

7407N

DISSERTAÇÃO

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS

Do Entropio e do Ectropio

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO DE SCIENCIAS ACCESSORIAS.—Do infanticidio.

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS.—Da loucura puerperal.

SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS.—Papel dos rins no organismo humano.

THESE

APRESENTADA A FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 28 DE SETEMBRO DE 1877

POR

Arthur Baptista de Castro

NATURAL DA PROVINCIA DE MINAS GERAES (S. JOÃO D'ELREI)

Rio de Janeiro

TYPOGRAPHIA-CARIOCA

145 a 147 Rua Theophilo Ottoni 145 a 147

1877

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

O Ilm. Exm. Sr. Dr. Visconde de Santa Isabel

VICE-DIRECTOR

O Ilm. Exm. Sr. Dr. Barão de Theresopolis

SECRETARIO

O Ilm. Sr. Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes

LENTES CATHEDRATICOS

PRIMEIRO ANNO

Os Illms. Srs. Doutores ;

F. J. do Canto e Mello Castro Mascarenhas	(1ª cadeira)	Physica em geral e particularmente em suas applicações á medicina.
Conselheiro Manoel Maria de Moraes e Valle	(2ª cadeira)	Chimica e mineralogia.
Luiz Pientzenauer.....	(3ª cadeira)	Anatomia descriptiva.

SEGUNDO ANNO

Joaquim Monteiro Caminhoá.....	(1ª cadeira)	Botanica e zoologia
Domingos José Freire Junior.....	(2ª cadeira)	Chimica organica
José Joaquim da Silva.....	(3ª cadeira)	Physiologia
Luiz Pientzenauer.....	(4ª cadeira)	Anatomia descriptiva.

TERCEIRO ANNO

José Joaquim da Silva.....	(1ª cadeira)	Physiologia.
Conselheiro Barão de Maceió.....	(2ª cadeira)	Anatomia geral e pathologica.
Francisco de Menezes Dias da Cruz.....	(3ª cadeira)	Pathologia geral.
Vicente C. Figueira de Saboia.....	(4ª cadeira)	Clinica externa.

QUARTO ANNO

Antonio Ferreira Franca.....	(1ª Cadeira)	Pathologia externa.
João Damasceno Peçanha da Silva.....	(2ª Cadeira)	Pathologia interna.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	(3ª Cadeira)	Partos, molestias de mulheres pe- jadas e paridas, de crianças recém-nascidas.
Vicente C. Figueira de Saboia.....	(4ª Cadeira)	Clinica externa.

QUINTO ANNO

João Damasceno Peçanha da Silva.....	(1ª Cadeira)	Pathologia interna.
Francisco P. de Andrade Pertence.....	(2ª Cadeira)	Anatomia topographica, medicina operatoria e apparatus.
Albino Rodrigues de Alvarenga	(3ª Cadeira)	Materia medica e therapeutica.
João Vicente Torres Homem.....	(4ª Cadeira)	Clinica interna.

SEXTO ANNO

Antonio Corrêa de Souza Costa.....	(1ª Cadeira)	Hygiene e historia da medicina
Agostinho José de Souza Lima.....	(2ª Cadeira)	Medicina legal.
Ezequiel Corrêa dos Santos.....	(3ª Cadeira)	Pharmacia.
João Vicente Torres Homem.....	(4ª Cadeira)	Clinica interna (5.º e 6.º anno).

LENTES SUBSTITUTOS

Benjamin Franklin Ramiz Galvão.....	} Secção de sciencias accessorias.
João Joaquim Pizarro.....	
João Martins Teixeira.....	
Augusto Ferreira dos Santos.....	

Claudio Velho da Motta Maia.....	} Secção de sciencias chirurgicas.
José Pereira Guimarães.....	
Pedro Affonso de Carvalho Franco.....	
Antonio Caetano de Almeida.....	

João José da Silva.....	} Secção de sciencias medicas.
João Baptista Kossuth Vinelli.....	

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA

CADREIRA DE PATOLOGIA INTERNA

SEÇÃO CIRÚRGICA

DISSERTAÇÃO

Dissertação

SECÇÃO CIRURGICA

DO ENTROPION E DO ECTROPION

Entropion



hama-se entropion a affecção constituída pela versão para dentro, isto é, para o globo ocular, de uma parte externa da palpebra, que no estado normal, não estava em contacto com esse órgão. A parte voltada póde interessar total, ou parcialmente, a largura da palpebra, ou das palpebras, de um, ou dos dois olhos.

O entropion tem lugar quasi indifferentemente nas duas palpebras. O gráo do entropion varia desde o estado, em que, por causa de uma ligeira versão do bordo, os cilios tomam somente uma posição quasi parallela á superficie do globo ocular, tocando-o só por suas extremidades, até o estado, em que a palpebra parece enrolada sobre si mesma; de modo que pelle palpebral fica em contacto com a superficie do globo, e os cilios se acham no fundo do sacco da conjunctiva.

Etiologia

O entropion sempre apparece consecutivamente á uma outra affecção, e as causas que podem produzi-lo devem ser dispostas em 4 grupos :

1° Uma contracção espasmodica da porção ciliar do musculo orbicular (entropion musculare ou spasmodicum).

2° Todo o processo que dá lugar á cicatrização e retracção da conjuntiva (entropion cicatriciale) o que se dá a conhecer por uma diminuição em profundidade, do fundo de sacco da conjunctiva, e em largura, da fenda palpebral (blepharophimosis).

3° Uma affecção do tarso produzindo uma mudança de sua forma, (entropion tarsale).

4° A falta de apoio que encontra a palpebra, como acontece quando o conteúdo da orbita diminue (entropion bulbare).

Entropion muscular ou espasmodico : As affecções que produzem contracção da porção ciliar do musculo orbicular como : irritação da cornea com photophobia, da conjuntiva, ou as affecções do bulbo acompanhadas de dôr, podem produzir o entropion, de preferencia da palpebra inferior; sobretudo se ha causas predisponentes, isto é, blepharophimosis, diminuição da quantidade de tecido adiposo da orbita, o relaxamento da pelle palpebral que não compensa sufficientemente á acção muscular, as alterações regressivas do tarso, como as que têm lugar na idade avançada (entropion senile), e que fazem com que a cartilagem não possa resistir á acção do musculo em questão, a oclusão do olho por uma atadura compressiva durante certo tempo, como por exemplo, as vezes se encontra depois da operação da cataracta ; o que faz com que a pelle, sendo comprimida pela atadura contra o bordo inferior da orbita, não possa recuar, a acção do musculo se faz mais facilmente sentir. A conjunctiva, nos casos de entro-

pion muscular, é normal ou então pouco inflammada, e os bordos palpebraes ficam intactos.

Entropion cicatricial : Uma cicatriz profunda da conjunctiva palpebral, quer em parte somente, quer em sua totalidade, e que se estenda até o fundo de sacco d'essa membrana, ou mesmo além, pode produzir o entropion. Esta fôrma se encontra muitas vezes no trachoma, onde toda a conjunctiva palpebral se acha retrahida, e onde ainda a blepharophimosis, que acompanha frequentemente essa affecção vem em auxilio, assim como a mudança de fôrma da cartilagem tarsa. A parte livre da palpebra, não apresenta mais seus dois bordos claramente limitados; os cilios se desenvolvem mal, e nascem irregularmente; muitas vezes ha distichiasis ou trichiasis.

A hypertrophia do musculo orbicular, que se observa no trachoma, concorre para a formação do entropion. No trachoma ordinariamente as duas palpebras se acham voltadas para dentro. O entropion cicatricial se apresenta tambem depois de um traumatismo, de uma queimadura, etc.

Entropion tarsal : Esta fôrma de entropion, que sobretudo depende de uma mudança de fôrma com espessamento da cartilagem tarsa, é observada e confundida quasi sempre com o entropion cicatricial; pois no trachoma ha quasi sempre affecção da cartilagem tarsa consecutivamente á affecção da conjunctiva. Observa-se sempre que no periodo de cicatrização da conjunctiva, a cartilagem tarsa se acha mais ou menos doente. A cartilagem torna-se mais resistente, seus bordos mais espessos, e toma uma fôrma mais ou menos espherica.

Entropion bulbar : Este entropion, que quasi sempre apparece na palpebra inferior, se desenvolve em consequencia da falta de apoio, que aquella palpebra experimenta da parte do bulbo, como na atrophia ou na ausencia desse orgão. São necessarias as mais das vezes, certas causas predisponentes como: blepharophimosis, relaxamento da pelle palpebral, hypertrophia do musculo orbicular, etc.

Acabamos de ver que para o desenvolvimento do entropion, são precisas, a maior parte das vezes, muitas condições reunidas, e que a distincção entre essas differentes fôrmas não deve ser tomada muito ao pé da letra.

Consequencias do Entropion

Os cilios irritando continuamente a conjunctiva e a cornea, produzem uma inflammação chronica d'essas duas membranas, sob a fórma de keratite pannosa para á ultima com photophobia, lacrimejamento e blepharospasmo. A cornea póde entretanto resistir por muito tempo á acção dos cilios, sobretudo se elles estão no estado normal.

Diagnosticico

O diagnosticico do entropion, quasi sempre é facil; porem não devemos confundil-o com a distichiasis e a trichiasis, onde o bordo da palpebra conserva sua posição normal, e só os cilios se implantam irregularmente, e tomam a direcção para o globo ocular; pois a madre dos cilios se acha doente, e não por causa do bordo palpebral estar voltado. As duas affecções entretanto se acompanham muitas vezes, como no trachoma.

Prognostico

O prognostico do entropion é em geral desfavoravel, por causa da difficuldade de manter-se uma posição normal da palpebra, visto que ha muitas vezes recahidas, sobretudo se ha alterações anatomo-pathologicas da cartilagem tarsa ou da conjunctiva.

Tratamento

Sem operação, raras vezes se conseguirá curar um entropion ; excepto nos casos em que se possa eliminar a causa ; como por exemplo, em certos casos de entropion muscular, onde não se trata senão de uma simples versão do bordo da palpebra.

Convém nesses casos, si se trata da palpebra inferior, fazer durante alguns dias uma versão para fóra da palpebra, por meio de tiras aglutinativas sobre as quaes ainda se póde pôr uma camada de *collodion elastico*, que tem a vantagem de se retrahir durante a evaporação. Se por meio das tiras produzirmos uma tracção de cima para baixo, faremos bem pondo uma pequena bóla de fios, para augmentar o effeito. A applicação do *collodion* se faz de dois em dois dias. ARLT recommenda que se ponha uma tira de panno de linho presa pelo *collodion*, em sentido horisontal ; isto é, manda fixar essa tira á pelle abaixo dos angulos externo e interno da palpebra. O processo que consiste em fazer uma dobra da pelle na visinhança do bordo livre da palpebra, por meio de serra finas ou da pinça *á ptosis*, apesar de produzir o mesmo resultado que as applicações mencionadas de tiras, deve ser regeitado ; pois não é, nem póde ser tolerado por muito tempo pelo doente.

Processos operatorios

Qualquer que seja a fórma do entropion, desde que a fenda palpebral acha-se estreitada, (blepharophimosis) é preciso antes de tudo, praticar a canthoplastia, operação que descreveremos aqui ; pois algumas vezes só ella basta para curar o entropion : Faz-se uma secção da commissura externa em toda a sua espessura e em sentido horisontal, no prolongamento directo da fenda palpebral, introduzindo, o mais longe que permittir o fundo de sacco da conjunctiva, um dos ramos de uma

lesoura recta, e corta-se de uma só vez. Pode-se tambem introduzir do mesmo modo que o ramo da tesoura a ponta de um bisturi, e de dentro para fora atravessar toda a espessura dos tegumentos, e acabar a secção na pelle. O bisturi pode ser conduzido sobre uma tentacacula.

Prolonga-se ainda alguns millimetros a ferida da pelle, condição necessaria ; pois deve-se sempre temer a retracção e a diminuição do effeito operatorio. Affasta-se a pelle na visinhança da ferida ao mesmo tempo para cima e para baixo, afim de tornar aberta e vertical a ferida horisontal ; reune-se os bordos correspondentes da ferida e da mucosa por 3 suturas simples, uma no centro, e as duas outras perto dos angulos superior e inferior da ferida. O methodo seguinte devido a HAMER, têm a vantagem de poupar o mais possivel a conjunctiva, que no trachoma, molestia que exige as mais das vezes esta operação, se acha retrahida. Não se faz mais a incisão da conjunctiva, porém introduz-se o bisturi ou o ramo da tesoura, entre a pelle e a conjunctiva ; de modo que divida-se sómente a pelle. Disseca-se a conjunctiva em cima e em baixo, e une-se o retalho triangular da conjunctiva assim obtido á ferida cutanea.

Os processos operatorios dirigidos directamente contra o entropion, devem ser divididos em dois grupos : processos para os casos em que ha entropio muscular ou espasmodico, e processos para os casos em que ha alterações profundas das partes componentes da palpebra (entropion cicatricial e tarsal).

Trataremos primeiro dos processos operatorios contra o entropion muscular. Nos casos de uma simples versão para dentro do bordo palpebral, resultante de uma causa passageira, e depois de observar-se que as tiras com o *collodium*, não produzem resultado algum, deve-se lançar mão do processo, que MEYER recommenda. Esse auctor passa um fio de seda atravez da pelle perto do bordo livre da palpebra, depois de ter levantado, com uma pinça ordinaria, uma pequena dobra cutanea. Dá um nó e corta uma das extremidades do fio muito perto do nó, deixando a outra extremidade. Uma ligadura analoga é feita um pouco abaixo, e á alguma distancia da primeira perto do bordo orbitario ; depois elle ata os fios conservados em cada ligadura e, apertando-os mais ou menos fortemente, vira a palpebra á vontade. Póde-se, sendo preciso, fazer uma ligadura d'esse genero perto das duas commissuras, e

se a palpebra volta-se difficilmente, applicar entre o bordo orbitario e a palpebra uma bola de fios sobre a qual se aperta o nó.

Processo de Snellen.—Introduz-se uma agulha grande munida de um fio, na pelle da palpebra inferior justamente embaixo do bordo ciliar. Depois faz-se sahir essa agulha, a 20 ou 15 millimetros mais abaixo da palpebra, na bochècha. Liga-se as duas extremidades do fio sobre a face externa da palpebra. Applica-se d'esse modo, 3 ligaduras cutaneas e deixa-se-as por espaço de uns cinco dias. Este processo dá muitas vezes bom resultado.

Processo de Gaillard.—Este processo consiste na applicação de ligaduras cutaneas, que têm por fim a retracção consecutiva dos tegumentos externos da palpebra. Ao redor das partes occupadas pelas ligaduras, se produz uma inflammacção e nodosidades da pelle, que deixam sempre alguns traços; inconveniente entretanto de pouco valor. PAGENSTECHER recommenda combinar estas ligaduras com a canthoplastia. Este processo serve para as duas palpebras.

Em lugar das ligaduras, preconisou-se processos, que consistem em tirar uma porção da pelle e do musculo ciliar por cauterisacção ou excisão; estes processos sobre tudo proprios para a palpebra inferior, são entretanto de pouco resultado; pois na maior parte dos casos, o encurtamento da pelle não é sufficiente para produzir um effeito permanente, sem fallar do inconveniente que ha, em retirar-se um tegumento tão importante. N'esses casos quasi sempre ha reunião por primeira intensão, e por conseguinte não ha formação de tecido cicatricial. A pelle póde ser tirada em sentido vertical ou horisontal, (Bowman) ou em fórma de triangulo (de Græfe).

Eis como se procede:

Processo de Bowman.—Põe-se uma placa de marfim por baixo da palpebra inferior, e pratica-se uma incisão atravez da pelle, á uma distancia de cerca de 4 millimetros do bordo ciliar e parallela a esse bordo. Um pouco mais abaixo, faz-se uma outra incisão curva, e cujas extremidades se unem á primeira. A porção de pelle assim circumscripta tem a fórma semilunar e é excisada, assim como a porção correspondente do musculo ciliar. Depois applica-se uma sutura simples no centro da ferida. Este methodo é muito recommendado pelos autores.

Processo de Græfe. — Este processo recommendado por seu auctor para as fórmas espasmodicas do entropion, se executa do modo seguinte: Faz-se na pelle, a distancia de 3 millimetros do bordo palpebral, e parallela a esse bordo, uma incisão cujas extremidades ficam 2 a 4 millimetros distantes da linha que passa verticalmente por cada commissura. A partir d'esta incisão, faz-se convergir duas outras que limitam um triangulo de pelle que se tira; disseca-se um pouco os bordos lateraes e reune-se-os por duas ou trez suturas horisontaes, deixando a cicatrização da ferida horisontal fazer-se expontaneamente. E' a largura da base do triangulo que se excisa, que determina sobretudo o gráo do effeito da operação, e que pôde variar de 6 a 10 millimetros, conforme o gráo de relaxamento das partes cutaneas e do entropion. A altura do triangulo têm pouca importancia. Para obter um effeito mais consideravel, de Græfe dá a porção da pelle que têm de ser retirada esta fórma **U**. Nos casos de entropion, em que a cartilagem tarsa soffreu uma alteração em sua fórma e espessura, o que têm lugar quasi sempre na palpebra superior, é preciso dirigir a operação contra essa anomalia. Eis os processos: **PROCESSO DE GRÆFE.** Este processo consiste em praticar o methodo que acabamos de descrever, á palpebra superior, e além disso em excisar uma parte triangular da cartilagem tarsa em toda a sua espessura, sendo os apices do retalho triangular da pelle e da cartilagem oppostos um ao outro. Começa-se pela excisão do retalho cutaneo, depois afasta-se por tracção os labios da ferida, e incisa-se horisontalmente, perto do bordo livre da palpebra, o musculo orbicular, repellindo as fibras para cima, afim de poder descobrir a cartilagem tarsa. Excisa-se n'essa cartilagem uma parte em fórma de triangulo, em toda a sua espessura, mas de modo que esse triangulo se ache em sentido inverso do triangulo cutaneo, e a base do triangulo da cartilagem corresponda quasi sempre ao bordo orbitario da cartilagem tarsa, tendo 5 a 6 millimetros de largura; emquanto que o apice se acha perto do bordo palpebral. Não fica pois n'esse lugar senão a conjunctiva. applica-se trez suturas, das quaes a que está no meio deve comprehender ao mesmo tempo a pelle e as camadas superficiaes da cartilagem tarsa. Como esta operação torna mais estreita a fenda palpebral, é preciso a maior parte das vezes, combinal-a com a canthoplastia.

Processo de Streatfeild. — N'este processo tira-se uma porção da cartilagem tarsa, afim de tornar possível um movimento de balanço de uma porção longitudinal dessa cartilagem, que comprehende o bordo livre. Procede-se assim : pratica-se uma incisão na pelle parallelamente ao bordo palpebral, e á distancia de 2 millímetros d'esse bordo, de modo a descobrir as raizes dos cilios, e evitando cortal-as. Desprende-se a pelle, e immediatamente a cima das raizes dos cilios, faz-se uma incisão horisontal, mas em sentido obliquo na cartilagem, inclinando as extremidades da secção para o bordo palpebral. Pratica-se agora uma segunda incisão 3 a 4 millímetros acima e parallela á primeira, dividindo immediatamente os tegumentos até a cartilagem, e continuando essa incisão dos dois lados até encontrar as extremidades da primeira. Feito isto, tira-se da fibro-cartilagem uma porção em fórma de cunha prendendo-a por uma pinça e destacando de todas as suas ádherencias. Ao mesmo tempo tira-se a porção correspondente do tegumento, e, sem empregar suturas, deixa-se a ferida cicatrizar-se. Durante a operação, a palpebra é presa pela pinça de Desmarres ; de modo que o anel esteja applicado sobre a pelle. E' melhor empregar-se o blepharospato de Snellen que descreveremos depois.

Processo de Soelberg e Wells. N'este processo faz-se uma incisão de 2 millímetros de profundidade na porção intermarginal, parallelamente ao bordo livre da palpebra, e que poupando o ponto lacrimal, divide o bordo palpebral em duas partes : a parte anterior que encerra os bulbos ciliares e a pelle ; a parte posterior que contem a cartilagem. Pratica-se depois uma segunda incisão na face externa da palpebra, poupando o mais que for possível o musculo orbicular, parallelamente e no sentido da implantação dos cilios, a distancia de $1/2$ a 2 millímetros acima dessa implantação. Faz-se uma terceira incisão semilunar na pelle da palpebra, de modo que termine nas extremidades da segunda incisão. Deste modo circumscreve-se em retalho semilunar, que se excisa. Depois pratica-se uma incisão, parallelamente ao bordo palpebral, no musculo orbicular, que até aqui foi respeitado, afim de descobrir a cartilagem tarsa, onde ainda se faz duas incisões longitudinaes enclinando uma para a outra, incisões que limitam uma porção da cartilagem em fórma de cunha, cuja base olha para os tegumentos, em

quanto que o apice dirige-se para a conjunctiva, sem entretanto tocá-la. Reune-se os labios da ferida por meio de suturas que devem passar pela pelle e musculo, sem comprehender a cartilagem. Este processo é muito recommendado pelos seus autores.

Processo de Snellen ; seo blepharospaetho. Faz-se uma incisão na pelle da palpebra em toda a extensão do bordo palpebral, a 2 ou 3 millimetros de distancia d'este bordo e parallela a elle.

Disseca-se um pouco a pelle do bordo inferior da ferida, e pratica-se a excisão de uma parte do musculo orbicular, afim de descobrir a cartilagem tarsa. Tira-se uma porção longitudinal d'essa cartilagem em fórma de cunha, praticando duas incisões horisontaes e obliquas e dirigidas uma para a outra, sem contudo chegarem até a conjunctiva. Puxando para cima o bordo da ferida cutanea, descobre-se o bordo orbitario da cartilagem tarsa, afim de poder-se applicar trez suturas do seguinte modo: Um fio de sêda bastante forte, tendo em suas duas extremidades uma agulha curva, é passado por meio das agulhas através da pelle, que se deixou no bordo ciliar, um pouco acima da implantação dos cilios, sendo a distancia dos pontos por onde passaram as agulhas de 3 a 4 millimetros. Liga-se, apertando fortemente; e, para evitar que os fios cortem a pelle, enfia-se primeiro em cada um uma conta. applica-se uma sutura no centro, e duas outras perto das extremidades da ferida. A ferida cutanea é abandonada a si mesma.

Os fios são conservados por espaço de 48 horas ou mais.

Snellen applica á palpebra superior seu blepharospaetho, instrumento, que impede o escoamento de sangue durante a operação, e que torna possivel a perfeita execução d'este processo.

Eis a descripção d'esse instrumento: E' uma pinça de aço, da qual um dos ramos termina por uma chapa, que tem a fórma e a curvatura da palpebra; enquanto que o outro ramo fórma um anel, que tem uma tal curvatura, que cobre todo o bordo da chapa, excepto na parte que corresponde ao bordo livre da palpebra. Por meio de um parafuso aperta-se os dois ramos um contra o outro. A chapa é posta por baixo e o anel por cima da palpebra.

Ectropion

Todas as vezes que a palpebra, quer em parte, quer em sua totalidade, não se acha mais applicada ao bulbo, porém voltada para fóra, ha ectropion.

Esta parte não applicada pode interessar sómente o bordo da palpebra (*eversio*), parcial ou totalmente, ou então uma parte da superficie, ou sua totalidade, quer em sentido horisontal, quer em sentido vertical.

O angulo que faz a palpebra não applicada, em sentido vertical com a superficie do globo ocular, pode ser de qualquer grandeza.

O ectropion da palpebra inferior é muito mais frequente que o da palpebra superior, e só se apresenta n'esta palpebra em virtude de certas causas, e então quasi sempre nos dois olhos (ectropion senile).

O ectropion das duas palpebras do mesmo olho é raras vezes encontrado.

Ordinariamente o ectropion começa na parte interna do bordo palpebral inferior, que não se applica mais ao bulbo, de modo que o ponto lacrimal inferior não mergulha-se mais no lago lacrimal.

Toda a palpebra se acha um pouco virada, e por conseguinte todos estes symptomas augmentam, tanto a versão da palpebra como o angulo que ella forma com a superficie do bulbo.

Conforme o gráo de versão da palpebra, uma maior ou menor parte da conjunctiva palpebral se acha continuamente exposta ao ar, circumstancia que no gráo mais avançado d'esta affecção, pode tornar impossivel a oclusão da fenda palpebral.

Etiologia

As principaes causas do ectropion, podem ser reunidas em tres grupos.

Temos a considerar: 1.º Todo processo que enfraquece a funcção do musculo orbicular, (m. orbicularis oculi) dando assim lugar ao ectropion muscular, como *A.* paralytias do nervo facial (ectropion musculare paralyticum) *B.* alterações de nutrição do proprio tecido muscular, como se observa na idade avançada (ectropion musculare senile), ou ainda em consequencia de distensões fortes das palpebras, por tumores da orbita ou do bulbo; alterações que muitas vezes persistem, apesar do tumor ter desaparecido.

Como a tensão da pelle, concorre para a applicação exacta da palpebra sobre o globo ocular, segue-se que o relaxamento d'essa pelle, qualquer que seja a causa, concorrerá para o desenvolvimento do ectropion.

Se o musculo se acha fraco e a pelle relaxada, a menor causa é sufficiente para produzir um versão, como se vê no desenvolvimento do ectropion senil.

A existencia de uma affecção das vias lacrimaes, em consequencia do pezo das lagrimas, ou uma simples conjunctivite, sobretudo se o doente tem o habito de limpar o angulo interno do olho, de cima para baixo, produzem nas condições mencionadas do musculo e da pelle,

facilmente um ectropion, e uma vez desenvolvida esta affecção, estabelece-se um circulo vicioso, isto é, o lacrimejamento e a secreção augmentam o ectropion e vice versa.

O eczema da palpebra inferior produzido pela irritação d'ella pelas lagrimas, concorre tambem para o desenvolvimento do ectropion, por causa do encurtamento consecutivo. 2.º Todo o processo que é acompanhado de um espasmo do musculo orbicular (ectropion acutum ou musculare spasmodicum) como se encontra nas conjunctivites blenorrhagicas, conjunctivites e keratites phlyctenulares.

Desde que exista espasmo, basta a abertura muito brusca e forçada das palpebras para produzir o ectropion e uma vez desenvolvida esta affecção, a contracção forte da porção orbital do musculo orbicular, actua como um anel constrictor sobre a circulação das duas palpebras e especialmente sobre a da conjunctiva, impede a reposição espontanea das palpebras, e a conjunctiva revirada n'estes casos torna-se entumecida. 3.º Todo o processo que dá lugar a um encurtamento da pelle palpebral ou da pelle do rosto que cerca a cavidade orbitaria, assim como outras partes que compõem as palpebras, como :

A. Inflammações ulcerosas nos bordos das palpebras por causa de eczema, variola, blepharoadenite etc., deixando um tecido cicatricial profundo.

Este ectropion apresenta-se somente na palpebra inferior, pois a retracção cicatricial não é bastante forte, por causa da maior resistencia da cartilagem tarsa, para produzir um ectropion da palpebra superior; quando muito esta palpebra terá o bordo intermarginal um pouco voltado.

B. Perdas de substancia da pelle depois de queimaduras ferimentos, cauterisações, ulcerações syphiliticas e luposas, epitheliomas etc., deixando cicatrizes, que, se estiverem na pelle da face, devem ser ou muito profundas, ou muito extensas, para poder produzir um ectropion.

C. A carie dos ossos que compõem o bordo da orbita, e sobretudo as partes temporaes tanto do bordo superior como do bordo inferior da orbita, o que se torna algumas vezes a causa

de observar-se um ectropion, que interessa a commissura externa e do qual participam ordinariamente as duas palpebras.

A pelle alterada e adelgada torna-se adherente ao bordo osseo, a cartilagem tarsi se atrophia, a fascia tarso-orbitalis se encurta e adere ao osso, e è especialmente da alteração que soffre esta fascia, que depende o grão do ectropion.

Consequencias do Ectropion

As consequencias do ectropion são : 1.º A mucosa se achar continuamente exposta ao ar e, por conseguinte, poder desenvolver-se uma conjunctivite ; o tecido conjunctival torna-se hypertrophico, cobre-se de crostas e toma de mais a mais o character de tecido cicatricial, e seu epithelio o de epiderma.

2.º Lacrimejamento, quando um dos pontos lacrimaes, sobretudo o inferior volta-se para fóra e não póde mais receber as lagrimas. Estas produzem inflammações erythematosas e eczematosas da palpebra inferior e da face, o que torna-se de novo em consequencia do augmento de tensão da pelle, uma causa para o augmento do ectropion.

3.º A cornea não sendo sufficientemente protegida pela palpebra contra as influencias externas, perde por fim, em alguns lugares, seu epithelio, perdas que dão lugar ao apparecimento de ulcerações.

Prognostico

O PROGNOTICO depende do gráo e da causa principal do ectropion. Tambem o methodo operatorio necessario para combater esta affecção, tem importancia quanto ao prognostico; ora em geral pôde-se dizer que quanto menos de blepharoplastia tem o processo operatorio, tanto mais successo terá elle. Além d'isso o estado da conjunctiva tem valor quanto ao prognostico,

Prophylaxia

Deve-se prestar toda a attenção sobre a conjunctiva e as vias lacrimaes, que devem ser permeaveis.

Se a cicatrisação da pelle palpebral da visinhança ameaça produzir em consequencia de retracção um ectropion, deve-se fazer a oclusão temporaria da fenda palbebral segundo o processo de MIRAULT, e o enxerto dermico segundo REVERDIN, que consiste em applicar e fixar por meio de tiras de sparadrapo sobre a superficie em estado de granulação, pequenas porções de pelle tirada do corpo humano vivo.

Tratamento

No tratamento do ectropion, é preciso tomar-se em consideração 2 condições: 1º a causa; 2º o estado anatomo pathologico, isto é, a distensão da parte virada da palpebra, o alongamento do bordo palpebral, a hypertrophia da conjunctiva virada e o estado da contracção do musculo orbicular.

No ectropion muscular se não se póde restabelecer as alterações da nutrição do tecido muscular, o relaxamento da pelle ou a paralytia do nervo facial, é preciso ao menos eliminar, por um tratamento, toda a causa secundaria que possa augmentar, ou entreter o ectropion, como a conjunctivite, a falta de absorpção das lagrimas abrindo o canaliculo lacrimal inferior, e as affecções consecutivas da pelle da palpebra ou da face.

No ectropion agudo ou muscular espasmodico, deve-se tratar a affecção da conjunctiva e da cornea e desde que a oclusão da palpebra não póde mais ser nociva ao tratamento da conjunctiva, é preciso collocar-se as palpebras na posição normal e applicar-se um apparelho compressivo.

Algumas vezes póde ser necessario antes de applicar o apparelho, reunil-as por meio de tiras aglutinativas, ou por tres ou quatro suturas epiteliaes. Se o ectropion existe em ambos os olhos e tem tendencia a reproduzir-se facilmente depois da reposição, convém fechar-se os dous olhos, cada um em separado, por meio de um apparelho compressivo: e enquanto se applica esse apparelho em um dos olhos, é preciso que o outro seja conservado fechado por um ajudante, até receber tambem o seu apparelho.

Sem esta precaução, a palpebra apezar de fechada pela atadura, acompanharia o movimento da palpebra do olho ainda não fechado.

Se um olho somente é affectado de ectropion, é preciso começar-se por fechar, por meio do aparelho, o olho sã. Apesar desta precaução convém nas primeiras vinte e quatro horas inspecionar com intervallos de tres a quatro horas, a posição das palpebras, assim como nos dias seguintes; porém com intervallos de mais a mais longos.

Se o ectropion muscular e agudo persiste, ou reconhece-se que o seu grão é muito avançado para esperar-se sua cura pelos meios mencionados, então deve-se lançar mão dos methodos seguintes: 1.º Aplicar-se a sutura de ectropion, de SNELLEN.

Este excellente processo para a palpebra inferior, consiste em introduzir-se em dous ou tres pontos da conjunctiva virada, duas agulhas á pequena distancia uma da outra, e reunil-as por um fio; faz-se sahir as agulhas na pelle da face embaixo do bordo orbitario inferior, onde se liga as extremidades do fio por meio de um nó.

Quanto mais perto do bordo livre se introduz as agulhas na conjunctiva, e quanto mais profundamente se as conduz por baixo da pelle, maior será o effeito de reposição. A palpebra inferior por esse processo é puxada um pouco para baixo, circumstancia que entretanto não tem inconveniente algum.

Convem apertar os fios, até produzir-se um ligeiro entropion; depois deixa-se esses fios por 8 dias, para obter assim pela supuração em torno delles, cordas de tecido cicatricial que servem para manter depois a palpebra na posição normal.

Se a versão é muito extensa e o bordo da palpebra é muito alongado para que a sutura de Snellen baste, pôde-se cortar antes uma porção longitudinal da conjunctiva hypertrophiada e alterada, parallelamente ao bordo livre da palpebra, ou praticar antes a tarsoraphia de Grafe 2º um outro processo (Dieffenbach) muitas vezes seguido de bons resultados, consiste em tornar mais curto o bordo livre e muito destendilo da palpebra virada, e ao mesmo tempo levantar (palpebra inferior) ou abaixar (palpebra superior) esse bordo, de modo que elle se applique ao bulbo.

Começa-se fazendo uma incisão horisontal na pelle, partindo da commissura externa, e tendo a mesma extensão que o encurtamento que se quer dar ao bordo da palpebra virada.

De cada ponto terminal d'esta incisão, faz-se descer, quando se trata de ectropion da palpebra inferior, e subir quando da palpebra superior, duas incisões convergentes, limitando com a incisão horisontal um triangulo.

A parte da pelle comprehendida n'esse triangulo é tirada, e descolla-se a pelle que limita os dous lados do triangulo, do tecido subjacente.

Depois faz-se a incisão da commissura externa, e da palpebra virada, tira-se começando da commissura externa uma parte do seu bordo livre, comprehendendo as raizes dos cilios; esta parte deve ter a mesma extensão que a incisão horisontal, praticada na pelle e que representa a base do triangulo.

Feito isto, reúne-se por meio de suturas, primeiro, os lados do triangulo, depois o bordo avivado da palpebra na base do triangulo.

Se quizer-se augmentar o effeito, pôde-se, ficando tudo do mesmo modo, tirar uma parte igual do bordo externo das duas palpebras, como se faz para a tarsoraphia, afim de diminuir o comprimento da fenda palpebral.

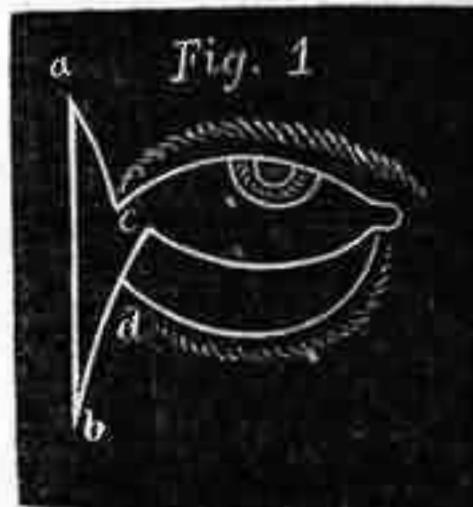
Processo de Adams.—Este processo consiste em tirar uma parte triangular mais ou menos no meio da palpebra inferior virada, comprehendendo a pelle a cartilagem tarsi e a conjunctiva; a base d'esse triangulo se acha no bordo livre da palpebra, enquanto que o apice desta porção triangular retirada se acha na pelle, perto do bordo orbitario inferior; e na conjunctiva, no fundo de sacco. Este processo é inconveniente por causa da possibilidade que ha de produzir um coloboma da palpebra e uma coaptação viciosa dos bordos.

Processo de von Ammon.—Em lugar de tirar o pedaço triangular do meio da palpebra, este auctor tira-o perto da commissura externa.

Este processo tambem é inconveniente e quando muito, poderá ser posto em pratica se houver ectropion das duas palpebras perto da commissura externa. E' preciso n'esse caso fazer-se a incisão da porção das duas palpebras de tal modo, que a commissura se ache no meio do pedaço que se tira.

Processo Szymanowsky. —Este processo applicado com successo por seu auctor na palpebra inferior, tem por fim encurtar o bordo palpebral, fixando o bordo livre temporal da palpebra fora e em cima da commissura externa.

Para obter isto, elle excisa uma parte triangular (fig 1) a, b, c, da pelle, com o apice dirigido para a commissura externa emquanto que o angulo a, se acha a 6 ou 8 millimetros mais a cima desta commissura. Depois elle mobilisa a palpebra inferior virada descolando-a a partir do b, c, e tira desde a commissura até d, o bordo da palpebra comprehendendo os cilios. Emfim fixa o angulo c, em d, e reune o bordo avivado c, d, ao bordo a, f, e o bordo c, b, é reunido á parte superior do bordo a, b.



Os processos operatorios até aqui descriptos podem servir se houver ectropion em consequencia de retracção cicatricial, comtanto que a cicatriz seja pouco profunda e pouco extensa.

E' entretanto indicado nesses casos, despegar a cicatriz das partes subjacentes; se a cicatriz é profunda e extensa, é preciso empregar os processos seguintes, segundo os casos.

Processo de Dieffenbach — Warton Jones:

N'este processo faz-se duas incisões em forma de V, através da

pelle, que começam perto da commissura palpebral e que convergem para cima (palpebra superior) para se encontrar na testa; e para baixo, (palpebra inferior) até se encontrarem na região malar. Separa-se este retalho triangular de toda a adherencia, começando do apice até o bordo orbitario da cartilagem tarsa.

Começa-se a applicar as suturas a partir do apice do triangulo, de modo que depois de sua applicação as incisões tomam a forma de Y.—Este methodo praticado por Dieffenbach na palpebra inferior e por Warton Jones na palpebra superior, não dá resultados bem satisfactorios.—(Artt).

Processo de Graefe.—Este processo para a palpebra inferior consiste em fazer na parte intra marginal do bordo palpebral uma incisão parallelá e por traz dos cilios, começando do ponto lacrimal inferior até a commissura externa.

De cada extremidade d'esta incisão horisontal faz-se descer uma incisão vertical de 17 a 21 millímetros de comprimento; separa-se esse quadrangulo de pelle do tecido subjacente, prolongando, conforme o gráo de atrophia da pelle, o descollamento um pouco alem das terminações das duas incisões verticaes.

Seria agora tomando o retalho por meio de uma pinça larga puxando-o fortemente para a testa, e reunindo as feridas verticaes por meio de suturas, começando em baixo, que se corrigiria o ectropion, porem ainda que as duas extremidades do retalho excedam desse modo muito os angulos palpebraes, é preciso antes de pôr as suturas, praticar duas incisões, formando entre si um angulo obtuso, e depois excisar a porção da pelle comprehendida entre a incisão vertical e as duas ultimas descriptas.

Reune-se o angulo obtuso ao angulo agudo interno palpebral de modo que elle occupe o lugar que d'antes occupava o angulo interno do retalho.

Se tem-se em vista sobretudo levantar a palpebra inferior faz-se as duas incisões de modo que o angulo obtuso, ou antes o ponto de encontro das incisões, se ache perto da incisão vertical.

Finalmente reune-se a ferida horisontal, comprehendendo nas suturas uma porção relativamente grande de pelle, e pequena de conjunctiva, e liga-se os fios bastante tensos, á testa.

A reunião por primeira intensão é necessaria e exige os cuidados bem conhecidos.

DE CRÆFE recommenda este processo para a palpebra inferior, nos casos em que uma blepharite causou um ectropion pelo encurtamento da pelle e alongamento das commissuras palpebraes.

Se o ectropion resulta de uma cicatriz adherente ao osso e a pelle em torno da cicatriz permite o escorregamento, pode-se praticar os processos seguintes :

Destaca-se pelo methodo subcutaneo a cicatriz do osso e descolla-se ao mesmo tempo a pelle ao redor d'essa cicatriz do tecido subjacente, até dar á palpebra a posição normal em que ella deve ser mantida.

Todas as vezes que se tem em vista conservar a oclusão da palpebra por certo tempo, tornando a abertura impossivel como aqui é necessario, afim de que a cicatrização se faça n'esse sentido, deve-se praticar a oclusão temporaria das palpebras (blepharoraphia) pelo processo de MIRAULT que se executa do modo seguinte:

Reune-se as palpebras por quatro ou cinco pontos de sutura depois de ter avivado seu bordo palpebral, tirando esse bordo.

Deve-se poupar os pontos lacrimaes e as raizes dos cilios.

Processo de von Ammon.—Este processo é analogo ao que acabamos de discrever, e não pode ser applicado senão quando a cicatriz é pouco extensa. Aproveita-se o excesso de pelle que cerca a cicatriz, do modo seguinte: separa-se a cicatriz da pelle que a cerca, por meio de uma incisão oval, cujo maior eixo é determinado pela fórma da cicatriz; se ella tem sua maior dimensão no sentido mais ou menos vertical, tambem a incisão oval deve ter seu maior eixo no sentido vertical; para uma cicatriz de maior extensão em sentido horisontal, é o contrario.

Descolla-se um retalho de pelle de igual grandeza das partes

subjacentes, afim de que ella possa cobrir sem traccão notavel a cicatriz que já se tem avivado ligeiramente e afim de que a palpebra possa tomar facilmente sua mobilidade normal. Depois reune-se os labios da ferida por meio de suturas.

Deve-se fazer todo o possivel para que a reunião por primeira intensão tenha lugar ; pois sem ella um bom resultado é impossivel.

Este methodo serve para as duas palpebras.

Processo de Fr. Joeger. Este processo applicado por seu auctor á palpebra superior, consiste no deslocamento da cicatriz e da pelle circumvisinha dos tecidos subjacentes e na excisão de um retalho quadrangular em toda a espessura da palpebra distendida.

Pratica-se do seguinte modo : Faz-se uma incisão parallela e á distancia de cinco a sete millimetros do bordo da palpebra em questão, em toda a sua espessura e interessando toda a largura da palpebra, protegendo-a por meio de uma espatula de marfim, ou o que é melhor pelo e blepharopatho de Snellen.

Resulta desta incisão um ponto limitado de um lado pelo bordo livre da palpebra ; e de outro pela incisão praticada.

Separa-se largamente a cicatriz e a pelle que a cerca dos tecidos subjacentes, depois do que tira-se do ponto em questão um retalho quadrangular, da extensão que se quer encurtar a palpebra para que ella possa se applicar directamente contra o globo ocular.

Reune-se em primeiro lugar os labios verticaes d'essa ferida por uma sutura entortilhada, depois os da ferida horisontal por uma sutura simples.

A condição essencial para a execução deste processo, é poder-se tornar a cicatriz e a pelle circumvisinha bem moveis. Este processo tem o inconveniente de causar, algumas vezes, um coloboma artificial da palpebra.

Processo de Arlt. Quando uma carie do bordo da cavidade orbitaria produzir um ectropion, em que a superficie mucosa descoberta fôr mais ou menos triangular, ARLT recomenda o processo seguinte: Se a cicatriz, por exemplo, se acha em *e*, elle faz na pelle e no musculo as duas incisões *a. b.* e *b. c.*, que em *e* formam um angulo agudo ou quando muito recto. Depois corta o bordo palpebral de *c* até *d*, comprehendendo as raizes dos cilios, e tendo 2 a 3 millimetros de largura, prolongando a incisão *b. c.* até *d.*, e por uma incisão *e. o.*, que é feita perpendicularmente ao tarso e pela incisão *d. g.* Feito isto o operador tira a pelle na região da cicatriz e descolla o triangulo formado pela pelle e musculo, a partir de *e.*, da fascia orbitalis. que muitas vezes deve ser incisada, até chegar ao bordo orbitario do tarso, afim de poder facilmente pôr a palpebra na posição normal.



Agora resta somente um triangulo *a. b. c.* (fig 3) que se procura diminuir por meio de suturas a partir de *b.* A reunião aqui pôde-se fazer por primeira intensão; pois o retalho *a. c. b. o.* (fig. 2) soffre pouca distensão, porque a linha *a. c.* não é mais curta que a linha *a. d.* senão poucos millimetros. Se se quizer ao mesmo tempo tornar a fenda palpebral mais estreita pela tarsoraphia, aviva-se o bordo palpebral superior começando em *g.*, e o bordo palpebral inferior em *a.*, e procede-se depois conforme já dissemos.

Este processo póde servir para as duas palpebras.



Processo de Dieffenbach. Este cirurgião traça uma incisão em fórmula de triangulo isosceles cuja base é parallela e se acha perto do bordo palpebral, e excisa a parte limitada por esse triangulo.

Para poder cobrir o espaço que se torna livre, elle prolonga a incisão que representa a base do triangulo, dos dous lados e descolla a pelle ao redor da secção para facilitar seu escorregamento.

A reunião d'esses dous retalhos no sentido vertical, segundo o auctor d'este processo, deve dar á palpebra sua posição normal; depois applica suturas nas incisões horisontaes.

Este processo applicavel ás duas palpebras, não parece de grande efficacia.

Processo de A. Guerin. Este operador faz uma incisão em fórmula de **V** cuja ponta se acha perto do bordo palpebral, e cuja abertura é em sentido opposto a esse bordo virado.

Da extremidade inferior de cada uma d'essas incisões, partem duas outras parallelas ao bordo palpebral.

Ha agora dous retalhos triangulares que se descolla afim de poder levantá-os e reunir pela sutura de pontos separados seus bordos verticaes, que representam as incisões primitivas do **V** virado.

Com esta reunião tem-se levantado a palpebra virada, até a altura que tinha o \blacktriangle ; de sorte que o bordo inferior dos dous retalhos reunidos se acha acima da ponta do \blacktriangle que ficou em seu lugar.

Em consequencia do deslocamento dos dous retalhos triangulares, resultam de cada lado do \blacktriangledown dous triangulos descobertos pela pelle. Se a cicatriz que produz o ectropion, é muito extensa e profunda, de sorte que a pelle circumvisinha esteja muito tensa, é preciso recorrer-se á blepharoplastia.

Processo de Fricke. Este processo especial para a palpebra superior, mas tambem bom para a palpebra inferior, consiste em tirar um retalho da pelle visinha do olho, e substituir por esse retalho a cicatriz e a perda de substancia excisada. Primeiramente cerca-se a cicatriz, (tratamos da palpebra superior), por duas incisões semiovaes feitas sempre perpendicularmente através da pelle, das quaes a inferior é parallela ao bordo palpebral. Excisa-se a parte da pelle e da cicatriz limitada por essa incisão oval poupando o mais possivel o musculo orbicular. Depois separa-se a palpebra dos cordões cicatriciaes subcutaneos, disseca-se a pelle correspondente á incisão superior, e muitas vezes se é obrigado a cortar a fascia tarso orbitalis parallelamente ao bordo orbitario, com precaução para não offender o levantador da palpebra superior, até permittir que a palpebra, sem soffrer repuxamento, seja collocada na posição que ella occupa no estado normal quando se olha para baixo.

E' agora que se póde bem apreciar a largura (de cima para baixo) da perda de substancia, que se deve cobrir a perda cutanea, pela pelle da visinhança tirada da fonte ou da bochecha (ARLT) quando se trata da palpebra superior; e somente da bochecha, quando se trata da palpebra inferior (MEYER).

Faz-se a primeira incisão a partir da parte terminal externa da ferida palpebral em uma direcção para cima (palpebra superior), para baixo (palpebra inferior) e ao mesmo tempo para dentro, enquanto que a segunda incisão que deve ser 6 a 10 millimetros

mais longa que a primeira é feita obliquamente, a partir do ponto terminal d'esta, para baixo (palpebra superior) ou obliquamente para cima (palpebra inferior) e ao mesmo tempo para fóra.

E', entretanto, preciso tomar-se em consideração o seguinte: o retalho deve ter a fórmula semilunar ou de ponta de lancêta; a concavidade no primeiro caso deve ser do lado do retalho, que na transplantação se acha mais perto do bordo palpebral.

O comprimento do retalho e por consequencia sua ponta, pode ser determinado com antecedencia; quanto á sua largura, não é senão depois da reposição da palpebra que pode ser determinada, tomando sempre em consideração que: em consequencia da retracção, convem que elle seja 5 ou 7 millímetros maior, tanto em comprimento como em largura.

Para evitar uma torsão muito grande, é preciso que a direcção do retalho em sentido longitudinal faça com a direcção em sentido longitudinal da ferida palpebral, um angulo o mais agudo que for possivel, e nunca um angulo obtuso.

Convem que a base do retalho como ponto fixo e immovel tenha uma posição tal que depois da transplantação a fenda palpebral não seja repuxada em sentido anormal.

A base do retalho tirado da fonte ou da testa, deve (para a palpebra superior) se achar um pouco mais baixa que a fenda palpebral (SIKLOSZY).

Disseca-se o retalho o mais possivel livre de gordura, até a sua base, e para poder collocar-o em seu novo lugar, é preciso dar-lhe lugar na parte externa da ferida, ou cortando um pedaço estreito de pelle, ou simplesmente fazendo um incisão que separe os bordos (ARLT).

Antes de fixar o retalho em seu novo lugar por meio de suturas, é preciso reunir tambem por suturas os bordos da ferida produzida pela transplantação do retalho; ora procedendo assim, pode-se applicar com mais perfeição o retalho em seu novo lugar e tambem nma demora de 10 a 15 minutos, entre a separação do retalho e sua collocação, não é nociva á cicatrização por pri-

meira intensão, mas é até útil, pois que o retalho tem tempo de perder o sangue necessario.

A reunião de retalho se faz começando pela ponta, primeiro em cima depois em baixo.

Processo de Dieffenbach. — Este processo sobretudo proprio para a palpebra inferior, para a qual nós o discrevemos aqui, consiste em cobrir, uma perda de substancia em forma de triangulo isosceles, por um retalho rhomboidal, de sorte que os lados internos do triangulo e do rhomboide se confundem.

Começa-se fazendo em torno da cicatriz uma incisão triangular, cuja base se acha parallelamente ao bordo parpebral, e é medindo-a em sentido recto, mais curta que a altura do triangulo.

Tira-se a porção comprehendida pelo triangulo.

Prolonga-se depois para fora e em sentido horisontal, a incisão da base, porem mais 6 ou 8 millimetros comprida que a base; a partir do ponto terminal desta ultima incisão faz-se descer uma outra parallela ao lado externo do triangulo do mesmo comprimento que a ultima, ou alguns millimetros mais comprida.

Depois descolla-se esse retalho rhomboidal para reunil-o por seu lado interno ao lado interno da abertura triangular.

A reunião para a ferida horisontal e a vertical, deve começar do angulo interno.

Feito isto fica descoberto na fonte um espaço triangular, cujos bordos não se une por meio de suturas.

E' esta ferida triangular, cuja cicatrização é abandonada a si mesma, e que se acha tão perto da commissura externa, que torna este processo inconveniente; pois a cicatrização se opera quasi sempre de modo a repuxar as partes visinhas, e assim a palpebra será muito sujeita a seguir as tracções.

Modificação d'este processo.—ARLT dá á incisão, contho-temporal cerca de um centimetro de mais em comprimento, que a da base de triangulo, pois assim o angulo externo do retalho deslocado excede a commissura externa cerca de 5 a 6

millímetros, e pode assim ser fixada mais solidamente á pelle para fora da commissura, que se disseca um pouco, do que ao bordo palpebral, como faria DIEFFENBACH.

Depois ALRT applica duas suturas n'este angulo ; não pratica horisontalmente o incisão contho-temporal, mas a faz descer um pouco na direcção do lobulo da orelha.

Do mesmo modo a outra incisão (temporo-genal) não é feita parallelamente ao lado externo do triangulo, mas convergente até uma distancia de 13 a 15 millímetros, e ao mesmo tempo um pouco mais baixa, de sorte que a largura da base do retalho se reduz quasi á metade da largura do bordo superior.

Esta largura da base basta para a sua nutrição necessaria.

Se se quizer unir pela sutura entortilhada o triangulo que ficou descoberto, a partir do angulo externo, dirigido para a orelha; sem entretanto fazer sahir muito a base do retalho, é preciso dar a incisão descendente, não uma direcção rectilinea porem em forma de arco, cuja convexidade se dirige para adiante (para o nariz).

Modificação do processo de Dieffenbach por Scymanowsky.

Esta modificação tem por fim cobrir o espaço que fica livre em consequencia da transplantação do retalho e consiste em fazer-se a incisão contho-temporal obliquamente para para cima, e a incisão temporo-genal obliquamente para baixo.

O retalho deste modo torna-se mais longo e cobre sem repuxamento, depois de sua retracção, a parte triangular descoberta.

Alem d'isso tem tambem a vantagem de permittir a applicação das suturas, que mantenham o retalho unido á pelle para fôra da commissura externa, e prevenir a queda do mesmo retalho.

Pode-se tambem reunir, começando no angulo agudo, os bordos da ferida resultante da transplantação, o que constitue uma vantagem para o retalho transplantado.

Processos de Denonviliers.—Este começa por dissecar as cicatrizes e adherencias de modo que o bordo palpebral possa ser collocado em seu lugar normal, e por praticar o avivamento e a sutura dos bordos palpebraes.

Tendo por esse modo reconhecido exactamente a perda de substancia que tem de encher, o operador traça o retalho na região mallar e o disseca da ponta para a base.

Quando chega a base separa as incisões para confundir, quanto for possivel, o bordo da ferida com o bordo visinho de retalho.

O primeiro ponto de sutura é feito no apice do retalho; depois faz a sutura no bordo mais distante da palpebra, e enfim no mais proximo.

Processo de Riche. Trata-se de um ectropion da palpebra inferior voltada para fóra e para baixo, em consequencia de carie do osso mallar.

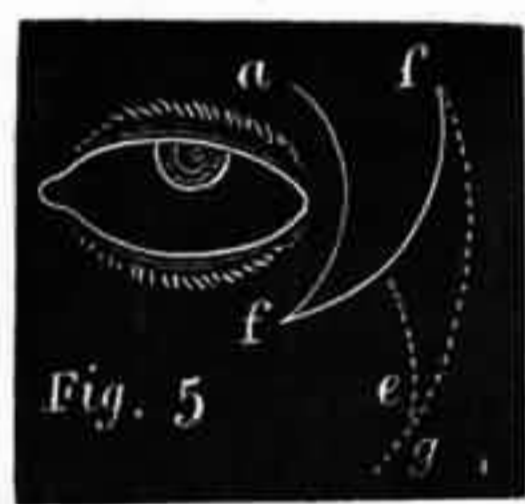


Elle cerca a cicatriz por tres incisões em fórmula de arco (fig. 4) a c, b c, e c d.

Estas incisões formam entre si um triangulo b c d, cujo conteúdo elle excisa. Depois colloca a palpebra inferior, e por conseguinte a commissura externa e a palpebra superior, em seu lugar normal, e faz a tarsoraphia provisoria.

Para reparar a perda de substancia formada pela excisão da cicatriz, elle traça um retalho a e f, prolongando a incisão a c até e, e fazendo uma outra de e até f.

Este retalho a e f descollado, sua parte inferior é posta na perda de substancia triangular, mas agora torna-se livre um espaço triangular, c e f (fig 5)



que é coberto pela parte superior do retalho inferior b, c, g, que se estende para cima. Depois de ter applicado as suturas a figura torna-se assim: (fig 6)



Mais do que ninguem nós estamos intimamente convencidos da extrema imperfeição d'este nosso trabalho, e, seja nos licito confessar: dous poderosos motivos concorreram para este resultado:

a mesquinhez de nossa intelligencia e a exiguidade de nossos conhecimentos ; era, porem, necessario que cumprissemos com um dever imprescindivel e este foi desempenhado segundo os elementos de que dispunhamos.

Aos nossos leitores e especialmente aos nossos juizes dirigimos as seguintes palavras de Ovidio, que tornamos nossas :

« *Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis*

« *Causa, sed utilitas, officiumque fuit.*

V.7/059

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO ACCESSORIA

SEGUNDO PONTO

Do Infanticidio.

(CADEIRA DE MEDICINA LEGAL)

I

Da-se o nome de infanticidio ao crime de matar a alguém recém nascido ou nascente.

II

A respeito da accepção que se deve dar á palavra recém nascido não são accordes as auctoridades scientificas.

III

A difinição adoptada por quasi todos os medicolegistas, é a de Olivier d' Angers que considera recém nascido o infante até a quéda do cordão umbilical.

IV

Para que tenha lugar o crime de infanticidio, é preciso que a criança tenha nascido viva.

V

Para provar-se o infanticidio, a presença do corpo de delicto é indispensavel.

VI

Não basta achar-se o medicolegista em presença do cadaver de um recém nascido, ainda que apresente traços de violencias, para admittir o crime de infanticidio; é preciso provar que a criança viveu e que succumbiu em consequencia d'essas violencias.

VII

A criança pode ter vivido algum tempo sem haver respirado; mas não póde ter respirado, se não viveu.

VIII

E' difficil determinar-se positivamente qual é a côr caracteristica do pulmão que não respirou e a do que respirou.

IX

O infanticidio da-se por commissão ou por omissão.

X

Aos diversos modos de asphyxia, e particularmente á suffocação, são referidos muitos casos de infanticidio.

XI

As questões que dizem respeito ao infanticidio, apresentam quasi sempre dificuldades, e estas augmentam quando o infanticidio tem lugar por omissão.

XII

A nossa legislação criminal a respeito do infanticidio é muito incompleta.

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO CIRURGICA

SEXTO PONTO

Da loucura puerperal

CADEIRA DE PARTOS, ETC.

I

Loucura puerperal é o delirio permanente ou transitorio, geral ou parcial, apyretico e prothopathico, ligado ao estado puerperal.

II

A loucura puerperal é uma entidade morbida accidentalmente collocada no numero das phrenopathias.

III

A predisposição individual é muitas vezes a explicação mais plausível que se póde dar para o apparecimento da loucura puerperal.

IV

Herança, anemia e constituição nervosa, eis a triade etiologica que maior influencia exerce no desenvolvimento da loucura puerperal.

V

A loucura puerperal nem sempre tem uma terminação feliz ; haja á vista a mania aguda a monomania religiosa, a megalomania etc.

VI

A physiologia e a anatomia pathologicas ainda não poderam resolver os segredos que se passam no seio do encephalo ; por isso umá tal lacuna obscurece e complica as theorias da pathogenia da da loucura puerperal.

VII

O diagnostico da loucura puerperal é geralmente facil e positivo.

VIII

A perda da razão durante o estado puerperal pôde não ser um acesso de loucura puerperal.

IX

Circumstancias diversas podem agravar o estado da louca durante o estado puerperal.

X

O tratamento da loucura puerperal é sempre relativo, o tratamento moral é injustamente pouco considerado

XI

O tratamento physico nem sempre pôde aproveitar, quando se deixa de lado a observação do doente.

XII

Os banhos mornos prolongados e repetidos, e a morphina constituem o methodo de tratamento hoje mais usado na loucura puerperal.

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO MEDICA

DECIMO PONTO

Papel dos rins no organismo humano.

I

Os rins são órgãos essencialmente formados por tubos que começando em ampoula na substancia cortical terminam em cones na substancia medullar.

II

A ampoula (*glomerulo de Malpighi*) em que começa o tubo urinifero é composta de uma membrana amorpha transparente e delgada (*capsula de Bowman*) e de uma rede de capillares enrolada sobre si mesma e a que se deu o nome de *capusculo de Malpighi*.

III

A capsula de Bowmann é perfurada não só pelo *vaso afferente* glomerular, como também pelo *vaso efferente*, que d'ahi sahindo dá origem a uma rede de capillares, a que se tem dado *impropriamente* o nome de veia porta renal.

IV

Entre o corpusculo de Malpighi, e a capsula de Bowmann existe uma camada de cellulas epitheliaes pavimentosas.

V

A' terminação do tubo urinifero em cone na substancia medullar dá-se o nome de *papilla renal*.

VI

E ao nivel do glomerulo que se faz a filtração do liquido que mais tarde tem de constituir a urina.

VII

O liquido filtrado ao nivel do glomerulo é serum sanguineo.

VIII

Este liquido atravessando os tubos uriniferos perde sua albumina, tornando-se, ipso facto, mais concentrado.

IX

O apparecimento da albumina nas urinas constitue na maioria dos casos um symptoma muito importante no diagnostico de uma molestia do rim.

X

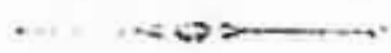
Os principios normaes da urina provindo do sangue o rim póde, debaixo deste ponto de vista, ser considerado como um *filtro*.

XI

Os principios que accidentalmente apparecem nas urinas provem do sangue, onde elles foram levados, já com um fim experimental, já com um fim therapeutico.

XII

Dentre todos os orgãos depuradores do sangue o rim occupa o primeiro lugar.



Hippocratis Aphorismi

I

Vita brevis, ars longa, occasio preceps, experientia fallax, iudicium difficile.

(SECT. I. APH. I.)

II

In doloribus oculorum, postquam merum bibendum dederis, et multa calida lavaveris, venam secato.

(SECT. VII. APH. LVI)

III

Ophthalmia laborantem ab alvi profluvio corripere, bonum.

(SECT. VI. APH. XI)

IV

Oculorum dolores meri potio, aut balneum aut fomentum, aut venectio aut medicamentum purgans exhibitum solvit.

(SECT. VI. APH. XXXI)

V

Et qua corporis parte calor inest aut frigus, ibi morbus est.

(SECT. IV. APH. XXXIX)

VI

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat, quæ vero ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet.

(SECT. III. APH. VI)

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 1877

Dr. Benjamim Franklin Ramiz Galvão

Dr. Pedro Affonso Franco.

Dr. João José da Silva.