

BREVES CONSIDERAÇÕES

SOBRE A

EXTRACÇÃO DA CATARACTA

PELO

PROCESSO LINEAR MODIFICADO

12/4 EMC

N.º 4

N.º 306

BREVES CONSIDERAÇÕES

SOBRE A

EXTRACÇÃO DA CATARACTA

PELO

PROCESSO LINEAR MODIFICADO

DISSERTAÇÃO

APRESENTADA

A

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

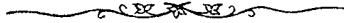
PARA SER DEFENDIDA

SOB A PRESIDENCIA DO ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

ANTONIO D'OLIVEIRA MONTEIRO

PELO ALUMNO

GASPAR ANTONIO D'ANDRADE VILLARES



PORTO

TYPOGRAPHIA DE ANTONIO JOSÉ DA SILVA TEIXEIRA

Rua da Cancellia Velha, 62

—
1870

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

O Ill.^{mo} e Exc.^{mo} Snr. Commendador Manoel Maria da Costa Leite

SECRETARIO

O Ill.^{mo} e Exc.^{mo} Snr. Joaquim Guilherme Gomes Coelho

CORPO CATHEDRATICO

LENTE PROPRIETARIOS

OS ILL.^{mos} E EXC.^{mos} SNRS.

- | | |
|---|--|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva e geral . . | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Dr. José Carlos Lopes Junior. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medica-
mentos. Materia medica | João Xavier d'Oliveira Barros. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia geral. Pathologia
externa e therapeutica externa | Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pedro Augusto Dias. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria | |
| 6. ^a Cadeira — Partos, molestias das mulhe-
res de parto e dos recém-nascidos | Manoel Maria da Costa Leite. |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna. Therapeu-
tica interna e historia medica | José d'Andrade Gramaxo.
Antonio Ferreira de Macedo Pinto. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica | Agostinho Antonio do Souto. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica | Dr. Miguel Augusto Cesar d'Andrade. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica | |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene priva-
da e publica e toxicologia geral | Dr. José F. Ayres de Gouvêa Osorio. |

LENTE JUBILADOS

- | | |
|----------------------------|---|
| Secção medica | { José Pereira Reis.
Dr. Francisco Velloso da Cruz. |
| Secção cirurgica | { Antonio Bernardino d'Almeida.
Luiz Pereira da Fonseca. |

LENTE SUBSTITUTOS

- | | |
|----------------------------|--|
| Secção medica | { Joaquim Guilherme Gomes Coelho.
Antonio d'Oliveira Monteiro,
Presidente. |
| Secção cirurgica | Eduardo Pereira Pimenta. |

LENTE DEMONSTRADORES

- | | |
|----------------------------|-------|
| Secção medica | Vaga. |
| Secção cirurgica | Vaga. |

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola de 23 d'abril de 1840, art. 155.)

A MEU TIO

O ILL.^{mo} SNR.

ANTONIO JOAQUIM D'ANDRADE VILLARES

Fallecem-me as expressões para testemunhar o vivo reconhecimento que se apodera de minha alma, ao lembrar-me que é aos vossos auxilios que devo a realisação das minhas aspirações.

Tão solícita e desvelada achei sempre a vossa protecção, como a do mais extremoso pae para com seu filho!

Permitti-me, por isso, que inscreva o vosso nome nas humildes paginas d'este trabalho, que de direito vos pertence.

Pobre como é a offerta, tem, pelo menos, uma significação real e verdadeira: exprime o respeito e gratidão que sempre associará ao vosso nome

O vosso affeiçãoado e reverente sobrinho,

Gaspar Antonio d'Andrade Villares.

À MEMORIA

DE

MINHA MUITO QUERIDA MÃE

DEDICA

© author.

A MEU EXTREMOSO PAE

O amor filial é, sem duvida, o sentimento do coração, mais que todos elevado e nobre.

Em nome d'esse sentimento intimo, vos dedica este humilde trabalho

O vosso filho obediente;

Gaspar Antonio d'Andrade Villares.

AO SEU PRESIDENTE

O ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

ANTONIO D'OLIVEIRA MONTEIRO

COMO PROVA DE VERDADEIRA SYMPATHIA E GRATIDÃO

O. D. C.

O author.

INTRODUÇÃO

No principio d'este seculo, quando appareceu o *tratado pratico das doencas dos olhos por Scarpa*, estava a ophthalmologia ainda confiada aos empiricos. Os verdadeiros medicos não lhe prestavam a devida attenção, e tudo estava por fazer ainda n'este ramo da sciencia de curar.

Dotado de um genio raro de observação, e collocado n'um grande theatro, o illustre professor de Pavia reconheceu a tempo a lacuna importante que existia n'esta parte da sciencia, e, elevando-se acima dos prejuizos, não recebeu arrancal-a das mãos dos oculistas exclusivos, e fazel-a entrar no dominio commum da medicina e da cirurgia.

A primeira edição do tratado de Scarpa em 1801 deu em resultado a creação de cadeiras especiaes nas Universidades de Inglaterra, Allemanha, França e Italia, e, em poucos annos, viram a luz publica um grande numero de obras todas baseadas sobre as theorias de Scarpa.

Para se fazer uma leve ideia do que era a ophthalmologia nos seculos anteriores, e da pouca importancia que merecia este ramo tão difficil da sciencia medica, basta vêr as theorias que os antigos possuíam sobre a formação da cataracta.

Pensavam uns que esta doença era o resultado de uma membrana de formação nova, collocada por diante do crystallino; pensavam outros que era devida á queda de um liquido, que turbava a transparencia dos meios do olho, e se oppunha á visão; outros, em fim, collocavam a séde d'esta doença na cornea, no humor vitreo etc. etc. Além d'estas opiniões erroneas, havia uma outra que era o considerar-se o crystallino como o principal instrumento da visão, e, partindo d'este principio falso, ninguem concebia que, nos individuos affectados de cataracta, podesse subsistir a visão depois do abaixamento da lente.

Todas estas hypotheses imaginarias foram substituidas por outras mais justas e rasoaveis, devidas ao progresso incessante d'este ramo da sciencia, e hoje todos os authores são concordes em definir esta doença *uma opacidade parcial ou total de uma ou de muitas das partes que compõem o systema crystallino.*

Eu que não tenho em vista apresentar uma monographia, mas sim recommendar um dos meios operatorios ainda hoje pouco seguido, direi apenas sobre a doença o restrictamente preciso para intelligencia do fim a que me propuz.

ETIOLOGIA

São excessivamente numerosas as causas d'esta affecção. Em alguns casos a opacidade é o resultado de uma picada, d'uma contusão, ou de um choque violento sobre o globo ocular. N'estes casos toma o nome de cataracta traumatica.

Desenvolve-se as mais das vezes sem causas accidentaes apreciaveis, e sem ser precedida por uma inflamação do olho, sem que, n'uma palavra, se possa attribuir a uma causa material; o que mostra que é ainda muito obscura a etiologia da cataracta; todavia parece-me dever expôr aqui alguns principios geraes fornecidos pela observação.

É um factio incontestavel que esta doença é hereditaria. Diz Janin ¹ que operára uma doente em cuja familia nove pessoas soffreram esta mesma doença. Ph. J. Roux ² operou tres irmãos, cujo pae tambem soffreu de

¹ Mem. et obs. anatom. sur l'œil, pag. 149.

² Gaz. medicale de Paris, 1842, n.º 53.

cataracta, e o quarto irmão teve também, mais tarde, esta mesma doença.

Dyer ¹ falla de um jornalista, de 52 annos de idade, affectado de uma cataracta dupla, tendo o pae d'este individuo, um irmão e o filho segundo também soffrido esta doença; e, finalmente, Streatfeild conta ter conhecido uma familia na qual a mãe e cinco filhos foram affectados de cataracta.

Em nenhum dos casos apontados a doença era congenita.

Tambem se não pôde duvidar da influencia do clima, porque todos conhecem a frequencia da cataracta no Oriente e especialmente no Egypto; sendo, além d'isso, também certo que é muito mais frequente na idade senil do que na infancia.

Delpech de Montpellier considerava as cataractas senis como o resultado de uma verdadeira necrose do crystallino, que n'um periodo avançado da vida deve participar do movimento de decomposição que se opéra em todo o organismo. Esta explicação excessivamente subtil, não resolvendo o problema, deu lugar a outras ideias apresentadas por Cusco, cujos estudos anatomicos tendem a provar, que a existencia d'estas cataractas está estreitamente ligada com a atrophia da parte anterior da choroidea, assim como as lesões do corpo vitreo estão debaixo da dependencia directa da atrophia da parte posterior d'aquella mesma membrana.

Este primeiro passo no conhecimento das alterações das partes componentes do olho ha-de conduzir-nos a resultados importantes, debaixo do ponto de vista therapeutico.

¹ Provincial Med. and Surg. Journ. 1848.

SYMPTOMAS ANATOMICOS

Supponhamos, para clareza da descripção, que a cataracta está completamente formada. A primeira cousa que se nos apresenta é uma mancha situada por detraz da pupilla, de côr e de aspecto differente, segundo a variedade da cataracta; umas vezes mais opaca no centro, outras vezes, na circumferencia. Se collocarmos o doente obliquamente ao pé de uma janella, veremos desenharse um circulo escuro sobre a parte da opacidade, que corresponde á abertura pupillar. Este phenomeno, a que se dá o nome de *sombra projectada da iris*, tem facil explicação: dá-se este mesmo phenomeno se collocarmos um anel de ferro, por exemplo, entre uma lampada e uma folha de papel branco; olhando obliquamente veremos distinctamente a sombra do anel sobre o papel. No olho, o anel é a pupilla; a cataracta é o papel branco. Este phenomeno que é apreciavel em certas cataractas é incompleto, ou falta totalmente em outras, sobre tudo nas cataractas molles e liquidas.

Estes signaes anatomicos, a mancha opaca e a sombra projectada pela iris, indicam sempre a presença da cataracta, que é ainda tambem verificada pela existencia dos signaes subjectivos ou physiologicos.

SYMPTOMAS PHYSIOLOGICOS

Os doentes affectados de cataracta contam uns que a doença principiou por uma perturbação na visão, que a principio não deixava vêr os objectos senão através d'uma nuvem muito tenue, mas que, de dia para dia, se

ia tornando mais espessa; outros, que começára por verem fluctuar, por algum tempo, diante dos olhos corpusculos de fôrma e de côr variaveis; taes como, por exemplo, uma mosca, um fio, um cabelo, uma têa d'aranha, que desapareciam e voltavam com intervallos indeterminados. Queixam-se tambem outros de que lhes enfraquecia a vista durante toda a manhã, ou quando o sol estava claro, e que melhoravam á tarde e durante a noite. Observaram outros, finalmente, que, se fitassem os olhos sobre a luz de uma lampada, parecia-lhes que a chamma estava cercada de um circulo de fogo de um tamanho que podia bem comparar-se ao da chamma de um reverbero.

Á medida que ia augmentando a opacidade, tornavam-se cada vez mais confusas as sensações visuaes. Começavam por confundir os objectos afastados, e acabavam por distinguir apenas o dia da noite.

ANATOMIA PATHOLOGICA

Os crystallinos cataractados não apresentam o mesmo aspecto, segundo se examinam fóra do olho depois da extracção, ou no interior d'este orgão. Esta proposição applica-se especialmente ás cataractas duras. Na cataracta verde o crystallino fóra do olho apresenta uma côr d'ambar d'um amarello carregado, e algumas vezes uma côr alaranjada ou um pouco rosada. Nas mesmas condições, a cataracta negra apresenta uma côr vermelha escura.

Tem-se explicado estas diferenças de côr por a combinação da côr propria do crystallino com a côr da choroidea.

Uma outra circumstancia, que é difficil explicar, é

que o *crystallino* na cataracta dura ordinaria pôde parecer opaco no olho, e apresentar, depois da extracção, uma certa transparencia, a tal ponto, que, se applicarmos a lente sobre uma pagina impressa, distinguem-se através d'ella os caracteres da imprensa.

Na invasão das cataractas duras, o *crystallino*, depois de extrahido, apresenta-se um pouco amarellado no meio, mais tarde de um amarello d'ambar, e mais tarde ainda de um amarello côr de laranja.

Como explicar agora a diminuição notavel da visão, que os doentes accusam com um *crystallino*, que parece transparente? A explicação seguinte dada por G. Hoering não satisfaz completamente.

Passa-se no *crystallino*, diz este author, uma transformação mollecular em virtude da qual um grande numero de raios luminosos são reflectidos logo que chegam á pupilla, o que dá á lente o seu aspecto opaco; outros raios atravessam ainda o *crystallino*, e servem para dar ao doente um certo grau de visão.

Mostram tambem algumas observações que na cataracta lenticular dura o *crystallino* diminue de volume, e ganha mais consistencia. Kletzinsky ¹ examinou comparativamente um certo numero de *crystallinos* normaes, e igual numero de cataractados, e viu que os primeiros tinham um peso medio absoluto de 0,053, e os segundos, um peso medio de 0,029. Ha, finalmente, a notar outra alteração nas cataractas lenticulares que é a infiltração gordurosa na substancia da lente.

Julgo desnecessario descrever aqui as modificações que soffrem as differentes camadas do *crystallino*, e que foram reconhecidas e verificadas por meio do microscopio por muitos ophthalmologistas, e, entre estes, muito especialmente por Testelin, Warlomont e Ch. Robin.

1. Heller's Archiv. f. physiol. u. pathol., 1853, pag. 286.

DIAGNOSTICO

Comprehende-se n'esta parte o estudo das tres questões seguintes: Distinguir a cataracta d'outras lesões, que teem com ella tal ou qual semelhança; taes como a amaurose, o descollamento da retina, a presbytia e as falsas membranas pupillares. Reconhecer a variedade das cataractas. Descrever cada uma d'ellas.

Primeira. — Pouca difficuldade offerece este diagnostico, quando a cataracta é já antiga e fórma uma opacidade bem apparente pela parte posterior da pupilla. Póde, todavia, acontecer, que a cataracta, mesmo n'um grau já muito avançado, occupe as camadas profundas do crystallino, ou a capsula posterior, e que, d'este modo, a mancha escape a um exame ordinario; acrescentando que a cataracta negra não muda o aspecto da pupilla, e que aquella variedade de amaurose; em que a retina é descolada por um derramamento soroso, apresenta uma côr esbranquiçada no fundo do olho, que simula perfeitamente uma cataracta.

Antes da invenção do ophthalmoscopio, conseguia-se determinar a natureza da doença, pela comparação das perturbações funcçionaes, e pela experiencia das imagens de Purkinje e Sanson. Considerava-se como amaurotico o doente, cuja pupilla estava dilatada, pouco ou nada contractil, e que procurava com avidéz a luz forte. Julgava-se, pelo contrario, uma cataracta em via de formação, quando o individuo escolhia de preferencia um local moderadamente alumiado, para que a pupilla conservasse o seu livre exercicio.

Em pouco tempo se reconheceu a incerteza que resultou d'este parallelo, e todos os ophthalmologistas ap-

pellaram para a experiencia das imagens. Quando se colloca diante d'um olho normal a chamma de uma lanterna, vê-se que é reflectida tres vezes, de maneira que fórma tres imagens, duas directas, e uma inversa e intermedia-ria ás primeiras. Applicando a este caso as leis da reflexão da luz e da formação das imagens pelos espelhos convexos e concavos, conclue-se, que a primeira imagem directa, a maior, é uma imagem virtual, formada pela cornea; que a segunda imagem, a que é inversa, é uma imagem real, formada por a face concava da capsula posterior do crystallino; e que, finalmente, a terceira imagem, a mais pequena, directa, mais escura, é uma imagem virtual, formada por a face convexa da crystalloidea anterior. É agora facil fazer a applicação d'estes primeiros dados aos casos de cataracta.

Quando o crystallino se torna opaco, devem desaparecer as duas imagens, subsistindo só a primeira. Na amaurose, pelo contrario, conservando o crystallino toda a sua transparencia, encontram-se sempre as tres imagens.

Theoricamente, estas conclusões são irrefutaveis; praticamente, deixam ainda muito a desejar; porque das tres imagens, a segunda imagem directa é muito difficil de vêr no olho normal; não podemos, portanto, confiar muito n'este meio de diagnostico nos casos pathologicos. Esta imagem é fornecida, como já disse, por as camadas anteriores do crystallino, que são as que, a maior parte das vezes, se affectam. É pois difficil tirar uma conclusão positiva da presença ou da ausencia da referida imagem. Esta prova tem mais valor pelo que diz respeito ás opacidades da capsula posterior, porque fazem desaparecer a imagem inversa.

Compreende-se, todavia, como, n'um e n'outro caso, as opacidades limitadas, debaixo da fórma de estrias, como muitas vezes se encontram quando a cataracta está no seu principio, não sejam completo obstaculo á forma-

ção da imagem, porque a porção que se conserva transparente pôde reflectir a luz, como sempre acontece.

A illuminação lateral por meio de uma lampada, o exame do olho com o espelho ophthalmoscopico, são provas que não podem deixar a menor incerteza no espirito, pelo que toca á natureza da lesão, com tanto que se tenha antecipadamente dilatado a pupilla por meio de instillações de atropina. Se se estuda o olho por a illuminação lateral da lampada, reconhece-se, por detraz da pupilla, as opacidades, de côr esbranquiçada ou de branco cinzento, dispostas em fôrma de estrias ou de placas. Se se examina só com o espelho ophthalmoscopico, apresentam-se estas mesmas opacidades, de côr parda escura, ou negra, n'um campo rosado, que offerece o fundo do globo ocular. As opacidades mais fracas do crystallino, deixando-se atravessar pelos raios luminosos, escapam por este ultimo exame, mas descobrem-se pela illuminação lateral, porque em parte reflectem a luz.

Na cataracta negra, descobrem-se, algumas vezes, por meio da illuminação lateral as estrias brancas acinzentadas na periphèria do crystallino. Em todos os casos, examinando o olho só com o espelho ophthalmoscopico, apenas se descobre uma côr negra uniforme no fundo do olho, em lugar da côr rosada que se encontra na amaurose. Torna-se impossivel, servindo-nos simultaneamente do espelho reflector e da lente bi-convexa, encontrar a imagem da pupilla optica e dos vasos da retina. A prova das phosphenas serve tambem para confirmar o diagnostico. ¹

Muitas vezes, nos individuos de avançada idade, encontra-se por detraz da pupilla, examinando o olho por meio da illuminação lateral da lampada, uma côr acinzentada, que é devida á côr do nucleo do crystallino, e que

¹ Fano, t. 1.º pag. 89.

póde simular uma opacidade incipiente d'aquella porção da lente.

O descollamento da retina offerece caracteres ophthalmoscopicos tão distinctos que não póde confundir-se com a cataracta.

A presbytia distingue-se da cataracta, porque na primeira a visão é consideravelmente melhorada por os vidros convexos de força apropriada; e porque o exame do olho com iluminação lateral e com o espelho não revela a presença de nenhuma opacidade do crystallino.

As falsas membranas pupillares obstruem a abertura da pupilla em parte ou na totalidade, d'onde resulta uma abolição completa ou parcial dos movimentos d'esta abertura, que se torna disforme, mais estreita pelas adherencias com a capsula anterior do crystallino, formando as *synechias posteriores*. Examinando com a iluminação lateral as falsas membranas offerecem um aspecto embaciado, em quanto que as opacidades crystallinas proximas da pupilla tem um aspecto branco acinzentado.

A cataracta negra distingue-se da pigmentosa, por que, na primeira, a pupilla é movel e regular, em quanto que, na segunda, conserva invariavelmente as mesmas dimensões, e offerece muitas irregularidades, devidas ás adherencias irido-crystallinas. A cataracta negra desenvolve-se espontaneamente; a pigmentosa é precedida de uma iritis. Na primeira, observa-se a sombra projectada pela iris sobre a capsula; na segunda falta completamente esta sombra.

Na cataracta negra, a visão é melhorada a uma luz fraca; acontece o contrario na pigmentosa. Na primeira, a pupilla dilata-se com a instillação da atropina; na segunda, conserva as suas dimensões primitivas, ou antes, apresenta deformações. Finalmente, a iluminação lateral mostra na primeira, uma opacidade negra uniforme; na

segunda, uma opacidade parda, semeada de corpusculos de pigmento uveano.

Segunda. — A cataracta lenticular *dura* apresenta-se com apparencia de uma mancha de um cinzento esbranquiçado, ou esverdeado, de côr uniforme em todas as suas partes, situada profundamente por detraz da pupilla, de modo que existe uma larga sombra projectada pela iris. Depois da dilatação da pupilla pela atropina, verifica-se, por meio do espelho reflector, que a parte central da pupilla é escura, em quanto que na periphèria existe uma zôna avermelhada, indicando que o crystallino conserva n'este ponto a sua transparencia. A visão é melhor com uma luz moderada do que com luz forte. A cataracta lenticular *molle* apresenta uma mancha de um branco azulado, algumas vezes brilhante, situada a pequena distancia por detraz da pupilla, acompanhada de uma sombra projectada pela iris, muito pouco notavel, ou quasi nulla, e com um circulo uveano apparente. Se se dilata a pupilla com a atropina, verifica-se, com o espelho reflector, que toda aquella abertura é cheia por uma opacidade baça, e que não existe o circulo avermelhado, indicando que os raios luminosos passem ainda por esta parte do olho. A visão não se torna melhor com uma luz fraca. A cataracta *liquida* apresenta-se com a apparencia de uma mancha, collocada immediatamente por detraz da pupilla, de côr leitosa, d'aspecto uniforme, ou antes, apresentando duas côres depois d'algum descanso do globo ocular: uma mais clara e transparente em cima, outra mais branca e opaca em baixo.

É difficil distinguir as cataractas *capsulares* e *capsulo-lenticulares* das cataractas *lenticulares molles*.

A cataracta capsular propriamente dita raras vezes existe, sem que se tornem opacas ao mesmo tempo, as camadas corticaes subjacentes á capsula. Ainda não está demonstrado que, na cataracta capsular anterior central,

fique isenta de toda a opacidade a substancia molle da lente. Já não acontece o mesmo com as cataractas capsulo-lenticulares, por que estas são mais frequentes do que geralmente se pensa. Depois da sahida do nucleo (pela extracção), e da substancia cortical, fica muitas vezes na área da pupilla uma opacidade muito tenue, com aspecto baço, que não se póde extrahir nem mesmo com as pinças da iridectomia, e que as mais das vezes somos obrigados a abandonar, tornando-se, em alguns casos, o ponto de partida de uma segunda cataracta. As cataractas capsulo-lenticulares apresentam geralmente as mesmas apparencias, que as cataractas *lenticulares molles*. Ha, comtudo, certas variedades de cataractas capsulo-lenticulares que tem caracteres pathognomomicos: taes são as cataractas *pyramidal*, *arida-silicosa*, e *acystica*. A primeira fórma uma saliencia conica, branca, que se adianta no campo da pupilla. A segunda é d'um pequeno volume, e apresenta pregas e desigualdades na sua superficie. A terceira é constituida por uma opacidade globulosa, na qual muitas vezes se reconhece um movimento de fluctuação.

Terceira. — Tendo-se definido esta doença *uma opacidade de uma ou de muitas das partes que constituem o systema crystallino*, e, sendo composto este da lente crystallina, da capsula posterior e da capsula anterior, segue-se, que cada uma d'estas partes póde tornar-se opaca isolada ou simultaneamente, e que podemos observar cataractas crystallinas ou lenticulares, capsulares anteriores, capsulares posteriores, e capsulo-lenticulares.

Esta divisão que tem sido admittida por quasi todos os* authores é a que eu adopto para intelligencia do fim a que me proponho.

CATARACTAS LENTICULARES

As cataractas lenticulares apresentam tres typos diferentes e muito importantes: as cataractas duras, molles e liquidas.

Cataractas duras. — Desenvolve-se esta variedade mais frequentemente nos velhos do que nos adultos. É de ordinario pouco volumosa, afastada da pupilla, que por isso conserva todos os seus movimentos, sendo tambem muito distincta a sombra projectada pela iris. A opacidade começa quasi sempre pelo nucleo do crystallino, e estende-se depois para a circumferencia. Apresenta ou a côr branca do aço, ou a amarella esverdeada; rarissimas vezes é negra. A marcha é essencialmente vagarosa. A visão é n'estes casos menos perturbada, do que nas outras variedades, porque os doentes conservam, quasi sempre, a faculdade de distinguir a pequena distancia, em dia claro, objectos de pequeno volume.

Podem collocar-se n'esta variedade as cataractas verdes, escuras, osseas e petrosas d'alguns authores.

Cataractas molles. — Apesar de se encontrarem tambem nos velhos são comtudo mais frequentes nos adultos e nas creanças.

Caminham em sentido inverso das precedentes; isto é, a opacidade estende-se das camadas periphericas para as camadas centraes. Quasi sempre principiam por uma ou muitas estrias opacas que partem da circumferencia do crystallino. A principio são opacas só estas estrias; mas as porções da substancia crystallina, comprehendidas entre ellas, e que conservam ainda a sua transparencia, acabam mais tarde por se modificar, apresentando

uma côr analoga á das estrias, até que, finalmente, também o nucleo participa d'esta alteração pathologica. N'este caso, a cataracta molle está completamente formada, e apresenta uma côr uniforme, ou de branco azulado, ou de branco leitoso. O seu volume torna-se consideravel, invadindo a camara anterior; a iris é impellida para diante; os seus movimentos ou são difficeis, ou são completamente abolidos; e falta em parte ou na totalidade, a sombra projectada pela iris.

A marcha d'esta variedade de cataracta é de ordinario mais rapida do que a da cataracta dura. A visão é pouco perturbada no principio; mas, se a opacidade progride, diminue successivamente abolida a tal ponto, que os doentes só distinguem o dia da noite.

Podem collocar-se n'este segundo grupo as cataractas de tres variedades: as estrelladas, estriadas, dehiscentes ou glaucómosas d'alguns authores.

Cataractas liquidas. — N'esta fôrma de cataractas, a opacidade começa geralmente pela circumferencia, e raras vezes por toda a extensão da lente; a côr é uniforme, e ordinariamente d'um branco baço, sem estrias nem raios. O seu volume é muito consideravel; a iris é excessivamente convexa para diante; os movimentos da pupilla são impossiveis, e, finalmente, não apparece a sombra projectada pela iris.

A marcha d'estas cataractas é vagarosa no seu principio; mas torna-se muito rapida pouco tempo depois, quando a dissolução do crystallino está um pouco adiantada. Tem por origem, as mais das vezes, uma causa traumática.

A perturbação da visão é muito consideravel. Algumas vezes, quando a cataracta está inteiramente liquida a ausencia completa da sensibilidade para a luz e a immobibilidade da pupilla podem fazer acreditar n'uma complicação de paralysisia da retina. N'este caso o exame *phos-*

phenico é de grande auxilio para dissipar a duvida e esclarecer o diagnostico.

Collocam-se n'esta categoria as cataractas cysticas e purulentas.

Cataractas capsulares. — As cataractas capsulares teem a sua séde na crystalloidea, quer anterior quer posterior. São quasi sempre o resultado d'uma exsudação de materias plasticas, que derivam das partes visinhas, especialmente da iris. São tambem de ordinario complicadas de adherencias com esta ultima membrana, e subordinadas, na sua marcha, ás causas que as produziram. Dividem-se em dous grupos: *capsulares anteriores* e *capsulares posteriores*.

Apresentarei em resumo os caracteres de cada um d'estes grupos em particular.

Cataractas capsulares anteriores. — A opacidade n'este grupo de cataractas apresenta o aspecto de uma nodoa de côr semelhante ao branco de greda, com a superficie desigual e semeada de pequenas vegetações, ou de asperesas rugosas de côres variadas e algumas vezes brilhantes.

Esta nodoa parece estar muito proxima da iris, que em muitos casos é descorada, repuxada para traz e soldada á capsula posterior, formando o que se chama *synechia posterior*.

A pupilla, quasi sempre disforme, é rarissimas vezes livre nos seus movimentos. Se ella alguma vez é livre existe então a sombra projectada pela iris, sobre tudo se a cataracta é completa; caso excepcional, porque a cataracta capsular anterior consiste, quasi sempre, n'um ponto opaco e branco situado á superficie da capsula anterior.

A perturbação da visão augmenta segundo a extensão da opacidade.

Ha uma variedade d'esta cataracta, que se encontra

especialmente nas creanças, que soffreram ophthalmias purulentas, e á qual se dá o nome de cataracta pyramidal, variedade talvez a mais temivel, porque as operações, que contra ella se empregam, são rarissimas vezes acompanhadas de bom resultado.

Cataracta capsular posterior. — É a mais rara de todas. A existencia d'este grupo de cataractas tem sido negada por alguns authores. Apresenta como caracteres particulares a sua fórma concava e a profundidade por detraz da iris.

Para a diagnosticar é necessario dilatar largamente a pupilla com algumas gottas de uma solução mydriatica.

Raras vezes traz consigo a perda completa da visão, e até se citam exemplos de doentes que podem entregar-se a trabalhos minuciosos, e até lêr, sem grande difficuldade, caracteres de imprensa de tamanho regular.

Cataractas capsulo-lenticulares. — Este grupo de cataractas offerece promiscuamente os caracteres das cataractas crystallinas e os das capsulares.

São completas ou incompletas conforme a opacidade se limita a uma mancha de pequena extensão, ou invade a totalidade da capsula e do crystallino. N'este ultimo caso, sendo a capsula totalmente opaca, é impossivel certificar-nos do estado da lente. É um caso excepcional.

Cataracta capsulo-lenticular parcial. — É central e constituída por um ponto opaco limitado, apresentando a côr branca de greda, que pôde persistir assim durante toda a vida. Encontra-se as mais das vezes nas creanças tornando-lhes a vista baça e estorvando-as de lêr e escrever. É muitas vezes congenita e complica-se com a insensibilidade da retina. N'este caso a visão é nulla.

Esta variedade de cataractas propria dos recém-nascidos é acompanhada frequentes vezes de um movimento oscillatorio d'ambos os olhos, que nem sempre desapparece, ainda mesmo que a operação tenha bom resultado;

e, quando um só olho é affectado de cataracta, a operação traz muitas vezes como consequencia o estrabismo.

Cataracta capsulo-lenticular geral. — É quasi sempre o resultado de uma ferida da capsula; de uma queda sobre a cabeça, ou de uma pancada nas visinhanças do olho, quando estes accidentes occasionarem uma inflammação suppurativa. N'estes casos o crystallino torna-se completamente fluido, e a cataracta apresenta os caracteres das cataractas liquidas.

Feito este ligeiro esboço da doença, passo em seguida a occupar-me da therapeutica.

THERAPEUTICA

Sendo a cegueira a triste e inevitavel consequencia da cataracta, porque, á parte os casos de traumatismo, esta doença estende-se geralmente a ambos os olhos, tornando impossivel a visão, segue-se a absoluta necessidade de um tratamento activo, que possa subtrahir o doente á penosa enfermidade de que está affectado.

É caso rarissimo o poder-se conseguir a cura espontanea da cataracta. As circumstancias em que os poucos casos de cura se teem observado são sempre em consequencia de cataractas traumaticas e ligeiras. Pelo que diz respeito ao tratamento, ha apenas uma indicação a preencher que é a operação, todas as vezes que seja possivel, e não exponha o doente a accidentes mais graves ainda, do que os da propria doença.

Debalde se nutre a esperança de vêr curar por outro qualquer meio therapeutico, que não seja a operação, uma cataracta confirmada e completa; porque, se alguns authores citam factos em que as cauterisações na região

occipital, as sangrias, os visicatorios, as moxas, ou mesmo a electricidade, produziram bons resultados, é preciso tambem dizer que todos estes meios therapeuticos são apenas applicaveis a cataractas recentes occasionadas por uma inflammação ainda no seu principio, que produz por si mesmo a opacidade da capsula. Se a cataracta é antiga, espontanea e completa, todos estes meios são infallivelmente inuteis, e resta-nos, como já disse, por unico recurso só a operação.

É cousa bem extraordinaria e difficil de conceber que os antigos que tinham ácerca da cataracta ideias tão falsas e tão differentes, das que hoje professam os ophthalmologistas modernos, creassem empiricamente a operação que se pratica nos nossos dias.

Parece que o methodo mais antigo é o de *abaixamento*. Consiste em extrahir o crystallino para fóra da sua capsula, sem o deixar sahir para fóra do olho, e mergulhá-lo na parte inferior da camara anterior, onde desaparece pela reabsorpção. N'este methodo é absolutamente preciso penetrar no olho á custa de um instrumento semelhante a uma agulha, montada n'um cabo, tendo a ponta em fórmula de lança, ao qual se dá o nome de agulha de cataracta. Introduz-se pela cornea na cavidade do olho, seguindo o seu trajecto, através da pupilla dilatada, até á face anterior da capsula do crystallino; em seguida, depois de ter dilacerado esta membrana, extrahe-se d'ella o crystallino e leva-se para a parte inferior do olho, onde se segura por alguns segundos. Como todos os processos, este modo operatorio expõe a alguns accidentes, taes como a irido-choroidite; mas ha ainda outras causas de mau resultado, sendo as mais communs a reintegração do crystallino, que sobe espontaneamente para o seu lugar primitivo, e as cataractas vacillantes constituidas pelo crystallino fluctuando na camara anterior do olho.

O methodo de *esmagamento* e de *discisão* não differre do precedente, senão em que antes de abaixar o crystallino se esmaga com a agulha. Este processo de mais difficil execução facilita singularmente a reabsorpção do crystallino, e põe o doente ao abrigo dos accidentes que succedem ao methodo de abaixamento, taes como o da reascensão do crystallino, e o da cataracta vacillante; mas fica, em compensação, mais exposto á keratite e suas consequencias. Nos casos de cataracta molle, a abertura da capsula crystallina dá em resultado evacuar na camara anterior o liquido contido n'aquella membrana; fórma-se então uma nuvem leitosa, que se reabsorve no fim d'alguns mezes. Este modo de cura é semelhante ao que se obtem quando se esmaga o crystallino.

O methodo pela extracção é mais perfeito, do que nenhum dos precedentes; parece pelo menos offerecer mais certeza de bom exito. Faz-se a extracção pela sclerotica ou pela cornea transparente, e d'aqui vem a dupla denominação d'este methodo operatorio: *scleroticotomia* e *keratotomia*. O segundo modo de operar por ser preferivel é o mais usado. Por meio de um escalpello especial, chamado *keratotomo*, penetra-se na cornea transparente em dous pontos oppostos, e talha-se n'esta membrana uma especie de retalho. Por esta abertura assim preparada, procura-se o crystallino, e depois de termos dilacerado o involucro capsular, apprehende-se o crystallino, e extrahe-se para fóra do olho.

Este processo geral tem soffrido um grande numero de modificações particulares. Na extracção linear, basta uma simples abertura na cornea com um escalpello lanceolar, um hystitomo simples, para abrir a capsula, e em seguida extrahe-se para fóra o crystallino por meio de uma *curetta*. Na extracção sub-conjunctival de Desmarres, o retalho não é destacado, e fica adherente por sua base e vertice.

Todos os diversos modos de extracção dão mais certeza de bom exito, do que o do abaixamento e o de esmagamento; mas em compensação expõe o doente a um grande numero de accidentes, e exigem, da parte do operador, muita mais pericia, do que qualquer d'estes dous ultimos methodos. As hernias da iris, a suppuração dos retalhos, a iritis, a irido-choroidite, as hemorragias internas, a fusão purulenta do olho, taes são os accidentes que a operação pôde produzir; mas o mais commum de todos, aquelle que o operador receia sempre, é a perda repentina do corpo vitreo. O derramamento do humor aquoso é tambem uma consequencia inevitavel das feridas extensas da cornea; mas este accidente nada tem de assustador, porque, depois da cicatrização do retalho, o liquido reproduz-se; já assim não acontece com a sahida do corpo vitreo, que muitas vezes tem por consequencia a perda completa do olho. Este accidente pôde produzir-se no momento mesmo da operação, e ser motivado ou por uma grande extensão da abertura da cornea, ou por falta de fixidez do olho durante a operação, ou por uma pressão mal dirigida sobre o globo ocular, ou, finalmente, por a dilaceração da membrana de involúcro do corpo vitreo, ou por a sua liquefacção.

Ultimamente Græfe, estudando escrupulosamente os resultados de todos os methodos operatorios, colligiu que entre todos produziam menos accidentes graves o methodo da extracção e o linear. Comparando em seguida estes dous ultimos methodos, viu que o segundo era susceptivel de modificações que o podiam tornar preferivel ao primeiro, e, no fim do anno de 1865, apresentou um processo seu a que deu o nome de *processo linear modificado*.

Passo já a descrever resumidamente o processo, para depois fazer as considerações, que julgar conveniente.

Depois de deitado convenientemente o doente, levantada a palpebra superior com o elevador de Critchett, repuxado suavemente para baixo o globo ocular por meio de uma pinça fixa, applicada por baixo do bordo inferior da cornea, começa a operação.

1.º TEMPO. — *Incisão.* — Introduz-se o escalpello estreito com o gume voltado para a parte superior n'um ponto da sclerotica, junto da parte superior da cornea de maneira que penetre na parte mais peripherica da camara anterior. Para augmentar as dimensões da ferida interna a ponta do escalpello não deve dirigir-se logo para o ponto onde deve fazer-se a contra-abertura, mas sim dirigir-se pouco a pouco para a parte inferior, e só depois que a ponta do escalpello penetrou tres millimetros e meio no espaço visivel da camara anterior, é que se torna a elevar e dirige-se então para o bordo sclerotical, opposto ao ponto por onde entrou. Quando se sente que a ponta do escalpello já não encontra resistencia, o que indica que está feita a contra-puncção, quer a conjunctiva esteja ou não comprometida, volta-se immediatamente o gume do instrumento para a parte anterior, e continua-se a operação n'este plano, impellindo o escalpello para a parte anterior e retirando-o n'esta direcção. Este ultimo movimento basta geralmente para cortar o bordo sclerotical, senão repete-se de novo empregando um movimento de serra. Logo que se divide o ultimo ponto do bordo sclerotical, sente-se o escalpello livre por detraz da conjunctiva, que em seguida tambem se divide por um movimento horisontal de serra para a parte anterior e inferior, para que se não produza um retalho muito longo, que nunca deverá exceder a dous milímetros. Feito isto, passa-se ao segundo tempo.

2.º TEMPO. — *Excisão da iris.* — Depois de ter confiado a um ajudante a pinça fixa, o operador separa logo com uma pinça recta o retalho conjunctival da iris pro-

jectada para a parte anterior. Este retalho, adherente á cornea pela orla, e destacado da conjunctiva do globo ocular n'uma longa extensão, deixa-se facilmente revirar sobre a cornea, e a iris apparece então completamente descoberta. Em seguida prende-se com a mesma pinça a iris projectada para o meio da ferida; no ponto onde ella é mais saliente, repuxa-se suavemente de maneira que se desenvolva na fôrma triangular, e corta-se pela base toda a parte triangular, desde um angulo da ferida até ao outro, o que geralmente se faz com dous golpes de tesoura. Feito isto, passa-se em seguida ao terceiro tempo da operação.

3.^o TEMPO. — *Discisão da capsula.* — O operador, depois de receber a pinça das mãos do ajudante, abre a capsula do crystallino com o kystotomo, curvado de uma maneira apropriada, successivamente em duas direcções que partem da parte inferior da pupilla natural, e sobem, uma ao bordo nasal, e outra ao bordo temporal da pupilla, até ao equador superior do crystallino. Segue-se logo o quarto tempo.

4.^o TEMPO. — *Extracção da cataracta ou do seu nucleo.* — A sahida do crystallino varia segundo a existencia ou ausencia de uma camada espessa de substancia cortical molle. Quando existe esta camada, consegue-se geralmente fazer sahir o crystallino sem introducção de instrumento, só pela pressão externa. Apoiase levemente o dorso de uma *curette* larga, com a folha um pouco curva, contra a sclerotica, no ponto correspondente e muito perto do dorso da ferida, para a tornar bastante aberta. Durante esta pressão suave, as massas corticaes caminham para a parte anterior, e começa a apparecer o vertice do bordo nuclear.

Para adiantar a sahida do nucleo, move-se o dorso da *curette* sobre a sclerotica, apoiando-a a principio com uma pressão suave e muito igual de um angulo da feri-

da successivamente para o outro, e *vice-versa*; depois, quando o nucleo se desembaraça, retira-se a *curetta* de cima da sclerotica, na linha correspondente ao meio da ferida, debaixo para cima. Quando o diametro do nucleo se apresenta na ferida, termina-se a extracção, applicando a *curetta* sobre a parte mais anterior do bordo nuclear.

Quando ha sómente uma camada cortical delgada e molle, podemos ensaiar a manobra acima descripta; mas devemos abandonal-a logo que virmos, que durante o movimento lateral da *curetta*, não apparece o bordo do nucleo; e n'este caso devemos servir-nos do tenaculo, que nos casos de cataracta dura deve ser applicado desde o principio.

5.º TEMPO. — *Limpeza da pupilla e coacção da ferida.* — Se, depois da sahida do nucleo, ainda ficam partes da substancia cortical, como acontece no maior numero de casos, devemos fazel-as sahir por meio de movimentos de pressão executados sobre as palpebras com a extremidade de um dedo. Em casos excepçionaes, devemos penetrar na ferida com uma pequena *curetta* para desviar as partes particularmente adherentes á capsula. Por o que diz respeito ás camadas excessivamente delgadas, transparentes e intimamente ligadas á capsula, é mais conveniente deixal-as, do que obrigal-as a sahir por meio de uma pressão muito prolongada; em geral, deve haver toda a cautéla em extrahir a substancia cortical. Para terminar a operação, é preciso desviar da ferida os coagulos sanguineos, e fazer escorregar suavemente de cima para baixo, sobre o retalho conjunctival, a convexidade de uma pequena pinça curva para obrigar a sahir o pigmento iriano e alguns restos da substancia cortical escondidos por debaixo d'este retalho.

Pouco ha a dizer sobre o tratamento que segue a operação. applica-se a ligadura compressiva ordinaria,

que se renova, pela primeira vez, cinco ou seis horas depois da operação; renova-se d'ahi por diante duas vezes por dia (ou mesmo uma só vez). Pelo que diz respeito á luz, convem tomar, durante os primeiros dias, todas as precauções aconselhadas depois das operações nos olhos. Devemos recommendar o descanso, mas menos rigoroso do que convem depois da operação a retalho; havendo absoluta necessidade, os doentes podem passar os primeiros dias fóra do leito. No regimen dietetico, o doente não deve usar de alimentos que precisem grandes movimentos da mandibula para a mastigação.

Se casualmente sobrevier algum accidente, um exame attento, feito com toda a precaução, sempre com luz artificial, deve decidir, se tal accidente teve o seu ponto de partida na ferida, na cornea, na iris, ou nas células capsulares. N'estes casos, o tratamento é conforme ás regras em vigor para taes doenças.

Depois de feita esta succinta descripção do methodo linear modificado, passarei a fazer a tal respeito algumas considerações.

Quando o uso d'uma operação é baseado n'um estudo profundo, e quando os seus bons resultados são confirmados por numerosas experiencias, como acontece na extracção a retalho, é sempre preciso considerar como uma empreza arrojada o querer substituir esta operação por um methodo novo, que a experiencia ainda não sancionou.

Se não acontecesse algumas vezes que a extracção a retalho fosse seguida de accidentes perigosos e até deletérios, não haveria razão que justificasse o emprego de um outro processo, attendendo aos resultados môdelos, que, na maioria dos casos, nos offerece este modo de operar.

Mas a eventualidade de taes accidentes para o doente e para o operador, e, mesmo, as complicações que

d'ahi podem resultar, fornecem motivos sufficientes para nos esforçarmos por encontrar um caminho mais seguro, e mais commodo.

Facilmente se reconhece que a extracção por meio da *curetta* é um methodo, que pôde servir em muitas circumstancias; offerece até, em algumas fórmas de cataractas, vantagens incontestaveis sobre a extracção a retalho, mas tambem é certo que não pôde substituir este ultimo methodo na totalidade dos casos.

Para se fazer um estudo comparativo do novo processo e da extracção a retalho, é necessario empregar toda a precaução, por causa do pequeno numero de casos observados relativamente ao novo processo, posto que estejamos firmemente convencidos de que a incisão recommendada tem vantagens manifestas sobre qualquer outro.

Ha duas circumstancias que não podem ser desprezadas n'esta comparação.

A primeira é a *iridectomia*. Todos sabem que o *coloboma* executado pela parte superior não pôde ser considerado como desprovido de toda a importancia, e esta consideração está em relação com a extracção a retalho. Mesmo nos casos em que a pupilla artificial está completamente encoberta pela palpebra, a parte superior do espaço pupillar, situado na fenda palpebral, é mais chanfrado, do que as pequenas pupillas centraes depois da extracção a retalho. Esta alteração da fórma normal da pupilla torna os circulos de difracção excentricos maiores e mais disformes, se os doentes se servem das lentes de cataracta.

A segunda circumstancia é a seguinte:

Se se emprega a extracção linear modificada, como a recommenda Græfe, n'um caso que offereça as condições geraes e locaes mais vantajosas para a extracção a retalho, ainda circumstancias imprevistas, e sobretudo

uma pressão exagerada da parte do doente, podem produzir um prolapso do corpo vitreo, e d'este modo tornar anomala a cura.

Se um dia resultar de uma estatística, estabelecida em grande escala, a convicção de que, mesmo para os casos mais favoráveis á extracção a retalho, as probabilidades em ambos os processos são as mesmas, deveremos logo, sem hesitação, abandonar a extracção a retalho, substituindo-a pela extracção linear modificada, attendendo á maior simplicidade e á pouca duração do tratamento consecutivo, e á maior liberdade que podemos conceder ao doente. Todas estas circumstancias dão á extracção linear modificada um character mais vantajoso e menos assustador.

Acrescentarei ainda aqui uma observação ácerca da extracção linear simples. Posto que esta operação pareça preferivel nas cataractas corticaes molles da infancia, devemos ainda assim abandonal-a em favor da extracção linear modificada. Parece que alguns casos infelizes poderiam ter-se evitado pela iridectomia, feita ao mesmo tempo que a extracção.

Ninguem ignora que a iris muitas vezes faz hernia durante a operação, quando se pratica uma incisão linear de $\frac{3}{4}$ de millimetro para dentro da periphéria da cornea, circumstancia que, se o operador não está sufficientemente familiarisado com o methodo, pôde ser um obstaculo á continuação da manobra. Se ainda mesmo chegamos ao fim pela direcção da irigna ou do kystotomo, isto é, penetrando na camara anterior ao longo do bordo interno da ferida, sem lesar, levemente que seja, a iris, e se depois da operação se consegue reduzir o prolapso por meio de fricções suaves através das palpebras, vêmos, comtudo, algumas vezes, principalmente nos doentes nervosos e nas creanças, reaparecer o estrangulamento durante o primeiro periodo da cura. Este estrangulamen-

to é n'este caso mais perigoso do que um prolapso da iris depois da extracção a retalho, porque a ferida é pequena e desviada da periphéria da cornea. Facilmente se produz uma especie de estrangulamento da iris, depois uma infiltração amarella, e, como consequencia, uma supuração diffusa. A excisão consecutiva da iris torna-se então necessaria; mas, quasi sempre, esta operação pratica-se já tarde, e, em todos os casos, já não previne um resultado imperfeito.

Estas considerações, posto que só digam respeito a um pequeno numero de casos, mostram bem a vantagem de praticar sempre a incisão na periphéria da cornea, combinal-a com a iridectomia, e por conseguinte operar pela parte superior.

É indifferente, para as cataractas inteiramente molles e tumefactas, servirmo-nos do escalpello lanceolar ou do estreito, porque de qualquer modo a cataracta sahe com facilidade. Se queremos empregar o escalpello estreito que pôde servir em todas as circumstancias, não se pratica então uma incisão tão peripherica como anteriormente se disse; faz-se a punção junto ao limite da cornea, em seguida um golpe externo de quasi tres milímetros e meio, e dispensa-se o retalho conjunctival. O centro do golpe externo fica então situado entre um quarto e meio millimetro á quem do bordo da cornea. Feito isto, basta a pressão externa para extrahir o crystallino, sem ser preciso introduzir instrumento algum.

É de suppôr que ulteriores estudos ácerca do processo que deixo escripto n'este meu trabalho hão-de conduzir a modificações essenciaes na incisão, apesar d'ella já hoje, na sua fôrma actual, me parecer que combina todas as vantagens; e, talvez, que o estudo ácerca das differentes fôrmas de cataractas consiga precisar mais as dimensões do golpe, e as suas relações com o bordo sclerotic; mas é mais possivel ainda que os instrumentos

destinados a fazer sahir o crystallino soffram algumas modificações e melhoramentos.

Antes de terminar preciso dizer duas palavras ácerca da denominação d'este processo. Parece que o author intencionalmente quiz conservar a denominação de « *Extracção linear modificada*, » por pensar que a denominação de um methodo operatorio deve ser fundada sobre o principio d'este methodo, e nunca nas circumstancias accessorias. No caso presente, o principio consiste na maneira de fazer a incisão e na combinação com a iridectomia. A manobra expulsiva que se emprega n'um methodo qualquer de operar a cataracta, quer ella seja constituida por uma simples pressão externa, quer seja pela introducção de um instrumento tractor, depende, além da consistencia do crystallino, tambem do grau de resistencia que se encontra na ferida. Quanto menor é a resistencia, menor é tambem a necessidade de instrumentos, e muito menor especialmente d'instrumentos, que abracem e arrastem a cataracta de uma maneira activa. A pressão externa basta, sempre, para as feridas da extracção a retalho, e muito mais ainda na extracção linear modificada.

Na incisão por escalpello lanceolar são de ordinario necessarios instrumentos, que prendam o crystallino para o extrahir. Ora, já que o concurso e a escolha de um instrumento depende essencialmente da fórma da ferida, não parece racional basear no instrumento a denominação do processo. Na extracção linear, modificada, apresenta-se uma difficuldade invencivel, porque, ainda que, quasi sempre, basta só a pressão externa, ha, comtudo, casos excepçoes em que é preciso recorrer ao tenaculo, etc. ; e assim vêr-nos-iamos obrigados a denominar o processo umas vezes — *extracção linear modificada por pressão* — outras vezes — *extracção linear modificada pelo tenaculo* — etc.

No processo linear modificado, a maneira de fazer a incisão é o resultado da ideia de que a ferida linear tem a maior tendencia a fechar-se immediatamente; esta qualidade principal deve pois com toda a justiça dar o nome ao processo.

Sendo a maior parte do canal da ferida na sclerotica, poderia talvez este processo denominar-se — *extracção sclerotical* — e designar-se por este nome a segunda qualidade principal da incisão, que é a sua situação peripherica. Poder-se-ia tambem, finalmente, encontrar razões para a denominação de — *extracção subconjunctival* — com tudo a posição peripherica e subconjunctival da incisão, apesar de ter uma importancia real, fica em segundo ou terceiro grau relativamente á importancia da fórma linear.

Ahi deixo, n'essas paginas, descripto um processo operatorio pouco conhecido entre nós, e que talvez um dia venha a ser seguido por todos os ophthalmologistas, quando a observação e a experiencia mostrarem a realidade das presumidas vantagens sobre todos os outros processos conhecidos.

FIM

PROPOSIÇÕES

Anatomia — Os capillares do encephalo teem uma tunica especial exterior.

Physiologia — O jogo das valvulas auriculo-ventriculares não póde produzir nenhum som.

Materia medica — O chloroformio é, por sem duvida, o melhor anesthesico até hoje conhecido.

Pathologia externa — Nem todas as ulceras se devem curar.

Medicina operatoria — Na operação da talha nunca devemos empregar o processo recto-vesical.

Pathologia interna — A phtysica pulmonar não é contagiosa.

Anatomia pathologica — A inflammção não tem séde especial.

Partos — A ideia de que o forceps diminue pela compressão o volume da cabeça do feto é evidentemente erronea.

Hygiene — Dos differentes systemas penitenciaros achamos preferivel a prisão cellular com trabalho.

Vista.

Monteiro.

Póde imprimir-se.

Porto 11 de julho de 1870.

Costa Leite,
Director.