

cl. 232

VANTAGENS
DA
EXTRACÇÃO SOBRE A DEPRESSÃO
NA
OPERAÇÃO DA CATARATA

THESE
APRESENTADA
À
ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO
PARA SER DEFENDIDA
PELO ALUMNO
ANTONIO JOAQUIM RODRIGUES BARBOSA

PORTO
TYPOGRAPHIA DO JORNAL DO PORTO
31—Ferreira Borges—31
1865

VIII | 2.º 5 EMC

*Para o dia 19 de julho de 1865, pelas 9h.
na sala municipal.*

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

O EXC.^{mo} SNR. CONSELHEIRO DR. FRANCISCO D'ASSIS SOUSA VAZ—LENTE JUBILADO

SECRETARIO

O ILL.^{mo} SNR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

CORPO CATHEDRATICO

LENTE PROPRIETARIOS

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

- 1.^a CADEIRA—Anatomia descriptiva e geral. —*Luiz Pereira da Fonseca.*
- 2.^a CADEIRA—Physiologia. —*José d'Andrade Gramaxo.*
- 3.^a CADEIRA—Historia Natural dos Medicamentos, Materia Medica. —*João Xavier d'Oliveira Barros.*
- 4.^a CADEIRA—Pathologia geral, Pathologia externa, e Therapeutica externa. —*Antonio Ferreira Braga.*
- 5.^a CADEIRA—Operações Cirurgicas eapparelhos com Fracturas, Hernias e Luxações. —*Caetano Pinto d'Azevedo.*
- 6.^a CADEIRA—Partos, Molestias das mulheres de parto e dos recém-nascidos. —*Manoel Maria da Costa Leite.*
- 7.^a CADEIRA—Pathologia interna, Therapeutica interna, e Historia Medica. —*Francisco Velloso da Cruz.*
- 8.^a CADEIRA—Clinica Medica. —*Antonio Ferreira de Macedo Pinto.*
- 9.^a CADEIRA—Clinica Cirurgica. —*Antonio Bernardino d'Almeida.*
- 10.^a CADEIRA—Anatomia Pathologica, Deformidades e Aneurismas. —*José Alves Moreira de Barros.*
- 11.^a CADEIRA—Medicina Legal, Hygiene privada e publica, e Toxicologia geral. —*J. F. Ayres de Gouveia Osorio.*

LENTE SUBSTITUTOS

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| SECÇÃO MEDICA. | { José Carlos Lopes Junior. |
| | { Pedro Augusto Dias. |
| SECÇÃO CIRURGICA. | { Agostinho Antonio do Souto. |
| | { João Pereira Dias Lebre. |

LENTE DEMONSTRATIVOS

- | | |
|------------------------|--|
| SECÇÃO MEDICA. | — <i>Vago.</i> |
| SECÇÃO CIRURGICA. | — <i>Miguel Augusto Cesar d'Andrade.</i> |

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

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

Arguinte (4.º)

Arguinte (1.º)

Presidente.

Arguinte (2.º)

Arguinte (3.º)

A MEUS CAROS THIOS

O REV.^{mo} SNR.

ANTONIO JOSÉ RODRIGUES

E O ILL.^{mo} SNR.

MANOEL JOAQUIM BARBOSA CASTRO

*Vem de Deus a sciencia, e é d'ella que
a alma se nutre; feliz de quem a possui, por-
que os seus bens são ricos e eternos como a
mesma alma.*

*Doze annos caminhei por entre espinhos,
comvexo ao meu ludo, servindo-me um de pae
e outro de protector, e, o pouco que sou, a vós
a devo.*

*E' rico o presente que me destes; offereço-
vos, pois, este meu trabalho, e será eterna a
minha gratidão.*

AO DIGNISSIMO PRESIDENTE

O ILL.^{mo} SNR.

Antonio Bernardino d'Almeida

EM TESTIMUNHO DE RECONHECIMENTO

OFFERECE

© Author.

AO DOUTÍSSIMO JURY

*Rēs sacræ sacris hominibus demonstrantur,
profani autem id fas non est.*

HIPPOCRATES, *De lege.*

SENHORES!

Obriga-me a lei a fazer uma Dissertação, com que tenho de vos dar a ultima prova do meu aproveitamento, no fim da longa e ardua carreira Medico-Cirurgica. É, confiado na vossa protecção, que ousou apresentar-vos este deficiente trabalho, e se não fôra ella, faltar-me-iam forças para tal commettimento; mas a vossa indulgencia nunca me faltou, e, apenas entrei os umbraes d'esta Escôla, experimentei sempre o zêlo e caridade com que ella busca acolher e instruir os seus filhos. Não correspondeu a aridez do terreno aos cuidados do lavrador. A semente não nasceu toda, e a que se vingou não tem ainda o fructo sazonado; mas se a minha vocação me chamou para junto do leito do enfermo, tambem me não deixará esquecer da nobre e sublime missão de que sou encarregado. Sim, é nobre e sublime a profissão do Medico, porque é elle que, movido pelos gritos da humanidade afflicta, corre apressado para lhe prestar soccorro, e, descendo do thalamo regio á choupana do pobre, vai, despido de honras e interesse, e ardendo só em caridade, estender-lhe a mão para lhe dar a vida, e roubar-o á morte.

É o Medico, que, juntamente com o Sacerdote, atravessa mortíferas epidemias, para, junto do leito da dôr, prestar soccorro ao desgraçado, quando todos o abandonam. A Escriptura sancta manda que se nos preste veneração: *honora medicum propter necessitatem etenim illum creavit Altissimus*; mas para exercer dignamente uma profissão tão nobre, não basta só a caridade clinica, é necessaria a vigilia e aturado estudo, o que só com o tempo e experiencia se pôde conseguir.

Oportet enim, quicumque Medicinæ scientiam sibi vere et apte comparare volet, horum compotem fieri: naturæ, doctrinæ, loci studiis apti, institutionis à puero, industriæ ac temporis: disse Hippocrates.

Privado porém da maior parte d'estes dotes, e habituado a lêr e não a escrever, andei mendigando por searas alheias, e, das poucas e singelas flôres que por lá colhi, compuz o ramo que vos offereço; é simples, mas não posso mais; restam-me ainda os bons desejos, por meio dos quaes oxalá eu possa recompensar a gratidão que vos devo.

INTRODUÇÃO

A MEDICINA E A CIRURGIA

La médecine est depuis longtemps en possession d'un principe et d'une méthode qu'elle a trouvés. Avec ses guides des nombreuses et excellentes découvertes ont été faites dans le cours des siècles, et le reste se découvrira si des hommes capables et instruits des découvertes anciennes les prennent pour point de départ de leurs recherches.

HIPPOCRATES.

Filha da observação e da experiencia, a Medicina nasceu com a primeira dôr, a que logo corresponderam o instincto de conservação e a caridade.

Se remontarmos á sua origem, veremos que ella principiou, sem regras nem principios, no seio das familias, nas praças publicas, e mais tarde nos templos onde formulas incertas e exquisitas haviam sido guardadas debaixo da protecção dos Deuses.

Imperfeita como os primeiros conhecimentos humanos, a Medicina caminhou a par da civilisação e desenvolvimento intellectual dos povos; sujeita porém a um empirismo grosseiro nada tinha de positiva, até que um homem de genio lhe deu uma direcção scientifica. Este homem foi Hippocrates. Multiplicaram-se então as experiencias, os factos que existiam sem interpretação nem nexos, foram ligados a um principio, e um novo horisonte raiou para a sciencia.

Sola natura medicatrix, dissera elle; e, com effeito, ninguem como elle soube interpretar a natureza: o seu systema tem uma base inabalavel, e todas as verdades descobertas desde então até hoje, não teem achado outro apoio mais firme.

*

Todos os systemas, que teem reinado na Medicina desde Hippocrates até aos nossos dias, cahiram logo que tentaram apoiar-se em um principio differente d'aquelle que, o pae da Medicina, estabeleceu como pedra angular do edificio medico; mas não se diga por isso que elles pouco ou nada aproveitaram para a sciencia medica, porque de cada um sabiu um fasciculo de raios luminosos tendentes a esclarecer um mesmo objecto, e a Medicina acha-se hoje enriquecida de novas e importantes verdades que os antigos não podiam conhecer pelo atrazo em que se achavam as sciencias naturaes, principalmente a Physica e a Chimica.

Graças á *Phylosophia* de Descartes e de Bacon, que, pelos seus dous methodos, *analytico* e *synthetic*, imprimiu ás sciencias naturaes uma nova e feliz direcção. A *Anatomia Pathologica*, filha da nova e verdadeira *Phylosophia*, que todos os espiritos reconheceram ser a melhor para chegar ao conhecimento da verdade, objecto dos importantes trabalhos de Morgagni Bichat e outros, foi uma d'aquellas que maior esperança deu no seu tempo d'uma reforma na Medicina, e julgou-se então achar nas alterações anatomicas a causa das doenças; não é porém na morte que se podem estudar os segredos da vida, nem o estudo do cadaver pôde substituir o da organização em acção.

As alterações anatomicas são *symptomas* internos, e por isso mais proximos da causa das doenças; mas a doença consiste em uma anomalia nas forças do aggregado vivo, as quaes se não tocam physicamente, mas cuja existencia o raciocinio nos leva a admittir; mas, apesar d'isto, muitos serviços prestou ella ao *Diagnostic* e *Therapeutica* d'um grande numero de molestias, e a *Cirurgia* melhor soube ainda até onde chega o seu prestimo: mas será a *Cirurgia* independente da Medicina, e poder-se-ha por isso considerar uma independente da outra? não por certo.

Pôde-se ser bom Medico, sem ser bom *Cirurgião*, mas não se poderá ser bom *Cirurgião* sem ser ao mesmo tempo Medico.

O corpo humano é composto de differentes órgãos eapparelhos, ligados entre si por forças physicas, chimicas e vitaes, mas a vida é uma só, e cada órgão e apparelho não pôde existir independente do todo; aquelle, pois, que houver de curar uma ferida ou fazer uma operação, deve saber tudo aquillo que diz respeito ao organismo são e doente, porque uma operação, por mais simples que seja, pôde complicar-se d'incidentes os mais graves, que o Operador deve saber como o Medico debellar; mas o Medico pôde, por falta d'animo, destreza, ou mesmo d'organisação propria,

não poder practicar a operação mais simples, sem que, por isso, se possa considerar destituído de conhecimentos medicos ou mesmo cirurgicos.

A Cirurgia é a parte mechanica da Therapeutica, e n'esta não podem haver as duvidas que existem em Medicina.

Na cura d'uma doença, pelos meios pharmacologicos e hygienicos, pôde ficar ainda a duvida, se por ventura a cura se operaria por virtude dos medicamentos, ou se seria só pela força medicatriz; não acontece porém assim quando se reduz uma fractura, extrahe um polypo ou um calculo, e se tira uma catarata, porque então está á vista o ferro e a mão que o dirigiu, e por isso, não vem outras litigar-nos a gloria, como dizia Celso.

Houve um tempo em que a Cirurgia, tendo sido banida das Universidades pela superstição da Igreja, se degradára, e exercida por homens ignorantes, cahiu em um estado d'abatimento e descredito; esse tempo, porém, acabou, e ella tomou logo o nobre character que lhe pertencia.

Crearam-se Academias onde se discutiam os muitos e variados problemas da sua competencia, e as guerras francezas vieram depois comprovar a possibilidade da sua execução.

A fundação de Hospitaes, reunindo no seu recinto todos os exemplos de lesões agudas e chronicas, cujo tractamento exigia o emprego de meios variados, deu tambem amplo assumpto para os immortaes trabalhos de homens sabios e distinctos, taes como Petit, Desault, Boyer, Sabatier, Percy, Dupuytren, Sanson, Larrey e outros, os quaes elevaram a Cirurgia ao summo grau de perfeição, dando-lhe o character de sciencia e arte.

Hoje, pois, que a Medicina e a Cirurgia se auxiliam mutuamente, extensos e variados conhecimentos deve possuir todo aquelle, que, sem descredito para a sciencia, e prejuizo para a humanidade, quizer ter o dom de curar com a mão só, ou armada d'instrumentos.

A cura d'uma molestia cirurgica não dispensa, muitas vezes, o emprego de meios pharmacologicos e hygienicos, que o Operador deve saber applicar convenientemente, segundo os casos, e o mesmo dizemos com referencia ás operações.

O Operador não deve recorrer a uma operação, senão depois de ter esgotado todos os meios mais suaves; mas grande risco correria tambem a vida do doente, se a molestia que demanda a operação, se prolongasse por mais tempo do que aquelle que, em muitos casos, deve. Concluiremos pois que o Operador não pôde prescindir dos conhecimen-

tos medicos, e a vida do doente, poderá correr grande risco todas as vezes que o Facultativo não tenha a instrucção necessaria para obrar com conhecimento e prudencia.

Timiditas quidem impotentiam; audacia vero artis ignorantiam præ se fert.

Duo sunt enim scientia et opinio, quarum illa quidem scientiam, hæc vero ignorationem facit: disse Hyppocrates: e com effeito, a timidez revela impotencia, a audacia, ignorancia; melhor é porém a timidez do que a audacia, e mais vale deixar obrar a natureza só do que transtornal-a nos seus actos.

Grande pesar é o nosso por vêr ainda, na época presente, tanto charlatanismo. Individuos sem habilitações, e apenas aptos para fazer uma sangria, intitulam-se Cirurgiões, e não duvidam tomar sobre si a responsabilidade da vida ou morte dos infelizes, que se entregam nas suas mãos. Este abuso torpe e deshumano, e ainda outros, taes como a venda nas Boticas de substancias venenosas, e a applicação de massas causticas sobre tumores de differente natureza, por homens ignorantes, devem ser fiscalizados com o maior cuidado e diligencia pelas authoridades competentes, a fim de que sejam severamente punidos segundo a lei.

Mas não é nosso proposito fallar agora sobre um assumpto estranho ao nosso trabalho, e apenas lamentamos a inercia d'algumas authoridades, porque achamos repugnante que um individuo sem habilitações possa arriscar a vida do seu semelhante, ou mesmo tirar-lh'a, sem que seja mais severamente castigado do que o proprio assassino.

Provar que a Cirurgia e a Medicina se acham estreitamente ligadas, e que todo aquelle que não tiver conhecimento das leis que regem o organismo são e doente, assim como dos modificadores do mesmo organismo, não poderá exercer dignamente o ministerio da sua profissão; tal foi o fim que tivemos em vista n'esta Introducção.

Póde, é verdade, um individuo avantajarse muito a outro em certas especialidades, e, no estado actual da sciencia, forçoso é mesmo que assim seja, porque não é possivel a um só homem comprehender na sua integridade a vastidão dos conhecimentos de que hoje se acha enriquecida a Medicina, e principalmente a Cirurgia; mas seja qual fôr a especialidade a que mais se dedique, não poderá fazer boa obra, ignorando a qualidade dos materiaes que emprega. A operação de que nos propomos tractar, poderá servir para exemplo do que havemos dito.

Na operação da catarata deve o operador attender á idade e temperamento do individuo, e o que mais attenção lhe deve ainda merecer é o seu estado geral, porque, existindo alguma affecção ou dyathese, deverá o operador combatel-a primeiro, e para isto terá de fazer a applicação de meios hygienicos e pharmacologicos, os quaes administrará e regulará convenientemente segundo os casos. Se o individuo que tem de ser operado estiver, por exemplo, debaixo da influencia d'uma affecção syphilitica, seja qual fôr a sua fórma, terá o operador de a combater primeiro pelos meios apropriados, aliás serão muitas vezes frustrados os seus intentos.

O bom resultado da operação da catarata não depende sómente da habilidade com que o operador executa a operação, e, para tirar as indicações e contra-indicações, tem d'attender a tudo que póde estorvar uma terminação feliz. O desprêso da mais leve circumstancia póde arrastar consigo gravissimas consequencias, e, quando tractarmos das indicações e contra-indicações, diremos o que se deve ter em vista antes d'operar, a fim de que o resultado seja aquelle que se procura e deseja obter.

Diz-se geralmente tambem que a catarata não se póde curar pelo tractamento medico; todavia, devemos attender á sua etiologia, e se a catarata fôr capsular ou falsa, resultante d'uma irite, por exemplo, muitas vezes poderemos sustal-a na sua marcha, ou mesmo cural-a fazendo um tratamento conveniente.

O Operador, pois, não póde nem deve nunca deixar d'attender a todas as circumstancias, medindo-as e comparando-as, a fim de que obre com conhecimento, e, se o contrario fizer, muitas vezes terá de vêr frustrados os seus intentos, por mais habil que seja.



PRIMEIRA PARTE

ANATOMIA

O olho é o órgão da visão; está collocado na cavidade orbitaria, coberto, anteriormente, pela conjunctiva e pelas palpebras, e movido por quatro musculos rectos e dous obliquos.

Este órgão, extremamente delicado, consta de membranas, humores, vasos e nervos.

Das membranas a maior e mais externa é a sclerotica, cuja organização é fibrosa.

Esta membrana, dura e resistente, occupa os quatro quintos posteriores do olho, e tem duas aberturas, uma posterior, estreita, arredondada e atravessada pelo nervo optico, e outra anterior, larga e circular, onde se encaixa a cornea. A cornea é uma membrana transparente, e cuja textura é tambem fibrosa, segundo a opinião de Jamain. Giraldès admite a existencia de vasos no intervallo de suas fibras, ainda que Cruveilhier os não podésse demonstrar por meio de injeccões. A cornea tem duas faces, uma anterior convexa e coberta pela conjunctiva, e outra posterior concava e forrada pela membrana do humor aquoso, de Demours ou de Descement.

Por baixo da sclerotica encontra-se a choroidea, membrana cellulovascular, e cuja côr se assimilha á d'um vago de uvas tinto.

Esta membrana tem tambem duas aberturas, uma posterior, que dá passagem ao nervo optico, e outra anterior e intimamente adherente aos processos ciliares. Entre esta membrana e a sclerotica existe ainda uma lamina de tecido cellular, descripta debaixo do nome de membrana de Arnold, onde se encontram os nervos e arterias ciliares.

O terceiro envólucro do olho é a retina.

Esta membrana não é mais do que uma expansão do nervo optico; a sua face externa está em relação com a interna da choroidea, e a interna com o corpo vitreo.

A retina é muito molle, fina, polposa e da mesma natureza que a substancia medullar dos nervos. Alguns anatomicos, e entre elles Jamain, dividem a retina em duas membranas, uma interna cellulo-vascular, e outra externa nervosa. É na interna que se ramificam a arteria e veia centraes da retina.

A iris é uma das membranas do olho, que está collocada verticalmente na sua parte anterior, e que separa as duas camaras anterior e posterior. Esta membrana apresenta no meio uma abertura, chamada pupilla, que serve para dar passagem aos raios da luz; a sua face anterior, diversamente corada, fórma a parede posterior da camara anterior, e a posterior fórma a parede anterior da camara posterior.

A organização da iris é pouco conhecida, mas a opinião mais geral é de que n'ella existem fibras musculares. A grande circumferencia da iris está encaixada entre o circulo ciliar, que fica por diante, e o corpo ciliar, que fica por traz.

O corpo ciliar acha-se na parte anterior da choroidea e em volta do crystallino; é um disco formado de raios concentricos reunidos no centro e divergentes para a circumferencia. A reunião d'estes raios é o que se chama processos ciliares.

O circulo ciliar tem a fórma d'um anel d'uma ou duas linhas de largura, está collocado por diante da iris, e coberto de dentro pelos processos ciliares.

Os humores do olho são o aquoso, o vitreo e o crystallino. O humor aquoso é um liquido transparente que occupa as camaras anterior e posterior do olho. Chama-se camara anterior ao espaço comprehendido entre a face posterior da cornea e a anterior da iris, e camara posterior ao espaço que fica entre a face posterior da iris e a capsula anterior do crystallino.

A camara anterior está forrada por uma membrana muito fina e transparente, que se chama de Demours ou de Descement, mas esta membrana acha-se interrompida ao nivel da pupilla, e não forra a camara posterior.

O humor vitreo é gelatiniforme, perfeitamente transparente e muito soluvel na agua; occupa os tres quartos posteriores do olho, e está contido na membrana hyaloidea, que é muito fina, transparente, e fórma muitas cellulas communicantes entre si.

A membrana hyaloidea divide-se anteriormente em duas laminas,

que passam uma por traz e outra por diante do crystallino, formando assim um espaço triangular, chamado canal de Petit.

Um dos ramos da arteria central da retina atravessa o humor vitreo até chegar ao crystallino, e fórma um canal chamado hyaloideano.

O crystallino é uma lente biconvexa, que serve para refractar os raios luminosos, os quaes teem de convergir em um ponto da retina para formar a imagem. Esta lente está collocada entre o humor aquoso e o vitreo, na reunião dos dous terços posteriores com o terço anterior do olho, corresponde, pelo seu eixo, ao centro da pupilla, e tem aproximadamente quatro linhas de diametro e seis de espessura.

O crystallino compõe-se d'uma substancia propria e da sua capsula. A substancia propria é dura no centro e tanto mais molle quanto mais se aproxima da superficie, e a capsula é mais espessa na parte anterior do que na posterior, e envolve o crystallino por todas as partes.

As arterias da parte anterior da capsula veem da central do crystallino, e as da parte posterior dos processos ciliares.

SEGUNDA PARTE

PATHOLOGIA

Definição e divisão da catarata

Até ao principio do seculo xvii acreditava-se que a imagem dos objectos se formava no crystallino, e, por isso, suppunha-se que a catarata não era mais do que uma membrana ou pellicula formada no humor aquoso, entre o crystallino e a iris; depois porém que o celebre astrónomo Kepler demonstrou em 1604 que o crystallino não podia pela sua transparencia reter os raios da luz, e que o órgão da vista devia existir no fundo do olho, mudaram as ideias, e a Anatomia normal e pathologica veio, juntamente com a Physica, esclarecer os espiritos relativamente á sua sede e natureza.

A catarata é a opacidade do crystallino ou da sua capsula, que não deixando atravessar os raios luminosos até á retina, onde se faz a impressão, faz com que o phenomeno da visão não possa ter logar.

Tem-se admittido muitas especies de catarata. Assim Robin Testelin e Warlomont admittem cataratas negras e liquidas ou de Morgagni, capsulares pseudo-membranosas e phosphaticas, e lenticulares molles, corticaes e duras; desnecessario é porém admittir tantas especies, e nós dividiremos com Nelaton as cataratas em tres grandes classes, porque são ellas que mais convém conhecer na prática. Estas tres classes comprehendem generos, e os generos especies.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1.ª classe—Cataratas membranosas . . . | { Capsulares anteriores. |
| | » posteriores. |
| 2.ª classe—Lenticulares | { Cataratas duras. |
| | » semi-duras. |
| | » molles. |
- *

- 3.^a classe—Capsulo-lenticulares
- | | |
|--|----------------------------|
| | { Cataratas intersticiaes. |
| | » congenitas. |
| | » cysticas. |

A catarata capsular é muito rara e difficil de comprehender theoricamente na opinião de Sedillot, mas os trabalhos de Robin mostram que uma camada fibrinosa se encontra muitas vezes fortemente adherente á capsula do crystallino, e d'este modo póde a capsula ter-se tornado opaca sem que o crystallino se ache lesado.

Em quanto ás outras especies não são ellas raras, e todos os observadores são concordes em as admittir, mas o que mais convém conhecer na prática é se a catarata é dura ou molle.

Nós não exporemos aqui os meios de diagnostico d'uma e outra d'estas especies, porque não é este o fim a que nos propomos n'esta These, e por isso seremos tambem conciso no diagnostico geral.

Diagnostico da catarata

Facil é reconhecer a existencia d'uma catarata, porque a alteração da vista é proporcional ao grau de opacidade do crystallino, ou da sua capsula; algumas vezes porém ella se póde confundir com o glaucoma e amauroze, e então poderemos recorrer ás imagens, que uma luz collocada a pouca distancia do olho, nos deve dar todas as vezes que não haja opacidade do crystallino ou da sua capsula. N'este caso veremos tres imagens, uma muito viva, formada sobre a cornea, outra um pouco nebulosa, formada sobre a lamina anterior da capsula do crystallino, e outra enfim, muito pequena, formada pela reflexão dos raios luminosos sobre a capsula posterior, ficando intermedia ás duas e movendo-se em sentido contrario áquelle em que se fizer mover a luz. D'estas imagens, as duas primeiras são direitas e a terceira voltada.

Todas as vezes que a catarata estiver adiantada veremos, por traz da pupilla, uma opacidade mais ou menos distincta e de côr variavel, e esta opacidade estará mais ou menos proxima da pupilla, segundo a molleza ou dureza da catarata.

Os doentes, cuja catarata é simples, distinguem sempre o dia da noite, e uma luz pouco intensa ou fraca lhes é mais favoravel, porque dilatando-se a pupilla mais claridade existe na retina.

Dous anneis ou circulos se notam tambem nos doentes, cuja catarata se acha adiantada; um é negro e cerca a pupilla, e o outro é formado pela sombra projectada pela iris sobre o crystallino, e é tanto mais largo quanto maior fôr a distancia, que separa a catarata da iris.

Póde-se facilmente confundir a côr amarellada do crystallino dos velhos com o principio d'uma catarata, mas, quando o doente não haja ainda perdido de todo a vista, não se deve operar, e, n'este caso, não póde confundir-se a catarata com outras molestias, que teem uma symptomatologia propria.

Indicações e contra-indicações

Como a operação da catarata nem sempre é seguida de um bom successo, convém que o operador se abstenha de a praticar antes que o doente haja perdido toda a vista, e, d'este modo, não ficará elle privado de alguma que lhe restava, ficando por isso com um mal maior do que aquelle que tinha.

Os antigos davam uma grande importancia a esta mesma ideia, dizendo que se não devia operar sem que a catarata estivesse madura, porque julgavam que ella era primeiramente liquida, e augmentava depois de consistencia até se tornar completa.

Perdida a vista, e reconhecida a existencia da catarata, deve o operador examinar não só o estado do olho mas o de todo o organismo. Qualquer lesão aguda ou chronica do olho, taes como uma ophtalmia, ou uma erysipela, e mesmo um vicio de conformação das palpebras contra-indica a operação.

Pelo que diz respeito ao estado geral do individuo deve o operador examinar e vêr se ha alguma molestia de pelle, syphilis, escrofulismo ou outra qualquer dyathese e combatel-a primeiro, porque, em um órgão tão delicado como o olho, qualquer complicação póde frustrar o bom exito da operação.

Quasi todos os estados geraes ou locaes que contra-indicam a operação se podem primeiro debellar, mas a insensibilidade da retina, que tambem contra-indica a operação, é irremediavel, e o operador deverá attender a todas as circumstancias que se deram no principio da catarata, para saber a que deve attribuir a falta da vista.

Em quanto á idade, nem todos os authores estão de accordo. Saba-

tier quer que se não operem as creanças sem que ellas tenham a docilidade sufficiente, mas Sedillot e Nelaton não são d'esta opinião e querem que se opere tanto as creanças de dous annos como os velhos de idade avançada.

Os antigos acreditavam tambem que a operação da catarata aproveitava melhor na primavera e outomno do que em outra estação, mas a experiencia tem mostrado que a estação não tem influencia nos resultados da operação, e sómente nos devemos abster de operar nos grandes calores ou quando grassar alguma epidemia, porque n'estes casos será mais facil uma inflammação, e a influencia epidemica não deixará tambem de se fazer sentir muitas vezes nas consequencias da operação.

Tem-se discutido se sim ou não se deve operar em um olho quando a vista se ache obscurecida no outro; nós não entraremos n'esta discussão, mas julgamos mais prudente esperar que a vista se perca de todo do que expôr o doente ao mau successo que a operação possa ter, e consultar-se-ha o doente a este respeito, como aconselha Wharton-Jones.

Quando a catarata existe ao mesmo tempo em ambos os olhos, julgamos mais conveniente operar um por cada vez, porque o mau successo d'um pôde trazer consigo a perda do outro, e mais d'um caso d'estes temos nós observado na clinica do nosso dignissimo lente Antonio Bernardino de Almeida.

É raro que um individuo com catarata em um só olho se preste á operação, e a este respeito seguiremos tambem a opinião do snr. Wharton-Jones não aconselhando a operação, mas se o doente a pedir poder-se-ha operar, prevenindo-o ao mesmo tempo do mau successo que pôde ter a operação.

Methodos e processos operatorios

O fim da operação da catarata é o desvio d'ella para fôra da direcção do eixo visual, a fim de que os raios luminosos possam impressionar a retina. Varios methodos e processos se teem inventado para obter este resultado, e cada operador tem, por assim dizer, seu *modus faciendi*, e seus instrumentos proprios, mas nós não passaremos em revista todos os methodos e processos, não só porque se tornaria isso fastidioso e estaria fôra dos limites d'uma These, mas tambem, e muito principalmente,

porque muitos d'elles cahiram em desuso, pelas poucas ou nenhuma vantagens que d'elles se haviam.

São dous os methodos geraes por meio dos quaes se póde fazer a operação da catarata: um consiste em penetrar com uma agulha, construída *ad hoc*, no olho e deslocar o crystallino (depressão) e o outro consiste em extrahir o crystallino por meio d'uma abertura feita na cornea ou na sclerotica (extracção), e são estes os dous methodos geraes; mas alguns authores ainda descrevem outros, e o que para uns é methodo para outros é um processo.

Nelaton descreve o esmigalhamento como methodo, mas diz que esta operação, indicada já por Celso, se practica forçadamente quando a catarata não offerece ponto de apoio á agulha, e se deixa facilmente dividir por ella: portanto o esmigalhamento não é mais do que um processo do methodo geral, depressão.

A aspiração é descripta tambem por Nelaton como methodo e por Sedillot como processo. Esta operação foi muito usada entre os Arabes, e Verduc fallou d'ella no principio do seculo xviii, mas cahiu completamente em desuso até que Laugier a propôz de novo; o seu uso porém acha-se, novamente, abandonado, apesar de alguns resultados se haverem obtido nas cataratas molles: fallaremos pois da depressão e extracção, comprehendendo na depressão a deslocação, que alguns authores descrevem como methodo, mas que nós temos como processo.

Depressão

Este methodo, conhecido talvez antes de Celso, no dizer de Nelaton, é por certo o mais antigo, e consiste em abaixar, com o indicador e o medio de uma mão, a palpebra inferior, e, com uma agulha de Scarpa Dupuytren ou Beer na outra, penetrar no olho pela sclerotica (scleroticonyxis) ou pela cornea (keratonyxis).

A agulha é tida á maneira de uma penna de escrever, e os dedos annular e minimo apoiados sobre a região malar.

O operador, tendo a agulha n'esta posição e o olho do doente dirigido para o grande angulo, penetra na sclerotica por um simples movimento de extensão dos dedos quatro millimetros por traz da circumferencia da cornea, e dous millimetros por baixo do diametro transversal do

olho, levando assim a agulha até seis ou oito millímetros em uma direcção obliqua de cima para baixo, de fóra para dentro, e de diante para traz.

Este primeiro tempo da operação não offerece difficuldade, e, havendo o cuidado de penetrar no olho com a convexidade da lamina da agulha voltada para cima, far-se-ha o córte paralelo aos vasos e nervos, o que não deixa de ser vantajoso.

No segundo tempo o operador imprime á agulha um movimento de rotação, pelo qual faz voltar a sua convexidade para diante, inclinando um pouco o cabo para traz, e por uma leve impulsão a faz penetrar na camara posterior do olho.

Depois que a agulha estiver na camara posterior, o operador poderá deslocar e abaixar o *crystallino*, applicando a face concava da agulha contra a face anterior do *crystallino*, e impellindo-o para o fundo do olho, onde o conservará por um ou dous minutos, a fim de que não seja tão facil a sua subida.

Feita a depressão, deve-se tirar a agulha na mesma posição em que se fez entrar, e, para isto basta imprimir-lhe um movimento de rotação em volta do seu eixo, de modo que a sua face convexa fique, outra vez, voltada para cima. Todas estas manobras devem ser sempre facilitadas pela dilatação da pupilla, por meio da belladona.

A depressão pela cornea (*keratonyxis*) faz-se da seguinte maneira: apoiado o dedo minimo sobre a face do doente, penetra-se com a agulha, um pouco mais fina do que a que serve para se operar pela sclerotica, na camara anterior do olho, atravessando a cornea por baixo do seu diametro transversal, e tres ou quatro millímetros retirada do seu centro. Levada depois a agulha até á camara posterior do olho, o operador pôde romper a capsula do *crystallino* por meio de incisões verticaes e transversaes, como recommenda Sichel, ou por meio de incisões circulares, como recommenda Velpeau, e practicar a depressão applicando a concavidade da agulha sobre a parte superior da circumferencia do *crystallino*, como fazia Dupuytren, ou revirando-o para traz com a convexidade da agulha, como faziam Weller Jaeger e Deval.

Depois de feita a depressão, o operador deve retirar a agulha na mesma posição em que a fez entrar, tendo antes o cuidado de conservar o *crystallino* no fundo do olho por um ou dous minutos.

As modificações que este methodo tem soffrido referem-se todas ao modo de deslocar o *crystallino*; assim Pauli de Landan imaginou um pro-

cesso em que o crystallino era deslocado para a parte superior do olho, e Jobert praticou a operação duas vezes por este processo.

Bergeon e Goirand despegavam o crystallino em toda a sua circumferencia abaixando-o depois, e Bretonneau abria as cellulas anteriores do humor vitreo, rompia depois a capsula anterior, e impellia o crystallino para o humor vitreo, na direcção do caminho, que lhe havia preparado n'este humor.

Extracção

É devida a Antyllus a gloria d'este methodo, practicado, pela primeira vez, em 1707 por Saint-Uves, e repetido depois por Paurfour du Petit.

A keratotomia ou secção da cornea é hoje a practica geralmente seguida, e a sclerotomia ou secção da sclerotica está completamente abandonada, porque dá lugar á inflammação da sclerotica e da retina, á hemorragia intra-ocular e á sahida do humor vitreo.

Os instrumentos proprios para practicar a keratotomia são facas chamadas keratotomos; estes instrumentos são construidos de differente fôrma, mas os melhores e os mais usados são os de Wenzel, Richeter e Beer.

A secção da cornea pôde-se fazer na parte inferior, superior ou obliquamente, e d'aqui nascem tres processos, mas o fim da operação é, como já dissemos, a extracção do crystallino, seja qual fôr o processo empregado.

Na keratotomia inferior, o operador, depois de haver dilatado a pupilla por meio da belladona, faz levantar as palpebras por um ou dous ajudantes, e collocado em frente do doente, que deve ter a cabeça immovel, fixa o olho com uma mão armada d'uma erylne, e com a outra armada de um keratotomo, tido á maneira d'uma penna de escrever, toma um ponto de apoio com os dous dedos annular e minimo sobre a parte externa da região malar; leva depois a ponta do keratotomo, quasi perpendicular, um millimetro pouco mais ou menos distante da sclerotica, e em um ponto correspondente ao diametro transversal do olho, e penetra na camara anterior por um leve movimento do indicador e medio; mas este movimento deve ser feito em uma direcção um pouco obliqua de fóra para dentro antes de atravessar a cornea, e inclinando depois a ponta

do instrumento para diante de modo que a sua lamina fique em uma posição parallelá á iris.

Feito isto, o operador leva a ponta do keratotomo a um ponto diametralmente opposto, e, depois de haver atravessado a cornea n'esse ponto, fórma um retalho semi-circular sem comprehender n'elle a sclerotica, e distante d'esta membrana um millimetro sómente.

É tal, algumas vezes, a contracção dos musculos do olho que, feita a secção da cornea, immediatamente sahe o crystallino juntamente com a sua capsula e uma porção maior ou menor do humor vitreo; mas quando isto não succeda bastam pequenas pressões sobre o globo ocular para que o crystallino se desloque e saia pela abertura feita na cornea, excepto havendo adherencias, e é, n'este caso, que mais difficuldade pôde haver na extracção; mas, ainda assim, as adherencias facilmente se romperão pela pressão methodica com a curêta.

Alguns operadores abrem a capsula anterior do crystallino, depois de feita a secção da cornea: isto porém não é vantajoso, porque facilmente se pôde reproduzir a catarata, ficando a capsula no olho.

A keratotomia superior faz-se pelo mesmo mechanismo que a inferior, e a differença consiste sómente em dirigir o cortante do keratotomo para cima, cortando assim a semi-circumferencia superior da cornea.

A keratotomia obliqua consiste em talhar um retalho na circumferencia externa da cornea, dirigindo o keratotomo de cima para baixo e de fóra para dentro, ficando d'este modo o retalho coberto pela palpebra inferior, como acontece na keratotomia superior e inferior.

Apreciação dos methodos e processos

Para dar a preferencia a um methodo e processo convém olhal-os a diversos propositos, e, da sua comparação, deduziremos a escolha que fizermos. Assim veremos primeiro as difficuldades do manual operatorio em um e outro methodo, depois os accidentes immediatos e consecutivos, e enfim os resultados da operação. Não se aprende facilmente uma cousa difficil, diz Vidal de Cassis; é, com effeito, as difficuldades que o operador encontra na operação da catarata por um ou outro methodo não são pequenas, e, por isso, só pelo habito e habilidade propria as poderá vencer.

Comparando a depressão com a extracção debaixo do ponto de vista

das difficuldades do manual operatorio, nós vemos que ellas são menores n'aquella do que n'esta.

Na depressão facil é a ponção e a passagem da agulha através do corpo vitreo até á camara posterior do olho, e as maiores difficuldades só existem na deslocação do crystallino, porque, quer este se abaixe juntamente com a capsula ou sem ella, ha sempre maior ou menor difficuldade nos movimentos que se devem imprimir á agulha, principalmente quando ella não encontra um ponto de apoio sufficiente, por causa da molleza do crystallino, e o ferimento da iris é então muito facil.

Na extracção a ponção não é facil por causa da mobilidade do olho, mas este inconveniente póde-se remediar firmando-o com um fixador, e, as maiores difficuldades estão na possibilidade que ha em se ferir a iris, e na imperfeição do retalho corneal. Assim, dando ao instrumento uma grande inclinação póde-se fazer passar por entre as laminas da cornea, e, fazendo a ponção perpendicular, facil será o ferimento da iris.

A imperfeição do retalho corneal póde influir no resultado da operação, porque se fôr maior do que deve ser póde haver um derramamento sanguineo na camara anterior, e se fôr menor póde a cicatriz estorvar a passagem dos raios luminosos através da pupilla, e por isso deve haver o maior cuidado a fim de que o retalho não seja maior nem menor do que aquillo que deve ser, e isto só se consegue pelo habito e habilidade propria.

Além d'estas difficuldades ha ainda outras, taes como o ferimento do angulo interno das palpebras, que póde fazer com que o doente se mova repentinamente, e a difficuldade da passagem do crystallino através da pupilla quando esta não esteja sufficientemente dilatada.

Pelo que diz respeito aos accidentes immediatos e consecutivos, são elles ainda um pouco mais graves na extracção do que na depressão. Na extracção a ferida é incomparavelmente maior, e por isso mais facilmente póde haver uma keratite, mas o peor accidente é, sem duvida, a extravasação do humor vitreo, que póde frustrar o bom exito da operação. O ferimento da iris e a hemorrhagia intra-ocular será mais facil na depressão do que na extracção, porque o operador tendo de mover a agulha dentro do olho em differentes direcções, póde ferir não só a iris mas tambem os vasos choroideos, d'onde provém a hemorrhagia intra-ocular. Attendendo pois ás difficuldades do manual operatorio e aos accidentes immediatos e consecutivos, facil é de vêr que elles são um pouco menores

*

na depressão do que na extracção: mas acontecerá o mesmo relativamente aos resultados da operação? pensamos que não.

Se recorrermos ás estatísticas não achamos grande differença para que possamos, por ellas, preferir um dos dous methodos; todavia temos por muito provavel que, a maior parte dos accidentes consecutivos á extracção, são devidos ao logar improprio em que se practica a operação.

Nos Hospitaes, onde ha uma atmospherá viciada, não admira que o retalho corneal se inflamme ou mesmo se gangrene; mas, se as condições hygienicas mudassem, mudariam tambem por certo os resultados, e em abono d'esta opinião temos nós a experiencia do nosso respeitavel Lente de Clinica Cirurgica e distincto operador Antonio Bernardino d'Almeida, que, tendo feito no mesmo dia a operação pela extracção dentro e fóra do Hospital, observou que os resultados eram differentes, e que os doentes, operados fóra do Hospital, eram mais bem succedidos.

A extravasação do humor vitreo é um dos piores accidentes da extracção como já dissemos, todavia a perda de uma pequena quantidade pouco ou nada influe no resultado da operação, e, havendo todo o cuidado em não fazer fortes pressões sobre o olho, raras vezes terá logar este accidente.

Todas as vezes pois que o operador souber vencer as difficuldades da operação, os resultados devem ser, e são com effeito, melhores na extracção do que na depressão, porque na extracção nada fica dentro do olho que possa dar logar ás consequencias, a que muitas vezes é sujeita a depressão, taes como a amauroze consecutiva, a reproducção da catarata pela ascensão do crystallino, nevralgias, imperfeição da visão, etc.

Em vista, pois, do que temos dito, julgamos a extracção muito mais vantajosa, e mesmo preferivel na maior parte dos casos, e ainda que se diga que na depressão se póde recorrer a uma segunda operação, quando falhe a primeira, nem sempre isso é possivel, porque os accidentes são muitas vezes irremediaveis.

Na depressão não é rara a inflammação do olho, e ainda que a operação aproveite, rarissimas vezes fica o doente com a vista tão perfeita como na extracção.

Bastantes exemplos d'isto temos nós visto em clinica cirurgica.

Não buscaremos mais razões em favor da nossa opinião, nem procuraremos exagerar outras para fazer valer o methodo que preferimos, porque estamos longe do exclusivismo, e sabemos que ha individuos cujos

olhos se acham tão enterrados nas orbitas, que a extracção é muito difficil ou mesmo impossivel. Nos velhos tambem o humor vitreo se acha quasi sempre diffluente, e n'este caso, ou n'aquelles em que a catarata fôr molle, deve-se preferir a depressão.

Resta-nos ainda a escolha d'um processo, mas não fallaremos dos que dizem respeito á depressão, porque não é este o methodo que julgamos mais vantajoso, e que preferimos no maior numero dos casos.

Agora pelo que diz respeito á keratotomia obliqua, é ella bastante difficil de practicar, e nenhuma vantagem tem sobre as outras duas, e por isso não discutiremos o seu valor, e fallaremos sómente da keratotomia superior e inferior.

Além d'estes tres processos ha ainda outro a que já alludimos, e para que se teem inventado instrumentos proprios, e consiste na divisão da capsula do crystallino, depois da incisão da cornea, mas nós julgamos este processo desvantajoso pelo que já dissemos quando tractamos da extracção.

A keratotomia superior é um processo que tem muitos sectarios, e que Bell quer generalisar, e as suas vantagens são com effeito maiores, mas nós não as julgamos de tal ordem que nos levem a preferil-a á keratotomia inferior pela difficuldade que ha na incisão da cornea.

A saliencia da orbita e a difficuldade de levantar a palpebra superior, que cobre parte da cornea, são obstaculos que podem fazer com que o operador muitas vezes perca a operação, e se a extracção se torna difficil ou mesmo impossivel, nos individuos cujos olhos se acham enterrados nas orbitas, com mais razão se tornaria se se fizesse a operação pela keratotomia superior: vejamos pois qual o valor dos accidentes, e veremos se elles podem comparar-se ás difficuldades da keratotomia superior. Um dos accidentes mais graves da extracção, é, como já dissemos, a extravasção do humor vitreo, e a keratotomia superior evita, até certo ponto, este accidente; mas na diffluencia do humor vitreo, que muitas vezes se observa nos velhos, julgamos nós preferivel a depressão, e, além d'isto, será muito pouca a perda do humor vitreo, fechando-se immediatamente o olho, logo que o crystallino saia, excepto quando a contracção dos musculos do olho fôr demasiadamente forte, como acontece em alguns individuos.

A mais importante das vantagens que a keratotomia superior tem sobre a inferior, é, no dizer de Nelaton, a fixidade do retalho corneal, mas na keratotomia inferior, apesar do bordo do retalho corresponder ao bordo

livre da palpebra inferior, poder-se-ha tambem conseguir o mesmo resultado tapando convenientemente ambos os olhos, e recommendando ao doente o maior socego possivel.

Em quanto á influencia que as mucosidades purulentas, misturadas com as lagrimas e entrepostas entre as palpebras, podem ter sobre a ferida da cornea, crêmos que nada se póde ainda affirmar a este respeito, e que só a observação e experiencia poderá mais tarde elucidar-nos.

Ainda se teem como vantagens da keratotomia superior a menor frequencia da hernia da iris e a melhor collocação da cicatriz, mas estas vantagens não compensam as difficuldades da operação, e a keratotomia inferior não será menos vantajosa todas as vezes que o operador tenha o cuidado de vêr que a iris não fique entre os labios da ferida, conservando ao mesmo tempo a immobibilidade das palpebras.

PROPOSIÇÕES

1.^a

A lithotricia no homem nunca se deve practicar, excepto em casos de pedra muito pequena e friavel.

2.^a

A mulher pôde conceber em estado de virgindade.

3.^a

A acção therapeutica dos medicamentos não está sempre ligada aos effeitos physiologicos.

4.^a

Nas amputações a reunião mediata é preferivel á immediata.

5.^a

É a natureza que opéra a cura das doenças; o Medico é o seu ministro, e não faz mais do que auxilial-a e guial-a nos seus esforços salutaes.

6.^a

Deve provocar-se o aborto em casos d'extremo perigo para a mãe.

Vista.
Almeida.

Imprima-se.
Porto 9 de maio de 1863.
Dr. Assis,
director.