

GAZETA MEDICA DA BAHIA.

ANNO VI.

BAHIA 30 DE JUNHO DE 1873.

N.º 142.

SUMMARIO

CIRURGIA—Estudo sobre as affecções glaucomatosas pelo Dr. José Lourenço. **MEDICINA**—Memoria historica das epidemias de febre amarella e cholera no Brazil pelo Dr. José Pereira Rego. Tratamento indigena brasileiro das febres paludosas pelo Dr. José de Azevedo Monteiro. **CORRESPONDENCIA**—As injeções hypodermicas de sulphato de quinta e o tetano: carta dirigida a *Gazeta Medica* pelo academico Romual-

do Seixas. **VARIEDADE**—Das febres palustres e da febre pseudo continua em Sergipe: opusculo do Dr. José Lourenço. Fallecimento do barão de Liebig. Uso do oleo essencial do eucalyptus globulus para disfarçar o cheiro e o sabor do oleo de figado de bacalhau. Ergotina. Unguento de phenato de soda. Po de chlorato ammoniaco, e cal anhydra.

CIRURGIA

ESTUDO SOBRE AS AFECÇÕES GLAUCOMATOSAS

Pelo Dr. José Lourenço de Magalhães.

(Conclusão)

Chegamos ao tratamento do glaucoma. Não nos occuparemos dos meios therapeuticos, que se tem empregado contra esta affecção: não ha um só que inspire confiança. Por isso vamos direito ao unico recurso, graças ao genio de Graefe, que a sciencia possui: a iridectomia.

Esta operação é applicavel a todas as formas de glaucoma.

No glaucoma inflammatorio agudo, no mais forte do accesso, a iridectomia não deve ser adiada. Não importa a dôr, a congestão, a sensibilidade do orgão: a operação não deve ser differida sob pretexto algum. É precisamente n'um estado d'estes que prima a iridectomia pela rapidez com que distróe os phenomenos glaucomatosos. A dôr cessa immediatamente, diminue a tensão ocular, desembaraça-se a circulação, a camara anterior começa a formar-se e completa-se, os meios recuperam sua transparencia, penetram os raios luminosos livremente, a retina entra no gozo de sua função e a vista restabelece-se e brilha, como o sol após espessa nuvem.

Em algum tempo perguntava-se se não era melhor esperar pela remissão para praticar-se esta operação, allegando-se que o olho, menos abalado em virtude da cessação do accesso, melhor supportaria os manejos proprios da iridectomia. A resposta é simples. Se esta operação pode debellar o accesso, não ha razão para que empreguemol-a fóra d'elle.

Além d'isto são tão graves as desordens intra-oculares, resultantes de cada accesso (e casos ha em que um só accesso determina cegueira irreparavel), que, para evital-as, cum-

pre praticar a operação o mais cedo possivel, sendo hoje esta opinião geralmente seguida.

Fóra dos primeiros accessos, quando ha desordens organicas mais ou menos adiantadas, quando a visão peripherica soffre grande constrangimento, e a central acha-se bastante reduzida, o que deve-se esperar da iridectomia? Quando a vista está quasi a apagar-se, a operação algumas vezes precipita sua perda completa; mas se o estado da visão não for tão desesperado, deve-se esperar em regra a conservação do *statu quo*. Não podendo a iridectomia reparar desordens organicas, que influem sobre a visão, claro está que esta permanecerá mais ou menos, visto como n'este caso a operação virá cortar a marcha da molestia.

Aconselhamos aos nossos collegas que desfinam o mais claramente possivel o seu pensamento, quando tiverem de operar doentes n'esta condições. A experiencia, que é sempre ingrata para o medico, nos tem ensinado que, apesar de toda nossa prevenção, e da formal declaração de não esperarmos da iridectomia mais do que conservar o resto da vista (que se perderia sem ella), apesar de tudo os doentes ao cabo de pouco tempo queixam-se de que a operação foi inutil, baldado o seu sacrificio, por quanto sua vista permanece no mesmo estado, esquecendo tudo, esquecendo a marcha, que a molestia levava, e as promessas limitadas, que o medico lhe fizera! Basta-nos dizer que em certos casos temos reduzido nossa opinião á escripta.

Convirá tentar a iridectomia ainda mesmo que a vista tenha de todo cessado? Graefe era de opinião que devia-se esperar algum resultado, se a cegueira datava de 10 dias. Bowman refere o caso (que é unico depois de tantos annos) de uma senhõra, que alcançou lér o n.º 8 de Jaeger, tendo-lhe o celebre ci-

rurgião inglez praticado a iridectomia 35 dias depois da cegueira.

Tudo isto é raro, é rarissimo. Em nossa opinião a iridectomia deve ser tentada em periodo tão desesperado, se a cegueira sobrevier após de poucos accessos, em casos muito agudos.

Apresentão-se na pratica glaucomatosos perdidos, mas que soffrem de accesso nevralgicos, que muito os atormentam.

O que fazer? Se a cegueira não datar de muitos mezes, poder-se-ha praticar a iridectomia, que fará ceder a nevralgia. Mas cautela, a esperança não abandona nunca o doente; para elle a proposta de uma operação é um raio luminoso, que lhe accende a mesma esperança, e se o medico insiste em limitar os beneficios da operação á cessação da dôr, o doente interpetra este procedimento como filho da prudencia e circumspecção, embora o não declare. Depois de praticada a operação, quando o doente nada descobre pela vista, como não podia descobrir, a esperança converte-se em desespero, convertem-se as flores em espinhos.

Se a cegueira datar de mais tempo, melhor será acompanhar a pratica ingleza, sempre positiva e decidida: enucleie-se o olho.

Para as outras formas do glaucoma procede a mesma regra: a operação deve ser praticada o mais cedo possivel.

Ha uma variedade de glaucoma, o hemorrhagico (hemorrhagias da retina), em que a iridectomia poucas vezes tem aproveitado. Graefe aconselhava a abstenção. Esta opinião tem sido modificada modernamente, e os ophthalmologistas tem continuado a operar o glaucoma hemorrhagico, apesar da incerteza do resultado, o que cumpre não ignorar.

Se o glaucoma for devido á deslocamento do crystallino, deve-se praticar a iridectomia sobre a parte do iris, que soffrer compressão, Á primeira vista parece mais racional extrahir a lentilha; mas podendo ser de gravissimas consequencias semelhante extracção, convem pratical-a por ultimo, se com a iridectomia não conseguirmos cortar a marcha da molestia.

É no glaucoma simples que a iridectomia tem naufragado mais vezes. Ordinariamente praticada n'um periodo adiantado, depois que os tecidos intra-oculares achão-se seriamente compromettidos, ou, conforme pensão alguns ophthalmologistas, porque a molestia tem uma origem distante do olho, o certo é que n'esta forma a operação tem se mostrado menos efficaç de que nas outras da mesma molestia.

De qualquer modo é o unico recurso a tentar.

Se acontecer que, depois da iridectomia e de maior ou menor interrupção, a molestia vênha a progredir, Graefe aconselha e anima a praticar outra iridectomia na parte opposta á primeira, assegurando que est'outra operação garantirá quasi sempre um resultado definitivamente favoravel.

Na iridectomia (1) deve-se observar esta regra. Si o doente fôr pusillanime, melhor será não chloformisa-lo: n'uma operação tão delicada torna-se necessario evitar movimentos, que podem embaraçar o operador, principalmente se fôr inexperiente, e mesmo comprometter o resultado da operação. Os instrumentos para esta operação são:

Um blefarostato;

Uma pinça para fixar o olho, com pequenos dentes ou garras;

Uma faquinha lanceolada, em forma de cotovello;

Uma pinça curva (2), propria para iridectomia.

Uma espatula estreita.

Uma çuretta.

Uma tesoura curva, e outra, finalmente, em forma de cotovello. com uma das extremidades romba para augmentar a incisão, quando fôr necessario (incisão insufficiente).

Contra o glaucoma a iridectomia deve ser praticada do lado superior: ha quem a pratique do lado opposto; mas o primeiro é preferivel por ficar o coloboma encoberto pela palpebra superior.

Esta operação não exige quasi cuidados preparatorios: de vespera o doente tomará um laxante, que o dispensará de voltar á banca por 2 ou 3 dias.

O doente deita-se sobre uma mesa; um ajudante lhe contem os braços, e outro a cabeça, quasi sempre operamos os doentes sem estes

(1) A iridectomia pôde ser optica, ou bem—ou mal denominada—antiphlogistica. No 1.º caso o fim é abrir passagem aos raios luminosos, todas as vezes que a pupilla o não permittir, como acontece nos leucomas centraes, em certas cataractas, ou quando o campo pupillar está coberta de exsudatos: chama-se então pupilla artificial. No 2.º caso applica-se no glaucoma e inflamações oculares. As regras para a execução da iridectomia antiphlogistica differem das que deve-se observar, quando se trata de uma simples iridectomia optica; em quanto n'esta a incisão é corneana e o coloboma iriano estreito, na iridectomia anti-phlogistica pelo contrario o coloboma deve ser bastante largo, e a incisão peripherica sobre a esclerótica:

(2) A curvatura d'esta pinça deve variar: tendo-se de praticar esta operação do lado nasal, é necessario que seja mais curva.

cuidados; se tememos a indocilidade do doente, optamos pelo chloroformio.

O operador deve collocar-se do lado correspondente ao olho doente, indicando a posição que ao ajudante compete tomar. applica o blefarostato (que deve afastar as palpebras sem exercer muita compressão sobre o globo); com a pinça (mão esquerda) toma uma prega perto da cornea para fixar o olho, e com a mão direita fará penetrar uma parte da faquinha na camara anterior, á 1 milimetro ou á 1 e meio do bordo da cornea, sobre a esclerotica: a ponta da faquinha deve entrar obliquamente, mas logo que cessar a resistencia, indicando que está na camara anterior, deve-se abaixar o cabo do instrumento de modo que d'ahi em diante a faca continue parallelamente á superficie do iris, sem tocá-lo. Feito isto, o operador retira lentamente a faquinha, carregando n'esse acto sobre um dos angulos da incisão de modo a augmenta-la tanto interna, como externamente.

É o 1.º tempo da operação.

No 2.º tempo o operador entrega ao ajudante a pinça, que fixa o olho. toma com a mão esquerda a pinça curva, e a tesoura curva com a mão direita. Se o iris, como acontece algumas vezes, arrastado pelo humor aquoso, apresenta-se entre os labios da incisão (hernia espontanea do iris), basta pegá-lo com a pinça perto do bordo pupillar, retirá-lo um pouco (sem esforço), e excisar a parte herniada com a tesoura curva; mas não acontecendo assim, isto é, mantendo o iris sua posição na camara anterior, o operador deprime a parte central da incisão, do lado da esclerotica, com a pinça fechada de modo a provocar a hernia desejada: em ultimo caso, sendo baldada esta tentativa, o operador faz entrar na camara anterior os ramos unidos da pinça, abre-os, fecha-os de novo, e retira o instrumento, trazendo entre os ramos uma prega do iris.

Depois de excisar o iris, solta a pinça, que fixa o olho, e retira com cuidado o blefarostato. Com uma esponja molhada ou uma compressa de panno de linho, ou mesmo com um chumaço de fios, o operador mantém sobre o olho, átravez das palpebras uma pressão regular por espaço de 1 ou 2 minutos.

Durante o 3.º e ultimo tempo da operação o operador, afastando cuidadosamente as palpebras com os dedos da mão esquerda, trata de verificar, se existe nos angulos da incisão alguma parte enoravada do iris (o que é de funestas consequencias quando acontece ficar), afim de excisa-la, se for possível, ou reduzi-la

com a espatula: finalmente com a pinça curva desembaraça a mesma incisão ou outra qualquer parte do olho de pequenos coagulos de sangue. Se sobrevier alguma hemorragia na camara anterior, o operador afastará com a curetta os labios da incisão, deprimirá o bordo esclerotical (que olha a esclerotica), facilitando d'este modo a saída do humor aquoso misturado com sangue. Se, apesar de algumas tentativas, o sangue permanecer na mesma camara, melhor será não insistir, visto como em 24 horas sua absorpção será completa.

Seguir-se-ha a applicação do aparelho compressor, de que adiante nos occuparemos.

A iridectomia, mesmo praticada com a maior regularidade, é uma operação rapida; mais tempo consoine-se em descreve-la do que em pratica-la. Esta operação resume-se nos seguintes termos: incisão da esclerotica, hernia espontanea ou provocada do iris, e excisão da parte herniada. Vejamos agora quaes são os cuidados reclamados por cada um d'estes termos, que correspondem a outros tantos tempos da mesma operação.

« Incisão da sclerotica » 1.º a ponta da faquinha, como ja o dissemos, deve entrar obliquamente de cima para baixo (iridectomia superior) e de detraz para diante, mas nem tanto que vá ferir o iris ao penetrar na camara anterior, nem tão pouco (direcção quasi horisontal) que não na deixe sair d'entre as camadas da sclerotica e da cornea: 2.º a lamina da faquinha deve passar suavemente entre o iris e a cornea, que achão-se muito approximados pelo quasi desaparecimento da camara anterior: a ponta do instrumento não deve exceder o bordo pupillar.

Esta parte da operação é sem duvida a mais delicada e importante, não só pelo pequeno espaço, que apresenta-se diante da faquinha lanceolada, como pelas funestas consequencias, que podem resultar, se por descuido a ponta do instrumento « tocar » a capsula do cristallino. No glaucoma ha mais ou menos dilatação da pupilla; casos ha porem em que esta dilatação é extrema, devida ao excesso da pressão intraocular. Por esta mesma razão o cristallino com sua capsula, ambos transparentes, são impellidos para diante de modo a approximarem-se, ou encostarem á face posterior da cornea. Ora, se n'estas condições a faquinha exceder o bordo pupillar, claro está que encontrará o cristallino; e, rasgando-lhe a capsula, seguir-se ha inevitavelmente a luxação d'este corpo, a qual é das mais graves consequencias. A dar-se este acci-

dente, o cristallino obrará desde então como um corpo estranho no interior do olho, irritando-o, e agravando o estado anterior. Nesta operação é este um dos accidentes, que mais devemos temer. 3.º finalmente não convem retirar a faquinha rapidamente, porque a sahida precipitada do humor aquoso, tornando muito sensível o desequilíbrio das duas pressões (a de fóra para dentro e *vice-versa*), á favor da postero-interna, poderia dar lugar á ruptura de vasos capillares e á hemorragias consecutivas, com grave compromettimento do resultado definitivo da operação.

Cabe aqui ponderar que duas condições são necessarias para uma boa iridectomia antiphlogistica: 1.ª que a incisão seja peripherica, permittindo que a excisão comprehenda o iris até perto de sua inserção ciliar. Para satisfazer esta condição é que aconselham os ophthalmologistas que a incisão seja praticada á 1 millimetro ou 1 1/2 de bordo da cornea, sobre a esclerotica. A 2.ª condição é que o coloboma do iris seja sufficientemente largo, o que não poderemos obter, se a incisão (3) não fór convenientemente praticada. A dilatação maior ou menor, e muitas vezes extrema, da pupilla, deixando pouco campo para a penetração do instrumento, impede que se obtenha uma incisão sufficiente com a simples entrada da faquinha; e por isso, ao retirá-la, o operador procurará prolongar a incisão do lado de um de seus angulos. Além d'isto a fórma triangular do instrumento dá lugar a que a incisão não tenha internamente a mesma largura, que apresenta externamente; ora, sendo a incisão interna a que regula a hernia do iris, segue-se que convem augmentá-la no mesmo acto de retirar o instrumento; pois que, a não ser assim, a mesma hernia será pequena, e o coloboma (parte excisada) insufficiente.

«Excisão da parte herniada do iris». Se esta parte da operação devesse ser desempenhada pelo ajudante, como fazia-se antigamente, o processo tornar-se-hia mais simples e elegante. O operador uão teria necessidade de abandonar a pinça, que fixa o olho, e, trocando apenas a faquinha lanceolada pela pinça curva, tomaria entre os ramos d'esta a parte herniada do iris, que o ajudante excisaria. Mas, como não convem que seja assim pelas razões que em seguida apresentaremos, melhor será que o operador pratique o processo tal qual o descrevemos.

As razões são estas. A excisão do iris é sem

(3) Esta incisão deve ter de 6 a 8 millimetros de extensão.

contestação uma das partes, que mais interessa ao bom resultado da operação, e por isso deve ser desempenhada com rigorosa precisão. Sabemos que um ajudante intelligente e pratico cumprirá seu dever; mas nem sempre encontra-se um n'estas circumstancias.

Esta excisão não deve ser feita por um só golpe da thesoura, porque, sendo espherica a superficie do olho, comprehende-se que um só golpe representaria o papel de uma tangente: os cantos da hernia não seriam do mesmo modo cortados, e não só viriam a impedir o processo cicatrizador da incisão, como exporiam o iris á accessos inflammatorios consecutivos em virtude de retracções da cicatriz. Para evitar-se estes accidentes a excisão deve ser praticada em 2 ou 3 tempos conforme a largura da hernia. Depois que o operador tiver despreendido sufficientemente a parte herniada do iris (mão esquerda), tendo já a thesoura (em forma de cotovelo) na mão direita, a chegará bem rente com a esclerotica, e a começar do lado temporal dará o primeiro golpe, segundo e terceiro.

Graefe, insistindo na conveniencia de ser o operador quem excise o iris, acrescenta que somente este saberá harmonisar os movimentos das duas mãos, de modo que a mão direita corta o iris, quando a esquerda mantém na melhor posição a parte herniada da membrana. Nas clinicas e hospitaes da Europa raras vezes vimos encarregar-se o ajudante de excisar o iris.

Se acontecer, não obstante estas cautelas, que nos angulos da incisão fiquem cantos do iris, convem excisá-los a ser possivel, ou no caso contrario reduzil-os com a pequena espátula, tendo-se na maior consideração que o menor descuido n'isto pode comprometter o resultado da operação.

Depois de preenchidas todas estas formalidades o operador applicará o apparelho compressor, que consiste em chumaços de fios, ou em pequenas compressas de panno de linho velho, sobre ambos os olhos, passando algumas voltas de uma atadura, que mantenha uma compressão regular, nem frouxa, nem apertada de mais. Ao cabo de 12 horas é sempre conveniente renovar o apparelho e instillar n'essa occasião algumas gottas d'uma solução de atropina no olho operado (5 centigrammas de sulfato «neuro» de atropina, para 10 grammas de agua distillada),

Escusado é dizer que una operação d'esta ordem não deve ser praticada sobre o vivo

antes de alguns ensaios sobre o cadaver ou em olhos de coelho, que, á excepção de um pouco mais de rigidez do iris, assemelham-se em tudo mais aos do homem.

A iridectomia é uma operação delicada, não o dissimulamos, mas que os nossos collegas com alguma paciencia chegarão a desempenhar perfeitamente (4). Por em quanto sirva-lhes de animação o seguinte: a iridectomia é tão util no glaucoma, que, mesmo sendo mal desempenhada, tem dado resultados favoraveis e definitivos. Para fechar este trabalho lembraremos as palavras do Sr. Giraktes aconselhando a todo medico que se familiarizasse com a tracheotomia, porque, dizia elle (5), na eminencia da asphyxia não é licito dizer ao docente = não sei. = Do mesmo modo pedimos aos nossos collegas que exercitem-se em praticar a iridectomia; porque em caso de glaucoma agudo, molestia frequente entre nós, lhes pesará reconhecer que se praticassem esta operação muito provavelmente o doente seria salvo.

MEDICINA

MEMORIA HISTORICA DAS EPIDEMIAS DE FEBRE AMARELLA E CHOLERA MORBO QUE TEM RE NADO NO BRAZIL.

Pelo conselheiro Dr. José Pereira Rego.

(Continuação do n. 140.)

Provincia da Bahia.—Foi esta a primeira parte do Imperio por ella invadida, dando-se os primeiros casos em o mez de Outubro de 1849; mas, ou porque não fossem bem discriminados, sendo tomados como casos mais ou menos graves e anomaes de febres infectuosas ordinarias, ou porque se não quizesse aterrar o espirito publico com a manifestação de tão cruel hospede, rememorando as scenas de desolação e angustia porque havia passado a provincia no fim do 17.º seculo, quando alli reinou tão fatal doença, é certo que só officialmente foi designada com o nome de febre amarella no parecer da comissão medica, composta dos Srs. Drs. Vicente Ferreira de Magalhães e Salustiano Ferreira Souto, datado de 19 de Janeiro de 1850, epoca em que ti-

(4) Nas obras classicas de ophthalmologia, na excellente obra do Dr. Galezowski e no interessante Manual—que o Dr. Mayer acaba de publicar, os nossos collegas encontrarão uma descripção completa do processo operatorio, acompanhado de desenhos, que muito auxiliam sua comprehensão.

(5) Lição, a que assistimos, feita em 1866 no hospital dos *Enfants-malades*.

nha ella ja feito numerosas victimas no mar e em terra. (1)

Sorprendida a provincia no meio de más condições de salubridade em virtude não só dos innumerables focos de infecção existentes por toda a parte e das molestias importadas pelo trafego de escravos, effectuado em grande escala, como tambem das pessimas condições climatericas actuantes, fazendo reproduzir com intensidade nos tres ultimos annos, na quadra do maior calor, as febres de infecção communs (2), não adaira que algumas duvidas se suscitassem sobre a natureza especial da doença, mormente dando se, como se davam então pessimas condições climatericas, segundo se collige do parecer do conselho de salubridade datado de 12 de Dezembro de 1849 (3); e a isso talvez se deva o escrupulo que houve da parte daquelles que deviam aconselhar e esclarecer a opinião com sua palavra autorizada de não admittir logo um juizo definitivo, que, além de poder ser desmentido pelos successos ulteriores, iria espalhar o terror e consternação entre o povo, annunciando a existencia de uma molestia que sóe ser tão devastadora em suas invasões.

Não foi outro sem duvida o pensamento que actuou no animo dos membros do conselho de salubridade, quando no parecer supracitado, e em presença de publicações de varios escriptos e artigos de jornaes, declarando que a epidemia reinante era de febre amarella, sem designar a molestia limitou-se emittir sobre sua natureza a seguinte opinião:

Que era uma epidemia das que costumam a apparecer nos paizes intertropicaes, mormente quando occorrem mudanças repentinas na atmosphera e copiosas chuvas fora de tempo, precedidas e seguidas de excessivo calor, que, augmentando a evaporação dos charcos, pantanos, e do solo, desenvolvem maior quantidade de miasmas que abundam em todos estes paizes, e procedem da decomposição das muitas materias animaes e vegetaes que nelles existem, circumstancias que então se davam pelo transbordamentos dos rios, imundicias da cidade, má direcção dos encanamentos das aguas, inhumação nos templos, e absoluta falta de policia medica.

Que a molestia atacava de preferencia os centros nervosos viciando a hematose, e que

(1) Historia da febre amarella do Rio de Janeiro, publicada por mim em 1851 (pag 10).

(2) Memoria do Dr. Egas Muniz impressa no vol. 7.º paginas 87 dos *Annaes Brasiliensis de Medicina*.

(3) Historia da febre amarella citada paginas 3.