

doente, a morte pareceu ter sido motivada pela paralytia dos órgãos respiratorios, e é essa ao menos a explicação mais plausível em presença dos factos, que occorrerão.

PARECER

SOBRE A MEMORIA DO

Sr. Dr. Ataliba de Gomensoro

INTITULADA

Considerações theoricas e praticas sobre o novo processo operatorio de catarata, do Sr. Graef. Extracção linear modificada.

Cumprindo o mandato, que me foi ordenado por vós, Sr. presidente d'Academia Imperial de Medicina, venho hoje, conforme a letra dos Estatutos, ler o parecer sobre a memoria do Sr. Dr. Ataliba de Gomensoro, intitulada—Considerações theoricas e praticas sobre o novo processo operatorio de catarata, do Sr. Graef.

A origem da operação da catarata, como sabeis, remonta a Eschola de Alexandria, porem o que a sciencia tem de positivo é o seguinte trecho de Antyllo-Alequi, *Aperuerunt sub pupilla et extraxerunt cataractam et potest esse, cum cataracta est subtilis, sed cum est grossa, non poterit extrahi quia humor egredietur cum ea* — e que nesse tempo já existião os processos de abaixamento e extracção esta citação de Avicennes nos prova

— *Et homines habent vias diversas in xercendo curam aqua, qua fit cum instrumento, ita ut quidam sint, qui disrumpunt inferiorem partem cornea et extrahunt aquam per eam et hoc est, in quo est timor, quoniam, cum aqua est grossa, egreditur albugineus.*

Mas senhores, dizer a causa pela qual a operação pela extracção ficou subjugada pela do abaixamento, é nos impossível.

Foi somente em 1752 que David lançou os alicerces do methodo da extracção a retalho.

Richter, Wenzel e Beer aperfeiçoarão este methodo, que dominou na sciencia até em 1866.

Foi em 1805 que Brisseau, e antes d'elle Mestre Jean, em 1797 fez conhecer que a sede da catarata era no proprio crystallino.

Os progressos notaveis, porem, que fez a oculistica, no ponto relativo ás affecções do crystallino, começarão logo depois do descobrimento do ophtalmoscopio.

A physiologia, a anatomia normal e pathologica e a microscopia concorrerão muito para elevar este ramo dos conhecimentos medicos ao grão de quasi perfeição a que tem chegado.

O crystallino póde apresentar-se em seu estado pathologico.

— 1.º Ou amollecido parcialmente d'ahi as cataratas 1º Zonular (Stratificada) 2º catarata punctata (cataracta corulea).

— 2.º Ou amollecido completamente (catarata molle) formando: 1º a catarata congenital e completa: 2º as cataratas molles desenvolvidas antes dos 35 annos, a catarata dos diabeticos; as cataratas complicadas de descollamento da retina, ou de uma outra affecção da choroide; a catarata traumatica.

— 3.º Havendo endurecimento do crystallino 1º a catarata dura; 2º a catarata negra.

— 4.º Amollecimento e endurecimento do crystallino combinados (cataratas mixtas).

— 5.º Metamorphoses ultteriores do crystallino, 1º catarata regressiva, catarata calcarea e ossea.

Pelo que vos deixo dito, facilmente se poderá vêr as difficuldades não só do diagnostico como do processo operatorio mais conveniente nestas diversas formas de cataratas.

Quanto á extracção, ella póde ser superior, inferior ou obliqua.

Na França e Inglaterra é mais usada a 1ª, na Allemanha a 2ª.

Desmarres deixa um retalho conjunctival no retalho superior, Graefe, em 1862 deixava no inferior, incisando-o porém, antes de incisar a capsula.

Wardrop, creou o processo da extracção linear simples. Desmarres fazendo a incisão linear despedaçava a catarata de encontro á face da cornea. Em 1856 Graefe tentou de novo pôr em voga a extracção linear, porem teve de abandoná-la pouco tempo depois; servia-se para isso de uma faca lanceolar recta.

Mooren em 1856 aconselhou á Graefe o emprego da iridectomia superior algumas semanas antes da extracção inferior, e em 1861 esta modificação foi abraçada pelo professor de Berlin. Neste tempo os cirurgiões inglezes apresentavão suas estatisticas sobre os bons resultados da extracção linear modificada — Critchett praticava na parte superior com uma faca lanceolar, cuja lamina se insere á haste por um angulo obtuso, excisava a iris, e, incisando a capsula, extrahia a catarata com a cureta modelo do mesmo author.

Em 1863 para 64, Jacobson fez, a operação a retalho inferior esclerotical e na mesma occasião excisava a iris; e estabeleceo como principio— a iridectomia feita no acto da extracção, sendo a incisão esclerotical.

Em 1866 Graefe conhecedor dos resultados obtidos em Londres, e verificando por si as observações de Jacobson e firmado na authoridade de Desmarres sobre a importancia do retalho conjunctival, faz algumas modificações no seo antigo processo de extracção linear e offerece ao congresso ophtalmologico de Heidelberg sua estatistica, baseada neste ultimo processo operatorio, soffreo algumas duvidas da parte do professor Art.

Mezes depois, o proprio Graefe trazia modificações nos instrumentos empregado por elle; abandonando o gancho e fazendo a extracção do crystallino cataratado pelo escorregamento. Um anno mais tarde Liebreicht declarava inutil e prejudicial o retalho conjunctival e julgava ser mais facil a incisão linear na parte inferior do globoocular.

O processo, porem, tinha ganho terreno, e como prova, a Academia nos permittirá que apresentemos á sua consideração as seguintes estatisticas feitas sobre o processo operatorio — Extracção linear modificada.

Sobre 100 casos de catarata operados por Knapp—em 74 vezes a cura foi normal.

De 29 casos de operação anormal houve 15 curas normaes ; em 6 a vista foi de $\frac{1}{3}$ á $\frac{1}{6}$; e em 9 foi de $\frac{1}{7}$ á $\frac{1}{100}$. Os 14 forão 8 de iritis plastica ; 3 de iritis com occlusão da area pupillar ; 1 da proliferação das cellulas ; 1 de iridochoroidites e 1 de panophthalmites.

A estatistica de Mooren é a seguinte : Em 375 operações.

— 1.º Extracção normal.	90	operações	6	insuccessos
— 2.º « com ridotomia preparatoria	170	»	12	»
— 3.º Extracção combinada á iridect	11	»	1	»
— 4.º Extracção pela cureta	2	»	2	»
— 5.º Extracção linear scleral (Graef) ,	102	»	3	»

No corrente anno (1868) appareceo na imprensa um dos mais abalisados oculistas — Hasner, professor de Praga (Bohemia) que apoiando-se sobre 3:000 operações de cataratas por extracção a retalho, veio contestar á Graefe nada menos do que a paternidade desse processo, que Graefe chamava seu, e declarar em erro até as palavras de que se servia aquelle operador. As provas de que se servia Hasner, o saber deste e o seo grande nome fizerão que Graefe respondesse immediatamente no Monaster blâter. Citar-vos-hei alguns topicos — Extracção linear modificada !

Que nome mysterioso ! E' certo que Graefe não foi melhor inspirado desta vez do que quando se lembrou de baptisar o estaphyloma posterior de Scarpa.

A Sclero-choroidite posterior é tudo o que se quizer, menos

uma inflamação, e a extracção linear modificada, tudo menos uma extracção linear.

Quando se pede emprestado á geometria uma palavra deve-se poder justificar o seu uso pelas razões geometricas. Não ha incisão linear possível sobre um órgão espherico, se não as que passam pelo meridiano da esphera; ora a incisão de Mr. Graefe não preenche estas condições, porque ella é quasi parallelá ao bordo da cornea, e situada no bordo esclerotical. E' uma incisão a retalho, mas a retalho muito periferico e muito estreito.

Como ella não se destingue, na realidade da keratotomia de David não é necessario impor-lhe uma nova denominação, e a de extracção linear é a que menos lhe convem.

Um segundo topico sobre o processo,

Foi Jacobson quem descobriu que as feridas da esclerotica offerecião menos perigo que as da cornea. O professor Graefe fez sobresahir depois as vantagens que apresentava o torpor dos labios da incisão, isto é, sua pouca tendencia a rapida proliferação cellular; e apoiando sobre a authoridade de Desmarres deu grande importancia a situação sub-conjunctival da incisão que facilitaria muito a reunião por primeira intenção. Emfim Mooren apresentou a rica vascularisação do bordo sclerotical como uma condição muito favoravel á cicatrisação.

Todo o systema de operação de catarata, pelo qual a iridec-tomia é estabelecida como principio, é um systema retrogado.

A iris corrige a aberração da esphericidade da cornea, tem uma acção photometrica, diminue a extensão dos circulos de diffusão irregulares e contribue por conseguinte a nitidez da visão excentrica.

O professor Graefe respondeo. Mas, perguntamos nós, haverá necessidade de dizer ainda que não temos pretensão alguma ao titulo de creador da extracção linear, que este methodo não é a obra de um mas de muitos, e que nós nada mais fizemos do que adoptal-o, aperfeiçoa-lo e generalisa-lo?

Pouco antes do trabalho de Hasner, Steffan, de Francfort,

encarando a questão desde o principio, mostrando todas as alterações, porque tem passado a operação da catarata por extracção, dando a cada operador a parte, que lhe pertencia, vai direito attribuindo 1.^o á Mooren os bons effeitos da iridectomia, á Jacobson o da incisão esclerotical, e fallando da faca adoptada por Graefe diz o seguinte :

« E' preciso portanto que a lamina se alongue constantemente da ponta á base, para evitar a sahida do humor aquoso, que o dorso seja delgado mais embotado, em linha recta, e que a ponta seja cortante de ambos os lados. Estas condições tinham sido fixadas pelo professor Richter com uma rara perspicacia. » A faca de Zehender diz elle, é a melhor. A largura della deve depender da altura do retalho, quer seja tomada do exterior se se quer acabar de um só golpe, quer tomada no interior, se o operador quizer deixar uma ponta, que se acaba na volta do instrumento. Por essa razão Steffan dá para a largura da faca $1\frac{1}{2}$ á 2 millimetros nos casos de cataratas $1\frac{1}{2}$ á 2.^m de espessura. Pode-se obter o mesmo resultado com a faca de Graefe, augmentando sua largura d 1.^m para a $1\frac{1}{2}$ á 2.^m.

Sobre o retalho conjunctival Steffan julga que elle expõe a hemonhagias e o proprio Graefe em seu ultimo trabalho (arch. opht ab. 1 162) considera-o como de pouca importancia,

Apoiando-se sobre os magnificos resultados da iridectomia obtidos por Graefe, Mooren e outros operadores, elle adopta esta modificação, Ha um ponto digno de reparo pela sua importancia ; vem a ser que as cataratas secundaria são provenientes de *uma irritação irediana*. Deixemos fallar a Wecker. Como sobre o olho não é praticavel uma secção rigorosamente linear quando se trata das incisões ditas lineares o que se deve praticar é uma incisão á retalho muito pouco elevado.

Por conseguinte, a unica cousa verdadeiramente original que apresenta a secção de Graefe é que executando-a com um instrumento muito estreito, pôde-se por inclinações diversas do cortante do instrumento, dar ás secções exterior e interior

relações diversas, o que não se póde fazer nem com a faca lanceolar, nem com a faca ordinaria de catarata (Wecker ann. ocul. dos mezes de Março e Abril de 1868.)

Sobre a perda do corpo vitreo Graefe teve na 1ª serie de suas operações 1 em 8 casos; Artl 1 em 7; Wecker 1 em 6; e Knapp 1 em 4.

No processo de Graefe as irido-choroidites e phthisica completa do olho são observadas ainda que em limites restrictos; entretanto que no de Jacobson estas molestias tinham desapparecido quazi completamente.

Entre os accidentes tardios e raros, é preciso assignalar as hemorragias na camara anterior que se repetem por vezes em intervallos mais ou menos longos.

O accidente máis frequente, depois da extracção linear combinado, é o desenvolvimento de uma irites ou irido-choroidites, tomando no principio os caracteres mixtos da fórma serosa e plastica. Depois da inflammação ter persistido por 6 ou 8 dias o character das inflammações plasticas se desenha claramente e então depois do desapparecimento dos depositos é que se poderá julgar se virá ou não uma oclusão completa do *campo pupillar*.

Ha portanto 10/100 de casos que necessitão uma operação secundaria, dos quaes 5 se classificão entre as perdas completas. Vê-se portanto que não se obtem se não 85/100 de resultados immediatos; e 90/100 de resultados definitivos; iguaes são as estatistica de Artt e e Critchett.

O prolapso da iris, que se faz para os angulos da ferida, é um dos accidentes desta operação, e Graefe o confessou nestes termos:—apezar de todos os cuidados, que se póde ter em bem excizar a iris, não é possivel evitar sempre, e sobretudo nos olhos relativamente duros, o encravamento desta membrana.

— Cont. 7. Cong. oph. 1867.

Disso resulta uma dilatabilidade incompleta da pupilla pela

atropina e a retenção, sob a iris, de massas corticaes, o que predispõem á phenomenos irritativos.

A pupilla muda de forma de um modo muito desfavoravel para a visão, ou constituindo um arco cada vez menos elevado, a medida que a cicatriz se opera, ou pequenos estaphylomas se desenvolvem perto dos angulos da ferida.

A pupilla, em mudando de lugar, deixa as partes centraes da cornea e se transporta para as partes perifericas que são menos aptas para a vizão pura.

Um stigmatismo consideravel é a consequencia necessaria disso.

As tentativas de redução immediata da iris, por meio de uma sonda de Anel, quando esta membrana faz hernia depois da operação, são inuteis e perigosas.

Nós temos já dito que é Jacobson quem inspirou os trabalhos de extracção linear combinada.

As operações feitas conforme aconselha Jacobson nos derão 89/170 de resultados felizes immediatos.

Eis senhores que Hasner, Wecker, Artt, Critchett e outros eminentissimos operadores e sabios não creem como Graefe nos resultados maravilhosos deste processo operatorio.

Muito longe me levaria senhores academicos, a analyse dos ultimos trabalhos ; mas, dando-vos conta do que se tem escripto já no correr deste anno, deixo a vossa sabedoria ajuizar do resto.

A memoria do Sr. Dr. Attaliba de Gomensoro baseando-se no processo operatorio intitulado—Extracção linear modificada—fica pelo que acima vos expuz criticada convenientemente : que este methodo operatorio fique tal qual se acha admittido na sciencia de hoje, eu duvido muito, a vista das constantes modificações introduzidas nelle pelo seu propagador.

Esta é uma questão sobre a qual só as estatisticas futuras e trabalhos adequados nos poderão elucidar. Esperemos do tempo aquillo que só elle nos póde dar.

Sou de opiuião que o trabalho se acha nas condições exigidas pelos Estatutos, e que o candidato é digno de passar da classe de Membro Adjuncto para a de Titulares.

Eu peço para que a Academia lhe seja favoravel, e voto nesse sentido.

Rio de Janeiro 20 de Julho de 1868.

Dr. Gama Lobo.

QUEDA DE DOIS DENTES

E sua nova collocação e reunião

MEMORIA DO SR. DENTISTA FOGG

Remettida a Academia Imperial de Medicina e a ella apresentada na sessão de 23 de Junho de 1868.

No dia 25 de Fevereiro p. p. ás 9 horas da noite, apresentou-se no meu gabinete um moço por nome de Eduardo Almeida Magalhães Sobrinho de idade de 17 annos, natural da provincia de Minas Geraes, pedindo que fizesse parar a hemorrhagia proveniente da perda dos dois dentes incisivos frentaes superiores, resultado de uma queda, uma hora e meia antes mais ou menos. Os dentes que felizmente o moço trouxe comsigo, erão perfeitos, com as raizes, alguma coisa mais curtos do que de ordinario e bem direitos; as coroas largas e compridas. Examinando a bocca não achei parte nenhuma mais molestada; apenas uma ligeira contusão no labio superior, e as gengivas menos machucadas talvez do que se os dentes fossem extrahidos a ferro. Resolvi então de collocar-os de novo nos seus respectivos lugares.

Lavando-os em agua morna, tornei a arrumal-os com muita