertensões arterias geraes sem glaucoma? Encontramos ahi uma nova razão de sermos reservados sobre a theoria circulatoria do glaucoma e de pensarmos que intervinham, na genese desta affecção, outros phenomenos que não modificações da pressão vasculares.

Assim como é difficil precisar as condições intra-oculares d o glaucoma, tambem o é estabelecer as cau-

sas geraes que possam determinar seu apparecimento.

Parece que certas molestias geraes, particularmente as que dizem respeito aos vasos, possam exercer uma função na producção do glaucoma. Entre ellas está a syphilis, e ha glaucomatosos que melhoram sob a influencia do tratamento especifico."

Ha, entretanto, um facto de ordem clinica, que tem chamado a attenção de ophtalmologistas como Poulard. E' o seguinte: porque certos glaucomas primitivos se curam pela iridectomia enquanto outros reaparecem mal grado esta intervenção! Sem procurar explicações complicadas, diz Poulard, parece que isto seja talvez devido, simplesmente, a que o glaucoma primitivo agudo não seja sempre de duração indefinida. O glaucoma primitivo, como muitas molestias, é uma affecção momentanea, de duração variavel. Quando sobrevem o accesso de glaucoma, a hypertensão se produz e os processos ciliares volumosos repuxam a raiz da iris para a face posterior da cornea.

Se o accesso agudo e a hypertensão persistem, a raiz da iris contrae adherencias e o angulo irido-corneano se fecha. Quando este fechamento está effectuado, uma nova causa de hypertensão, — a obliteração duma via de excreção importante vem se associar á primeira causa do glaucoma. Este persiste, não melhora mais.

Entretanto, se uma iridectomia precoce (que comprehende uma abertura da camara anterior e uma resecção da iris), fizer baixar a tensão e restabelecer, pelo menos por uns tempos, a circulação ocular, a soldadura irido-corneana não tem tempo de

se produzir; durante este tempo, isto é, enquanto o effeito da operação persistir, o glaucoma pode ser curado.

A iridectomia não tem, talvez, senão uma acção passageira, mas dá resultados definitivamente bons nos glaucomas passageiros; ella se mostra insufficiente, ao contrario, nos glaucomas persistentes, que não foram curados durante o periodo de effi-
cacia descompressiva da iridectomia.

Hypo-excreção, suas causas e seu mecanismo — A' hypersecreção, que é a base de todo glaucoma primitivo, de todo glaucoma verdadeiro, vem se associar mais ou menos cedo, e muitas vezes nos primeiros tempos da evolução do mal, a hypo-excreção; comprouva disto temos a facilidade com que os fragmentos mais diversos se accumulam ao nivel do angulo de filtração, fragmentos que constituem o estado chamado *poéirento*; estes fragmentos não obliteram completamente o espaço de Fontana, mas constituem um obstaculo serio á sahida dos liquidos para o canal de Schlemm e para os espaços lymphaticos perilimbicos. Está demonstrado que depois de todas as crises, mesmo ligeiras, de glaucoma prodromico, estes fragmentos cahem em grande numero no corpo vitreo e são levados ao angulo de filtração pela torrente circulatoria; Koeppe diz ter visto estas poeiras no espaço de Fontana com o aparelho de iluminação lateral de Gullstrand.

Este auctor pensa mesmo que se trate, para o glaucoma, dum meio de diagnostico muito precoce, permittindo descobrir o processo glaucomatoso antes do apparecimento dos signaes subjectivos do começo; perturbações visuaes, circulos irisados etc., etc.

Muitas experiencias foram feitas com o fim de mostrar a existencia destas poeiras e o mecanismo re sua migração. Ao estado poeirento succede o 2.º gráu da soldadura de Knies e, em fim, o 3.º gráu que é o apagamento completo do espaço de Fontana.

A excreção fica abolida ao nivel do angulo de filtração e a hypertensão glaucomatosa augmenta em grandes porporções.

Quando a soldadura de Knies está completa, a excreção dos liquidos intra-oculares pode não ficar parada senão imperfeitamente, porque as vias de excreção accessorias, as dos estojos dos *vasa vorticosa* e a da bainha vaginal do nervo optico podem, numa certa medida, vir auxiliar o olho glaucomatoso; nas pessoas ainda ralativamente jovens, a esclerotica pode tambem se distender levemente, e a hypertensão ficará diminuida, principalmente, se a marcha do glaucoma, para a cegueira, não for de modo apreciavel.

Diz Feliz Larange que a relação estreita existente entre a soldadura de Knies completa e o tono elevado é uma objecção insuperavel ao pensar de certos auctores que acreditam que o liquido intra-ocular, levado pelos capillares arteriaes, é tomado pelos capillares venosos; se assim fosse ver-se-hia, algumas vezes, em pessôas idosas, cujo espaço de Fontana está fechado, uma tensão normal; ora, em clinica isto não acontece. Todas as pessôas que teem esclerotica rigida, tendo passado já os 50 annos, portadores duma soldadura de Knies, tendo um tono elevado, são glaucomatosas nas quaes a soldadura de Knies, causa essencial da hypo-excreção foi precedida por crises de hypersecreção.

PERTURBAÇÕES TROPICAS — Segundo Felix Larange, as perturbações trophicas actuando sobre os vasos e os nervos do olho veem corroborar tambem na scena morbida e trazer, numa medida variavel, e muitas vezes moderada, desordens novas as desordens da hypertensão, consequencia propria da hypersecreção e da hypoexcreção.

Estas perturbações trophicas exercem uma grande função na producção da excavação e vamos expôr um grande numero das provas de que fala o referido auctor.

a) As excavações mais pronunciadas pertencem quasi sempre á doentes attingidos de glaucoma chronico com hypertensão moderada, ao passo que em muitos olhos duros, no proprio glaucoma agudo que está no periodo dos primeiros accessos, não se necontra nenhuma excavação papillar.

b) Ha papillas que se excavam, enquanto o olho mantem sua tensão normal (excavação senil da papilla); nestes casos a excavação é certamente a consequencia da degenerescencia do nervo e, provavelmente fosse feito o exame de semelhantes papillas encontrar-se-hiam lacunas de Schnabel.

c) O olho submettido a uma forte pressão se rompe ao nivel de seu segmento anterior, na região intercalar, algumas vezes no equador; nunca cede ao nivel da entrada do nervo optico, pois a região papillar é particularmente solida e resistente. Felix Larange fala das experiencias que fez em coelhos; injectando com força, agua distillada no olho do coelho viu romper-se a esclerotica ao nivel do equador.

Terrien fez experiencias em olhos de cadaveres

de pessoas idosas e viu produzir-se a ruptura na região intercalar.

Esta região é o ponto fraco da esclerótica, e se a hipertensão fosse a causa única dos phenomenos glaucomatosos era ahí que seus effeitos mecanicos se faziam sentir primeiro.

Portanto, a papilla se excava por duas razões; porque está comprimida e doente, sendo que o factor compressão se une ao factor degenerescencia dum modo variavel, segundo os casos.

A compressão e a lesão nervosa explicam muito bem a localização dos scotomas internos (campo visual nasal) e dos scotomas paracentraes.

Sobre a forma conica da excavação, a maneira como ella se desenvolve por degenerescencia nervosa peri-vascular, a formação das lacunas, todas estas desordens nervosas occupam um grande lugar na pathogenia, e na nosologia dos symptomas do verdadeiro glaucoma.

O professor Feliz Larange diz não lhe parecer obscura a pathogenia das perturbações visuaes no glaucoma ou mesmo a pathogenia do proprio glaucoma, e acrescenta: "quando me apparece qualquer glaucomatoso com documentos preciosos sobre seu systema nervoso, o estado de seus rins, de seu figado, de seu apparelho circulatorio, comprehendendo o sangue, não hesito em affirmar que sempre darei uma explicação clara dos accidentes que elle apresenta; Evidentemnte, muitos typos diversos poderão assim me ser submettidos; haverá uma grande variedade nos detalhes de cada caso, mas nenhum delles será obscuro. E' mistér não confundir complexidade com

obscuridade; o mecanismo que preside á circulação do sangue é complexo; não obscuro.

“Não ha senão admittir a função dos vaso-motores na exosmose e na secreção glandular, e esta função é evidente. Aqui admitto, sob a influencia duma excitação do sympathico, deste sympathico que purpureia nossa face quando nos encolerizamos, ser facil comprehender que, liquidos intraoculares, em grande abundancia, se espalham no olho; se este fôr flexivel, se tiver o angulo de filtração bem livre, o liquido em excesso desaparece e com elle a hypertensão mas se essa hypertensão se reproduzir um certo numero de vezes, a abetrura do angulo de filtração se obstrue em parte e a excreção se faz mal; cedo a hypoexcreção se associa á hypersecreção.”

Se o paciente fôr velho, tendo portanto a esclerótica rigida, muito esclerosada, se o angulo de filtração estiver fatigado pela idade e os longos serviços que tenha prestado, se estiver cheio de poeiras, globulos extravasados, epithelio ou endothelio descamados, basta um pequeno derramamento de liquido intraocular para que a hypertensão seja sensivel.

As lesões do nervo optico explicam o que se passa no campo visual e na sensibilidade retiniana dos glaucomatosos. Róder e Bonnefon falam da atrophia do musculo ciliar e Mooren admitte que a hypersecreção está ligada á uma neuralgia do trigemio, opinião approvada por von Hippel, Grunhağen e Sulzer que acreditam que a nervose secretoria de Donders pode depender só do trigemio.

Wegner fala duma função particular dos filetes sympathicos vaso-motores do olho.

Para Stellwag von Carion e Arlt, a secreção seria passiva e devida a um embaraço da circulação venosa do olho, pois a ligadura das veias produz, com effeito, phenomenos glaucomatosos.

Weber e Priestley-Smith explicaram como Knies, o glaucoma, pela hypoexcreção; Priestley-Smith insistiu particularmente, sobre o estreitamento do espaço perilenticular por um crystallino muito volumoso. Stilling mostrou a função da retenção posterior provocanda a hypertensão pela ligadura do nervo optico e Laqueur pensa que o obstaculo primitivo reside nas vias de filtração que se encontram neste nivel.

Ulrich crê ser o glaucoma dividido a uma retenção retro-iriana do humor aquoso que não pode mais passar atravez da raiz da iris.

Fuks fala das obliterações vasculares chorodianas arrastando, do lado do corpo ciliar, vasos dilatações compensadoras.

Landesberg, Panas e Rochon-Duvigneaud dizem que as alterações dos vasos retinianos exercem uma grande função.

Schoen diz que os esforços da accommodação irritam a região ciliar e provocam a secreção.

Cusco acredita num encolhimento dos diametros do globo, e Coccius descreveu uma degenerescencia especial da esclerotica.

Infeções nasales e paranasales — O Dr. Eduardo de Moraes, egregio professor de Oto Rhino Laryngologia da Faculdade de Medicina da Bahia, que tambem tem estudado o glaucoma, foi quem primeiro observou

entre nós que as infecções nasaes e para-nasaes originam a referida afecção.

Com effeito, nos glaucomatosos que fazem parte das nossas observações tivemos o cuidado de praticar a diaphanosopia das referidas cavidades, encontrando-as doentes, senão em todos, pelo menos num grande numero de casos.





CAPITULO III

Influencia do glaucoma sob o ponto de vista das raças. Sua frequencia na raça negra, na Bahia

As influencias de raça parecem-nos muito evidentes.

As raças slavas, segundo as estatisticas de Bourvetsch, são pouco inclinadas ao glaucoma e a raça anglo-saxonia um pouco mais que a latina.

Quanto á raça preta, Burnett considera-a muito predisposta ao glaucoma, principalmente sob a forma chronica simples. Esta predisposição é tão manifesta nos individuos desta raça que elles já apresentam, ordinariamente, mesmo no estado physiologico, a tensão um pouco acima da normal nas outras raças.

O Dr. Moura Brazil procurou explicar este facto pensando serem duas as causas concorrentes para provocar o augmento da tensão nos individuos da raça preta: — 1.º, a forte pigmentação do fundo do

olho, exigindo maior quantidade de raios luminosos para que se produza uma imagem visual nitida, dá lugar á maior dilatação das pupillas, o que acarreta, pelo espessamento da iris em sua base, o embaraço da filtração dos liquidos (excreção) no angulo da camera anterior, observando-se mesmo, em alguns casos, verdadeiras adherencias entre a base da iris e a cornea, ao nivel do referido angulo; 2.º a *diminuição da elasticidade da esclerotica nos pretos começa cedo*, de sorte que é commum encontrar-se nelles o glaucoma dos 20 aos 30 annos e é bem provavel que a filtração atravez das vias posteriores de excreção seja embaraçada tambem por esta causa.

De Wecker acha que o anel esclerotical é de grande importancia para a excreção posterior, e como sabemos é bem raro observar-se este anel nos individuos de raça preta.

Alt tambem havia notado a maior frequencia do glaucoma nos individuos de olhos fortemente pigmentados e sua pouca frequencia nos albinos.

Das nossas observações concluímos que o glaucoma chronico simples é mais frequente nos pretos e compulsando, cuidadosamente, o registro do serviço de ophthalmologia do Hospital Santa Izabel da Bahia desde 1885 (só encontramos livros desta data para cá) até 1927, (excluindo as nossas observações que datam de 1928 a 1929) tivemos uma prova eloquente do que acabamos de affirmar.

Num total de 330 casos de glaucoma eram:

Branços	50
Pretos	190
Mestiços	90

Num total de 229 casos de glaucoma chronico simples eram:

Branços	13
Pretos	155
Mestiços	61

Num total de 101 casos de glaucoma agudo e sub-agudo eram:

Branços	69
Pretos	10
Mestiços	22

Os pretos e mestiços são pouco attingidos pelo glaucoma agudo e sub-agudo e muito pelo chronico simples.

Quanto ao sexo a proporção foi mais ou menos aquivalente aos dois:

Glaucoma chronico simples

Mulheres	141
Homens	88

Glaucoma agudo e sub-agudo

Mulheres	45
Homens	56

Se bem que o glaucoma possa apparecer as vezes entre 30 e 40 annos, é todavia mais proprio da idade de declínio e da velhice, é doença dos 50 annos, pois é nesta idade que começam estas alterações anatomicas proprias, as perturbações de degeneração,

as intoxicações mais faceis, as alterações vasculares, o afrouxamento de freio vasomotor.

A estatística do serviço de Ophtalmologia do Hospital Santa Izabel, tomada de 1885 até Dezembro de 1927, é a seguinte:

Glaucoma chronico simples

De 20 a 30 annos de idade	4
De 30 a 40 " " "	8
De 40 a 50 " " "	50
* De 50 a 60 " " "	89
De 60 a 70 " " "	58
De 70 a 80 " " "	15
De 80 a 90 " " "	5

Glaucoma agudo e sub-agudo

De 20 a 30 annos de idade	2
De 30 a 40 " " "	6
De 40 a 50 " " "	22
De 50 a 60 " " "	42
De 60 a 70 " " "	16
De 70 a 80 " " "	11
De 80 a 90 " " "	2

As nossas observações datam de Janeiro de 1928 até Agosto de 1929. Vejamol-as:

Num total de 67 casos de glaucoma eram:

Branços	7
Pretos	40
Mestiços	18

Num total de 57 casos de glaucoma chronico simples eram:

Branços	3
Pretos	37
Mestiços	17
Num total de 7 casos de glaucoma agudo eram:	
Branços	5
Pretos	1
Mestiços	1

Quanto á idade verificamos os seguintes dados:

Glaucoma chronico simples

De 20 a 30 annos de idade	2
De 30 a 40 " " "	4
De 40 a 50 " " "	6
De 50 a 60 " " "	25
De 60 a 70 " " "	11
De 70 a 80 " " "	5
De 80 a 90 " " "	4

Glaucoma agudo

De 20 a 30 annos de idade	2
De 30 a 40 " " "	
De 40 a 50 " " "	
De 50 a 60 " " "	5
De 60 a 70 " " "	
De 70 a 80 " " "	
De 80 a 90 " " "	

Hydrophthalmia

(1 de 3 annos, 1 de 21 dias e 1 de 8 mezes) 2 pretos e 1 branco.

Quanto ao sexo a proporção foi mais ou menos equivalente aos dois.

Glaucoma chronico simples

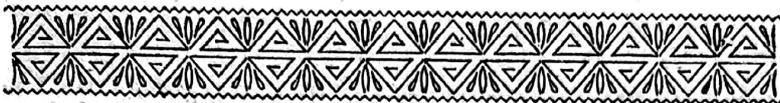
Homens	27
Mulheres	80

Glaucoma agudo e sub-agudo

Homens	5
Mulheres	2

De Graeffe, Wecker e outros apresentam estatísticas semelhante as nossas; as de Laquer, Donders, Arlt são de resultados oppostos.





OBSERVAÇÕES PESSOAES

1 — M. M. da H., preta, domestica, viuva 50
anos de idade, bahiana e residente nesta capital.

Antecedentes pessoaes — Teve sarampo e ca-
tapora.

E' rheumatica e soffre, desde alguns annos, de
prisão de ventre. Ha um annos vem sentindo per-
turbações visuaes.

Campo visual OE = Limite sup. 40.^o
" inf. 25.^o
" temp. 55.^o
" nasal 30.^o

VOD = 0 — VOE = 0,6.

Tensão intraocular OD = 36 mmHg.
OE = 29 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 16 cms. Mn. . 8 cms.

Dores no globo ocular, cephalalgia e insomnia.

Dentes estragados.

Diaphanoscopia — sinusite maxillar dupla.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

2 — J. T. de O., preto, solteiro, 23 annos de idade, bahiano, carpinteiro e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, catarata e contrahi a infecção syphilitica aos 24 annos.

E' rheumatico, constipado chronico e teve irite no olho direito.

C. visual OD = Limite sup. 45.° OE .. 55.°
" inf. 25.° 50.°
" temp. 50.° 60.°
" nasal 30.° 35.°

VOD = 0,3 — VOE = 0,6.

Tensão intraocular OD = 30 mmHg.

OE = 29 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. — Mn = 9 cms.

Ha 2 annos a visão vem enfraquecendo.

Cephalagia e raramente dôres, pouco intensas, no globo ocular.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

3 — A. F., preto, casado, bahiano, com 56 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, catarata, variola e rheumatismo. E' constipado chronico e aos 26 annos contrahi a infecção syphilitica. Todos os dentes cariados.

Campo visual OE = Limite sup. 40.°
" inf. 25.°
" temp. 55.°
" nasal 30.°

VOD = 0 — VOE = 0,6

Tensão arterial — Mx = 13 cms. — Mn = 9 cms.

Tensão intraocular OD = 35 mmHg.

OE = 30 mmHg.

Ha 3 annos que começou a notar enfraquecimento da visão do olho direito.

Esta perturbação visual sempre foi desacompanhada de dores e em fins do anno passado a visão estava completamente extincta desse lado.

Nessa epocha os mesmos symptomas se manifestaram no olho esquerdo, e isto levou este doente a procurar allivio no H. S. Isabel, onde tivemos occasião de examinar.

Diaphanoscopia — Sinusite maxillar unilateral.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

4 — M. C. S., prêto, solteiro, roceiro, bahiano e residente no interior deste Estado, 50 annos de edade.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo, catapora,, rheumatismo e gonorrhéa.

C, visual OD = Limite sup.	45.°	OE =	50.°
"	inf. 25.°		50.°
"	temp. 50.°		65.°
"	nasal 30.°		35.°

VOD = 0,4 — VOE = 0.6

Tensão ocular OD = 36 mmHg.

OE = 28 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 7 cms.

Cephaléa e insonia.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

5 — V. A. S., mestiço, solteiro, bahiano, 55 annos de edade.

Ha alguns annos vinha notando que a sua visão estava enfraquecendo.

Sentia dôres no globo ocular, cephaléa e tonturas.

Antecedentes hereditarios — Pae aleijado e mãe quasi cega.

Antecedentes pessoas — Aos 30 annos contrahiu a infecção syphilitica e sempre foi rheumatico. Pessimos dentes.

VOD = 0 (amaurose glaucomatosa) VOE = 0,6

Tensão em ambos os olhos, quasi normal (?)

Tensão arterial — Mx = 17 cms. Mn = 9 cms.

C. visual OE = Limite sup. 55.º

” inf. 50.º

” temp. 65.º

” nasal 35.º

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

6 — B. J. A., prêto, bahiano, casado, 43 annos sargento da força publica.

Antecedentes pessoas — Variola, sarampo, catapora, syphilis e rheumatismo. E' constipado chronico.

VOD = 0 — VOE = 0

Tensão intraocular OD = 29 mmHg.

OE = 30 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 9 cms.

Ha 5 annos vinha notando a visão diminuindo.

Talvez, por circumstancias alheias á sua vontade só procurou o Hospital Santa Isabel quando já nada podiamos fazer em seu beneficio.

Diaphanoscopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

7 — R. M. de J., mestiça, sergipana, 77 annos de idade, solteira e residente em Sergipe.

Antecedentes pessoas — Variola, catapora, sarampo e rheumatismo. Tem constipação chronica. Não tem dentes.

VOD = 0,3 — VOE = 0,3

Tensão intraocular OD = 31 mmHg.
OE = 31 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 9 cms.

A pupilla em mydriase, cornea sem transparência, dôres oculares.

Diaphanoscopia — Sinusite maxillar uni-lateral.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

8 — A. M., mestiço bahiano, viuvo, 50 annos de idade, carpinteiro, residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, catapora e syphilis. Dentes estragados.

C. visual = OE Limite sup. 50.

” inf. 40.º

” temp. 65.º

” nasal 35.º

VOD = (Atrophia do glôbo) VOE = 0,6.

Tensão intraocular OD = 32 mmHs. depois de ter usado o collyrio de nitrato de pilocarpina a 2 % durante 25 dias.

Tensão arterial — Mx = 17 cms. Mn = 9 cms.
Cephalalgia.

Diaphanoscopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma inflammatorio agudo.

9 — J. B., branco, casado, bahiano, 51 annos de idade, roceiro e residente no interior do Estado.

Antecedentes hereditarios — Pae morreu cego.

Antecedentes pssoaes — Teve variola, sarampo, catapora e syphilis; tem prisão de ventre e é rheumatico. Tem 8 dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 50.° OE = 55.°
" inf. 50.° 50.°
" temp. 60.° 60.°
" nasal 35.° 35.°

VOD = 0,6 — VOE = 0,6

Tensão intraocular OD = 32 mmHg.
OE = 31 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 9 cms.
Obnutlações, dores oculares e insonia.
Diaphanosopia — Negativa.
Diagnostico — Glaucoma inflammatorio agudo.

10 — J. P., mestiça, solteira, domestica, bahiana, 52 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo. Tem 6 dentes cariados.

Visão em ambos os olhos quasi normal.

C. visual OD = Limite sup. 55.° OE = 50.°
" inf. 50.° 50.°
" temp. 70.° 65.°
" nasal 40. 45.°

Tensão intraocular OD = 29 mmHg
OE = 28 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 9 cms.
Dores oculares, ás vezes, e cephalalgia. Ha 2 annos que vem sentindo a visão enfraquecida.

Diaphanosopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

11 — I. C., preto, bahiano, solteiro, operario, 28 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo, catapora, syphilis e rheumatismo. Dentes bons.

C. visual OD = Limite sup. 55.° OE = 50.°
" inf. 50.° 50.°
" temp. 60.° 60.°
" nasal 35.° 35.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 28 mmHg.
OE = 29 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 16 cms. Mn = 11 cms.

Ha 2 annos vem notando a visão diminuir, porém, somente agora, é que começou a sentir dores oculares e cefalalgia, principalmente á noite.

Diaphanosopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

12 — C. L. dos S., prêto, casado, bahiano, roceiro, 65 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo e é rheumatico. Dentes estragados.

VOD = 0 — VOE = 0

Tensão intraocular OD = 36 mmHg.
OE = 36 mmHg.

Ha 2 annos notou que a visão vinha enfraquecendo. Sentia dores oculares e cefalalgia.

Diaphanosopia — Sinusite maxillar dupla.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples, complicado de cataracta semi-bilateral.

13 — R. J. B., mestiço, solteiro, bahiano, 59 annos de idade, roceiro e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo, catapora e syphilis. E' rheumatico e sofre de prisão de ventre. Dentes estragados.

C. visual OD = (Limite sup. 50.º OE = 50.º
" inf. 50.º 45.º
" temp 60.º 50.º
" nasal 25.º 20.º

VOD = 0,6 — VOE = 0,4

Tensão intraocular OD = 32 mmHg.

OE = 31 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 15 cms. Mn = 11cms.

Ha 2 annos começou a enfraquecer, porem, somente agora é que tem sentido dores oculares e cephalalgia.

Diaphanoscopia — Sinusite frontal uni-lateral.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

14 — M. L. dos S., solteiro, bahiano roceiro, 59 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, catapora, syphilis e gonorrhéa. E' rheumatico e soffre muito de prisão de ventre. Dentes estragados.

C. visual OD = Limite sup. 55.º OE = 55.º
" inf. 50.º 50.º
" temp. 65.º 60.º
" nasal 35.º 36.º

VOD = 0,6 — VOE = 0,6

Tensão intraocular OD = 36 mmHg.

OE = 36 mmHg.

Tensão arterial Mx = 14 cms. Mn = 6 cms.

Dores no globo ocular direito, circulos irizados, cephalalgia e vomitos.

Diaphanoscopia — Sinusite maxillar uni-lateral.

Diagnostico — Glaucoma inflammatorio agudo.

15 — A. J. de S., mestiça, viuva, 57 annos de idade, domestica, bahiana e residente nesta capital.

Antecedentes pessoas — Teve sarampo, catarata. Dentes cariados. E' rheumatica e tem prisão de ventre.

C. visual OD = Limite sup. 60.º OE = 60.º
" inf. 60.º 60.º
" temp. 70.º 70.º
" nasal 40.º 40.º

VOD = 0,7 — VOE = 0,7

Tensão intraocular OD = 33 mmHg.

OE = 32 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms Mn = 6 cms.

Diaphanoscopia — Sinusite maxillar uni-lateral.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

16 — M. J. M., mestiço, casado, bahiano, 62 anos de idade, funcionario publico e residente nesta capital.

Antecedentes pessoas — Teve sarampo, catarata, e syphilis. E' rheumatico e constipado chronico. Não tem dentes.

C. visual OD = Limite sup. 50.º OE = 50.º
" inf. 50.º 50.º
" temp. 60.º 60.º
" nasal 30.º 25.º

VOD = 0,5 — VOE = 0,4

Tensão intraocular OD = 36 mmHg.

OE = 32 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 6 cms.

Ha alguns annos que começou a diminuir sua visão, e sente, de quando em quando dores oculares ás vezes intensas. Tem cephalalgia.

Diaphanoscopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

17 — O. J. da S., preto, casado, bahiano, 52 annos de idade, roceiro e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo, catapora e syphilis. Sempre soffreu de rheumatismo. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 50.^o
" inf. 40.^o
" temp. 65.^o
" nasal 30.^o

VOD = 0 (cataracta glaucomatosa) VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 35 mmHg.

OE = 30 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 7,5 cms.

O olho esquerdo já foi operado de iridectomia pelo professor Cesario de Andrade, ha alguns mezes. No livro de registro de 1928 estava o seu diagnostico de glaucoma chronico simples.

18 — C. A. do B., preta, solteira, doceira, bahiana, 85 annos de idade, residente nesta capital.

Antecedentes hereditarios — Mãe era céga.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, catapora, variola. E' rheumatica. Não tem dentes.

VOD = 0 — VOE = 0.

Tensão intraocular OD = 46 mmHg.

OE = 33 mmHg.

Ha 3 annos notou que a vsião enfraquecia, e sentia dores no globo ocular e cephalalgia. Fundo do olho completamente invisivel devido a opacificação do crystalino.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples complicado de cataracta nenil bi-lateral.

Diaphanoscopia — Negativa.

19 — A. B., preto, viuvo, bahiano, roceiro, 79
anos de idade, residente no interior do Estado.

Antecedentes hereditarios — Pae cégo.

Antecedentes pessoases — Teve variola, catapora
e contrahiu a infecção syphilitica 3 vezes quando
mais moço. Só tem 9 dentes.

VOD = 0 — VOE = 0

Tensão intraocular OD = 35 mmHg.

OE = 40 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 15 cms Mn = 9 mmHg.

Tem percepção luminosa. Crystalino completa-
mente opacificado.

Diagnosticó — Glaucoma chronico simples, com-
plicado de cataracta senil bi-lateral.

20 — J. V., mestiça, bahiana, solteira, domes-
tica, 65 anos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes hereditarios — Pae era cégo.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo
e catapora. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 45.° OE = 40.°

" inf. 50.° 40.°

" temp. 60.° 45.°

" nasal 30.° 20.°

Tensão intraocular OD = 45 mmHg.

OE = 35 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 19 cms. Mn = 10 cms.

VOD = 0,5. — VOE = 0,3

A visão começou a diminuir em novembro de
1927.

E' rheumatico e soffre de prisão de ventre.

Diaphanoscopia — Negativa.

Diagnosticó — Glaucoma chronico simples.

21 — M. dos S., preto, bahiano, solteiro, oleiro, 56 anos de idade e residente no interior do Estado. Reacção de Wassermann francamente positiva.

Apresenta grande ulcera na perna esquerda. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 55.º OE = 55.º
" inf. 55.º 50.º
VOD = 0,6 " temp. 65.º 60.º
VOE = 0,5 " nasal 30.º 25.º

Tensão intraocular OD = 33 mmHg.
OE = 30 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 6 cms.

Ha 2 annos a visão vem enfraquecendo.

Diaphanosopia — Sinusite frontal uni-lateral.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

22 A. de S. L., mestiça, viuva, domestica, bahiana, 60 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo e catapora. E' rheumatica e constipada chronica. Só tem 15 dentes.

C. visual OE = Limite sup. 50.º
" inf. 40.º
" temp. 65.º
" nasal 30.º

VOD = (atrophia do globo) VOE = 0,5

Tensão intraocular OE = 30 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 6 cms.

Dores oculares, insonia e cephalalgia.

Ha 3 annos que a visão vinha enfraquecendo.

Diaphanosopia — Sinusite maxillar uni-lateral.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

23 — F. M. S., mestiça, bahiana, casada, 59 anos de idade, domestica e residente nesta capital. Antecedentes pessoas — Impaludismo, sarampo, variola e catapora. E' muito rheumatica. Dentes estragados.

C. visual OD = Limite sup. 55.° OE = 50.°
" inf. 50.° z 50.°
" temp. 60.° 60.°
" nasal 40.° 40.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 29 mmHg.
OE = 30 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 6 cms.

A visão vem diminuindo ha alguns mezes.

Diaphanosopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

24 — M. B. C., preta, solteira, bahiana, domestica, 55 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pssoaes — Teve variola, sarampo, catapora e hydropisia. E' rheumatica e constipada chronica. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 50.° OE = 50.°
" inf. 55.° 45.°
temp. 65.° 50.°
" nasal 40.° 20.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 28 mmHg.
OE = 35 mmHg.

Tensão arterial Mx = 14 cms. Mn = 7 cms.

Dores oculares, nevoeiro, cephalalgia e insomnia

Ha 16 mezes que tem notado taes phenomenos.

Diaphanosopia — Sinusite maxillar uni-lateral.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

25 — J. G., mestiço, bahiano, viuvo, roceiro, 65
anos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes hereditarios — Pae ficou cego aos
55 annos.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, cata-
pora e contrahiu a infecção syphilitica aos 30 annos.

Não tem dentes. E' rheumatico e constipação
chronico.

C. visual OD = Limite sup. 55.° OE = 60.°
" temp. 45.° 70.°
" inf. 60.° 80.°
" nasal 35.° 50.°

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 6 cms.

Dores no globo ocular direito, chepalalgia e in-
sonnia.

Z

Hamuitos mezes que a visão enfraquecia desa-
companhada, entretanto, destes symptomas ora pre-
sntes.

Diaphanoscopia — Sinusite maxillar dupla.

Diagnosticos — Glaucoma chronico simples.

26 — J. A., preto, bahiano, casado, 66 annos de
idade, esculptor e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, variola,
catapora e gonorrhéa. E' rheumatico. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 55.° OE = 50.°
" inf. 60.° 55.°
" temp. 65.° 65.°
" nasal 50.° 40.°

VOD = 0,6 — VOE = 0,6

Tensão intraocular OD = 30 mmHg.

OE = 31 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 6 cms.

Dores oculares e cefalalgia; desde alguns meses, a visão vem enfraquecendo.

Diaphanoscopia — Sinusite maxillar uni-lateral.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

Diaphanoscopia — Sinusite maxillar uni-lateral.

27 — M. de L., preta, bahiana, 21 dias de nascida, paes aparentemente sãos.

Aprseenta-se á consulta no Hospital Santa Iza-
bel levada por sua mãe que nos informa ter a criança
nascido com os olhos grandes.

Diagnostico — Hydrophthalmia.

28 — V. P., preto, paraense, solteiro, maritimo,
65 annos de idade.

Antecedentes pessoaes — Teve sarampo e contra-
hiu a infecção syphilitica aos 28 annos de idade.

Tem rheumatismo e prisão de ventre. Ha um
anno vem notando a visão enfraquecer. Dentes cari-
ados.

C. visual OD = Limite sup.	55.°	OE =	50.°
"	inf. 40.°		40.°
"	temp. 55.°		55.°
"	nasal 30.°		30.°

VOD = 0,3 — VOE = 0,3

Tensão intraocular OD = 30 mmHg.

OE = 35 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms Mn = 6 cms.

Ha 3 annos sente dores oculares e cefalalgia;
ha 2 annos a visão vem enfraquecendo.

Diaphanoscopia — Seios maxillares e frontaes
transparentes.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

29 — H. T., preto, bahiano, roceiro, solteiro, 51 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo e catapora. E' rheumatico. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup.	55.°	OE =	55.°
"	inf. 55.°		50.°
"	temp. 60.°		60.°
"	nasal 35		35.°

VOD = 0,5 — VOF = 0,5

Tensão intraocular OD 30 mmHg.

OE = 32 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 6cms.

Ha 10 mezes que a visão vem diminuindo, porém, sómente agora é que começou a sentir dores oculares, insomnia e cephalalgia.

Diagnosticco — Glaucoma chronico simples.

30 — J. M. da S., preto, bahiano, solteiro, carpina, 52 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve catapora, syphilis e gonorrhéa.

Ha 10 mezes começou a notar a visão enfraquecer.

C. visual OD = Limite sup.	55.°	OE =	55.°
"	inf. 50.°		50.°
"	temp. 56.°		65.°
"	nasal 35.°		35.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 35 mmHg.

OE = 33 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 9 cms.

Dores oculares e cephalalgia. Ha 6 mezes notou a visão enfraquecer.

Diaphanoscopia — Seios frontaes e maxillares transparentes.

Diagnostic — Glaucoma chronico simples.

31 — L. B. de B., mestiço, solteiro, bahiano, pedreiro, 52 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, catapora e syphilis.

Ha 3 annos a visão começou a diminuir.

C. visual OD = Limite sup.	40.°	OE =	30.°
"	inf. 50.°		40.°
"	temp. 70.°		60.°
"	nasal 40.°		50.°

Tensão intraocular OD = 29 mmHg.

OE = 39 mmHg.

Tensão arterial Mx = 13 cms. Mn = 6 cms.

Diagnostic — Glaucoma chronico simples.

32 — E. M., branco, solteiro, bahiano, funcionario publico, 57 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases.— Teve catapora, variola e cystite.

C. visual OD = Limite sup.	35.°	OE =	45.°
"	inf. 30.°		45.°
"	temp. 50.°		45.°
"	nasal 35.°		35.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 35 mmHg.

OE = 40 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 9 cms.

Dores oculares, circulos irisados e caphalalgia.

Diagnostic — Glaucoma inflammatorio agudo.

33 — A. F., preto, casado, bahiano, caldeireiro, 56 anos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoais — Teve variola,, catapora, sarampo, gonorrhéa e syphilis.

C. visual OD	= Limite sup.	55.°	OE =	60.°
	"	inf.	40.°	55.°
	"	temp.	60.°	60.°
	"	nasal	35.°	35.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 32 mmHg.
OE = 31 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 11 cms. Mn = 6 cms.

Há 2 anos vem notando a visão enfraquecer. Dores oculares e cefalalgia.

Diaphanoscopia — Seios maxillares e frontaes transparentes.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

36 — C. M., mestiço, bahiano, casado, marceneiro, 56 anos de idade, e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoais — Teve sarampo, catapora, syphilis e gonorrhéa. E' rheumatico. Dentes cariados.

C. visual OD	= Limite sup.	55.°	OE =	50.°
	"	inf.	50.°	55.°
	"	temp.	60.°	60.°
	"	nasal	30.°	30.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,6

Tensão intraocular OD = 33 mmHg.
OE = 35 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 15 cms. Mn = 9 cms.

A tensão intraocular neste doente foi tomada depois de ter elle usado o collyrio de nitrato de pilocarpina a 2 % durante 15 dias.

Ha 11 mezes vem sentindo a visão enfraquecer. Tem dores oculares, sephalalgia e insomnia.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

35 — E. N., mestiça, casada, bahiana, domestica, 35 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve catapora, varicella, sarampo e syphilis.

E' rheumatica e soffre de prisão de ventre.

C. visual OD = Limite sup.	55.°	OE =	60.°
"	inf. 50.°		55.°
"	temp. 65.°		70.°
"	nasal 35.°		40.°

VOD = 0,6 — VOE = 0,6

Tensão intraocular OD = 30 mmHg.

OE = 29 mmHg.

Ha 8 mezes sente dores oculares com periodos de acalmia. Tem caphalalgia.

Diaphanoscopia — Seios maxillares escuros.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

36 — F. de F., mestiço, solteiro, bahiano, 50 annos de idade, era pedreiro, residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo e syphilis. Dentes cariados.

VOD = 0 — VOE = 0

Percepção luminosa.

Tensão intraocular OD = 39 mmHg.

OE = 39 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 15 cms. Mn = 9 cms.

Ha 5 annos começou a notar a visão enfraquecer em ambos os olhos.

Tem dores oculares e caphalalgia.

Diaphanosopia — Seios maxillares, lado direito, escuro.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples complicado de cataracta senil-bilateral.

37 — G. B. de S., preto, casado, bahiano, lavrador, 42 annos de idade, e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo, catapora e syphilis. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup.	55.°	OE =	50.°
"	inf. 60.°		55.°
"	temp. 65.°		60.°
"	nasal 35.°		35.°

VOD = 0,6 — VOE = 0,6

Tensão intraocular OD = 32 mmHg.

OE = 35 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 9cms.

Ha 2 annos começaram a apparecer os symptomas glaucomatosos.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

38 — J. de C. A., mestiço, bahiano, casado, 54 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, variola, catapora, syphilis e gonorrhéa. E' rheumatico e constipado chronico. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 50.^o
" inf. 55.^o
" tempo. 60.^o
" nasal 30.^o

VOD = 0 (atrophia glaucomatosa) VOD = 0,5
Tensão intraocular OD = 33 mmHg.
OE = 38 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 9 cms

Ha muitos mezes vem sentindo dores oculares cephalalgia e insomnia.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

39 — J. M., preto, bahiano, viuvo, 76 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo, impaludismo e syphilis. Não tem dentes.

VOE = 0 — VOD = 0.

Tensão intraocular OD = 35 mmHg.
OE = 36 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 15 cms. Mn = 9 cms.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples complicado de cataracta senil bi-lateral.

40 — J. C. S., preto, solteiro, 52 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo, catapora e syphilis. E' rheumatcio. Dentes cariados.

VOD = 0 (atrophia glaucomatosa) VOE = 0.

Tensão intraocular OD = 38 mmHg.
OE = 38 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 9 cms.

Diaphanoscopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

41 — J. L., mestiço, bahiano, solteiro, roceiro, 32 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedents pessoaes — Teve sarampo, impaldismo e syphilis. Dentes bons.

C. visual OD = Limite sup. 55.° OD = 50.°
" inf. 55.° 55.°
" temp. 60.° 60.°
" nasal 35.° 35.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 33 mmHg.

OE = 32 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 6 cms.

Ha um anno começou a notar a visão enfraquecer. Tem dores oculares e cephalalgia.

Diaphanoscopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

42 — J. T. de O., branco, solteiro, bahiano, roceiro, 28 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoaes — Teve sarampo, capapora e syphilis. Bons dentes.

C. visual OD = Limite sup. 55.° OE = 50.°
" inf. 45.° 50.°
" temp. 60.° 60.°
" nasal 35.° 35.°

VOD = 0,6 — VOE = 0,5.

Tensão intraocular OD = 36 mmHg.

OE = 35 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 6 cms.

Dores oculares, insomnia, vertigens e cephalalgia.

Diaphanoscopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma inflammatorio agudo.

43 — M. S., branco, solteiro, bahiano, oleiro, 26
anos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes hereditarios — Pae glaucomatoso.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, cata-
pora, impaludismo e syphilis.

C. visual OD = Limite sup. 55.° OE = 60.°
" inf. 60.° 60.°
" temp. 65.° 65.°
" nasal 35.° 35.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 36 mmHg.

OE = 34 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 6 cms.

Dores oculares, vomitos, insomnija e cephalalgia.

Diagnostico — Glaucoma inflammatorio agudo.

44 — R. A., preto, bahiano, solteiro, carpinteiro,
50 anos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, cata-
pora, gonorrhéa e syphilis. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 55.° OE = 55.°
" inf. 55.° 60.°
" temp. 60.° 60.°
" nasal 30.° 30.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 34 mmHg.

OE = 33 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 9 cms.

Ha mais de um anno vem notando a visão enfra-
quecer e sentindo, de quando em quando, dores ocula-
res.

Agora as dores oculares augmentaram e por isto resolveu procurar o especialista no Hospital Santa Isabel.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

45 — S. da C., mestiça, viuva, solteira, 73 annos de idade, bahiana e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo, e catapora. E' rheumatica e soffre de prisão de ventre. Não tem dentes.

VOD = 0 — VOE = 0.

Tensão intraocular OD = 35 mmHg.

OE = 35 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 18 cms. Mn = 10 cms.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples complicado de cataracta senil bi-lateral.

46 — M. G. da S., preta, solteira, bahiana, 60 annos de idade, domestica e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo e catapora. Dentes cariados. Tem prisão de ventre.

C. visual OD = Limite sup. 60.° OE = 55.°

" inf. 65.° 60.°

" temp. 70.° 65.°

" nasal 40.° 35.°

VOD = Normal — VOE = 0,6

Tensão intraocular OD = 27 mmHg.

OE = 30 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms Mn = 6 cms.

Dores no globo ocular esquerdo e cephalalgia. Ha 10 mezes vem sentindo a visão do olho esquerdo diminuir.

Diaphanoscopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

47 — C. M. da C., preta, casada, bahiana, domestica, 64 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, catapora e impaludismo. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 45.° OE = 45.°
" inf. 40.° 40.°
" temp. 55.° 50.°
" nasal 20.° 20.°

VOD = 0,3 — VOE = 0,3.

Tensão intraocular OD = 30 mmHg.
OE = 30 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 18 cms. Mn = 10 cms.

A doente é bastante rheumatica e tem constipação chronica de ventre.

Ha um anno que sua visão começou a enfraqucer. Tem cephalalgia e dores oculares.

Diagnosticco — Glaucoma chronico simples.

48 — J. M. C., preta, casada, bahiana, domestica, 50 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo e impaludismo. E' rheumatica.

C. visual OD = Limite sup. 50.° OE = 50.°
" inf. 50.° 50.°
" temp. 60.° 60.°
" nasal 35.° 35.°

VOD = 0,6 — VOE = 0'6

Tensão intraocular OD = 31 mmHg.
OE = 31 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 7 cms.

Ha 5 mezes vem sentindo a visão perturbada. cephalalgia e dores oculares.

Diaphanosopia — Seios maxillares escuros.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

49 — M. F., preta, bahiana, 3 annos de idade e residente no interior do Estado.

Ha alguns mezes a mãe notou que os olhos da pequena estavam augmentados de volume e procurou o Hospital Santa Izabel onde a menina foi examinada pelo professor Cesario de Andrade.

Diagnostico — Hydrophthalmia.

50 — C. M., branca, viuva, bahiana, costureira, 63 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, catapora e impaludismo. E' rheumatica e soffre de prisão de ventre. Dentes cariados.

C. visual	OD	= Limite sup.	55.º	OE	=	50.º
	"	inf.	50.º			50.º
	"	tem.	60.º			60.º
	"	nasal	30.º			30.º

VOD = 0,6 — VOE = 0,6

Tensão intraocular OD = 37 mmHg.

OE = 36 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 6 cms.

Ha 2 annos vem notando a visão enfraquecer.

Tem dores oculares e cephalalgia.

Diaphanoscopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

51 — E. O., branca, casada, domestica, sergipana, 50 annos de idade e residente em Aracajú.

Antecedentes pessoases — Teve variola e sarampo. E' rheumatica e soffre de prisão de ventre. Dentes cariados.

VOD = 0 — VOE = 0.

Tensão intraocular OD = 37 mmHg.
OE = 38 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 15 cms. Mn = 9 cms.

Diaphanosopia — Seios maxillares escuros.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples complicado de cataracta senil bi-lateral.

52 — J. R., branca, casada, bahiana, domestica, 55 anos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes hereditarios — Mãe glaucomatosa.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, catapora e impaludismo. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup.	50.	OE =	50.º
"	inf. 50.º		50.º
"	temp. 60.º		65.º
"	nasal 30.º		35.º

VOD = 0,5 — VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 35 mmHg.

OE = 34 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 6 cms.

A visão vem enfraquecendo ha 3 annos. Sómente agora vem sentindo dores oculares e cephalalgia.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples com-

53 — J. R., prta, viuva, bahiana, domestica, 65 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pssoaes — Teve sarampo e catapora. E' rheumatica e soffre de prisã ode ventre. Dentes cariados.

VOD = 0 — VOE = 0,3

Tensão intraocular OD = 38 mmHg.

OE = 35 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 6 cms.

Diaphanosopia — Seio frontal, lado esquerdo, escuro.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples. plicado de cataracta completa no olho direito e iniciante no olho esquerdo.

54 — R. M., preto, solteiro, bahiano, empregado no commercio, 33 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, catapora e variola. Contrahiou a infecção syphilitica aos 28 annos.

C. visual OD = Limite sup.	55.°	OE =	50.°
"	inf.	60.°	55.°
"	temp.	65.°	50.°
"	nasal	35.°	30.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 36 mmHg.

OE = 37 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 6 cms.

Ha 2 annos a visão vem enfraquecendo.

Diaphanosopia — Seio maxillar, lado esquer, escuro.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

55 — R. L., preta, viuva, paulista, 59 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, catapora. Não tem dentes.

VOD = 0 — VOE = 0,

Tensão intraocular OD = 36 mmHg.

OE = 35 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 15 cms. Mn = 9 cms.

Diaphanosopia — Seios maxillares escuros.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples complicado de cataracta senil bi-lateral.

56 — Z. C., branca, fluminense, 8 mezes de idade e residente nsta capital.

Alguns mezes depois do nascimento sua mãe notou que a criança estava ficando com os olhos grandes, e levou-a ao Hospital Santa Isabel.

Diagnostico — Hydrophthalmia.

57 — Z. S., preta, bahiana, casada, 38 annos de idade e residente nest acapital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, cataporra e impaludismo.

C. visual OD = Limite sup.	50.°	OE =	55.°
"	inf.	55.°	55.°
"	tem.	60.°	60.°
"	nasal	35.°	35.°

VOD = 0,6 — VOE = 0,6

Tensão intraocular OD = 38 mmHg.

OE = 37 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 15 cms. Mn = 9 cms.

Ha 9 mezes vem notando a visão enfraquecer, porem, sómente agora é que começou a sentir dores oculares e cephalalgia.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

58 — H. J. de M., preto, casado, bahiano, agricultor, 48 annos de idade e residente no interior do Estado.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, cataporra e syphilis. E' rheumatico e tem prisão de ventre. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 55.^o
" inf. 60.^o
" temp. 65.^o
" nasal 35.^o

VOD = 0,5 — VOE = 0.

Tensão intraocular OD = 33 mmHg.
OE = 36 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 7 cms.

Diaphanosopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples complicado de cataracta senil no olho esquerdo.

59 — A. O., preta, bahiana, casada, domestica, 46 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo e catapora. Soffre prisão de ventre. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 55.^o OE = 55.^o
" inf. 55.^o 50.^o
" temp. 60.^o 60.^o
" nasal 30.^o 30.^o

VOD = 0'5 — VOE = 0,5

Tensão intraocular OD = 29 mmHg.
OE = 28 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 6 cms.

Nota — A tensão intraocular foi medida depois que a doente uzou o collyrio d enitrato de pilocarpina a 2 % durante 15 dias.

Dores oculares e cephalalgia.

Diaphanosopia — Seios maxillares escuros.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

60 — R. L. L., preta, paulista, viuva, 59 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Te variola, sarampo e

catapora. E' rheumatica e soffre de prisão de ventre. Dentes cariados.

VOD = 0 — VOE = 0,6

VOD = 0 — VOE % 0,6

Tensão intraocular OD = 38 mmHg.

OE = 36 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 18 cms. Mn = 9 cms.

Diaphanoscopia — Seios frontal, lado direito, escuro.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples complicado de cataracta senil no olho direito.

61. — V. S. S., preto, bahiano telegraphista, 48 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve varicela, sarampo, catapora e syphilis. E' rheumatico. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 55.° OE = 50.°

” inf. 55.° 55.°

”” temp. 60.° 60.°

” nasal 35.° 35.°

VOD = 0,6 — VOE = 0,6

Tensão intraocular OD = 34 mmHg.

OE = 33 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 15 cms. Mn = 9 cms.

Nota — A tensão intraocular foi medida depois que o doente havia uzado o collyrio de nitrato de pilocarpina a 2 % durante alguns mezes, alternadamente.

Ha muitos mezes elle vinha notando a visão enfraquecer.

Agora, porem, appareceram dores oculares.

Diaphanoscopia Seios frontaes escuros.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

62 — E. V., preta, bahiana, viuva, domestica, 58
anos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo e cata-
pora. Constipação chronica.

C. visual OD = Limite sup.	55.°	OE =	55.°
"	inf. 60.°		60.°
"	Ttemp. 65.°		65.°
"	nasal 35.°		35.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,5.

Tensão intraocular OD = 38 mmHg.

OE = 36 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 13 cms. Mn = 6 cms.

Ha 2 anos ve mnotando a visão enfraquecer.

Tem dores oculares e cephalalgia.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

63 — J. de A., preta, cearense, viuva, domestica,
50 anos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve impaludismo, ca-
tapora e sarampo. E' rheumatica e tem constipação
chronica de ventre. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup.	50.°	OE =	55.°
"	inf. 50.°		60.°
"	temp. 55.°		60.°
"	nasal 25.°		25.°

VOD = 0,5 — VOE = 0,6

Tensão intraocular OD = 36 mmHg

OE = 35 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 6 cms.

Desde Agosto de 1928 que notou a visão enfra-
quecer, porem, somente agora é que tem dores ocula-
res por vezes intensa e c-phalalgia.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples.

64 — R. L. L., preta, paulista, viuva, domestica, 50 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve variola, sarampo e catapora. Teve 9 filhos e 8 abortos. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 50.^o
" inf. 55.^o
" temp 60.^o
" nasal 25.^o

VOD = 0,4 — VOE = 0.

Tensão intraocular OD = 48 mmHg.

OE = 46 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 19 cms. Mn = 11cms.

Ha 4 annos que vem notando a visão enfraquecer. Tem dores oculares e cephalalgia.

Diaphanoscopia — Negativa.

Diagnosticos — Glaucoma chronico simples.

65 — H. B., preta, viuva, bahiana, 65 annos de idade, domestica e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, catapora e variola. E' rheumatica e tem constipação de ventre chronica. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 50.^o
" inf. 50.^o
" temp. 65.^o
" nasal 25.^o

VOD = 0,6 — VOE = 0

Tensão intraocular OD = 40 mmHg.

OE = 39 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 18 cms. Mn = 10 cms.

Dores no globo ocular direito e cephalalgia.

Diaphanoscopia — Negativa.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples complicado de cataracta senil no olho esquerdo.

66 — J. S. da S., preta, casada, bahiana, 58 annos de idade, domestica e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo. Tem constipação de ventre chronica.

VOD = 0,1 — VOE = 0,4

Tensão intraocular OD = 30 mmHg.

OE = 36 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 14 cms. Mn = 6 cms.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples complicado de cataracta senil incompleta bi-lateral.

66 — M. I. V., preta, viuva, bahiana, domestica, 78 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo e catapora. E' rheumatica e tem constipação de ventre chronica. Não tem dentes.

VOD = 0 — VOE = 0

Tensão intraocular OD = 35 mmHg.

OE = 28 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 15 cms. Mn = 9 cms.

Nota — A tensão ntraocular desta doente só foi medda depois que ella uzou o collyrio de nitrato de pilocarpina a 2 % durante 15 dias.

Diaphanoscopia — Seios maxillares escuros.

Diagnostico — Glaucoma chronico simples complicado de cataracta senil bi-lateral.

67 — M. G., branca, solteira, bahiana, domestica, 50 annos de idade e residente nesta capital.

Antecedentes pessoases — Teve sarampo, cata-

pora e impaludismo. E' rheumatica e soffre de constipação de ventre chronica. Dentes cariados.

C. visual OD = Limite sup. 55.°	OE = 50.°
" inf. 45.°	45.°
" temp. 55.°	55.°
" nasal 25.°	25.°

VOD = 0,6 — VOE = 0,6

Tensão intraocular OD = 32 mmHg.
OE = 36 mmHg.

Tensão arterial — Mx = 16 cms. Mn = 9 cms.

Dores oculares intensa, insomnia e cephalalgia.

Diaphanoscopia — Seios maxillares escuros.

Diagnostico — Glaucoma inflammatorio agudo.



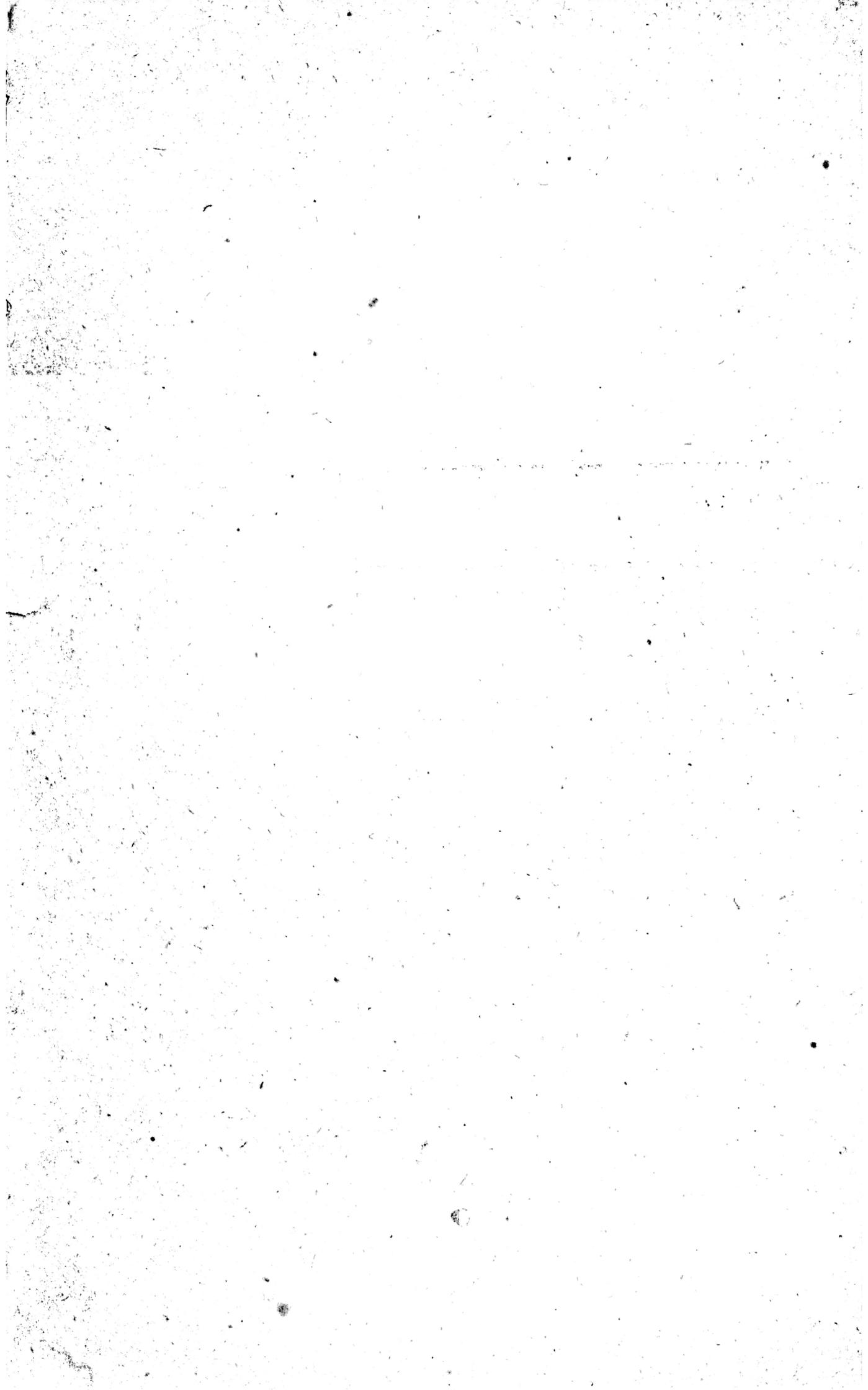


VISTO:

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia em 30 de Outubro de 1929.

O SECRETARIO

Dr José Pinto Soares Filho



ERRATAS

Pags.:	Linhas:	Onde se lê:	Leia-se
3	14	Lavrange	Lagrange
3	18	escavação	excavação
3	16	pneumogarticos	pneumogastricos
4	6	catarataes	catarrhaes
4	17	gripe	grippe
4	23	cmpressão	compressão
5	5	O pupilla	a pupilla
7	19	fluminante	fulminante
13	3	a attenção	à attenção
13	22	contatar-se	constatar-se
14	14	inexperado	inesperado
15	29	doenças	doença
19	31	capzaes	capazes
21	8	dependem	dependam
24	19	nervoso	nervo
24	24	exercem	exercam
25	25	glauoma	glaucoma
26	5	ste	este
26	25	vae	vá
27	27	obscurcimento	obscurimento
27	30	ultrapossada	ultrapassada
29	19	intervinham	intervenham
30	2	vasculares	vascular
31	6	Fortana	Fontana
31	7	re	de
33	11	as disordens	às desordens
33	15	pypoexcreção	hypoexcreção
33	23	e	e
34	14	abertrura	abertura
34	17	Róder	Röder
34	17	rentesão	retensão
34	21	Fuks	Fucks
34	27	chorodianas	choroidianas
35	2	excem	exercem
49	26	espcial	especial
52	31	afeção	affeção
70	20	semi-bi-lateral	senie bi-lateral
72	32	nenil	senil
		esguer	esquerdo
		te	teve

