

02-18

THESE

SOBRE OS TRES PONTOS SEGUINTES

1º—TRATAR DAS FORMAS
MAIS GRAVES DA ESCARLATINA, E DOS MEIOS MAIS EFFICAZES PARA COMBATÊ-LAS;

2º—TRATAR DOS CASOS
QUE RECLAMÃO A EXTIRPAÇÃO DO GLOBO DO OLHO, E DOS METHODOS E PROCESSOS
POR QUE SE PRATICA ESTA OPERAÇÃO;

3º—TRATAR DAS FORÇAS MECANICAS
QUE FUNCIONÃO NO ACTO DA RESPIRAÇÃO, E DAS ALTERAÇÕES
QUE RESULTÃO PARA A RESPIRAÇÃO QUANDO SE MODIFICA OU SE PERTURBA A INTENSIDADE
E O EQUILIBRIO PHYSIOLOGICO DESTAS FORÇAS;

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

E SUSTENTADA EM 19 DE DEZEMBRO DE 1851

POR

João Ribeiro de Almeida

DOUTOR EM MEDICINA PELA MESMA FACULDADE

NATURAL DO RIO DE JANEIRO

FILHO DE

BERNARDINO DE SENA REIS E ALMEIDA



RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA UNIVERSAL DE LAEMMERT

Rua dos Invalidos, 61 B

1851

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR.

O SR. CONSELHEIRO DR. JOSÉ MARTINS DA CRUZ JOBIM.

LENTES-PROPRIETARIOS.

PRIMEIRO ANNO.

F. de Paula Candido, <i>Examinador</i>	Physica medica.
F. F. Allemão.	Botanica medica e principios elementares de Zoologia.

SEGUNDO ANNO.

J. V. Torres-Homem	Chimica medica e principios elementares de mineralogia.
J. M. Nunes Garcia, <i>Presidente</i>	Anatomia geral e descriptiva.

TERCEIRO ANNO.

J. M. Nunes Garcia.	Anatomia geral e descriptiva.
L. de A. P. da Cunha.	Physiologia.

QUARTO ANNO.

J. B. da Rosa	Pathologia geral e externa.
J. J. da Silva	Pathologia geral e interna.
J. J. de Carvalho, <i>Examinador</i>	Pharmacia, materia medica, especialmente a brasileira, therapeutica e arte de formular.

QUINTO ANNO.

C. B. Monteiro	Operações, anatomia topographica e aparelhos.
L. da C. Feijó	Partos, molestias de mulheres pejudas e paridas, e de recém-nascidos.

SEXTO ANNO.

T. G. dos Santos	Higiene e historia da medicina.
J. M. da C. Jobim	Medicina legal.

2° ao 4° — M. F. P. de Carvalho.	Clinica externa e anatomia pathologica respectiva.
5° ao 6° — M. do V. Pimentel	Clinica interna e anatomia pathologica respectiva.

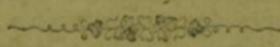
LENTES SUBSTITUTOS.

A. M. de M. e Castro	} Secção de sciencias accessorias
F. G. da Rocha Freire.	
A. F. Martins, <i>Examinador</i>	} Secção medica.
F. F. de Abreu, <i>Examinador</i>	
.	} Secção cirurgica.

SECRETARIO.

DR. LUIZ CARLOS DA FONSECA.

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas Theses que lhe são apresentadas.



AOS MANES DE MEUS PAIS

Nada mais do que saudades....

À MEMORIA

DO MEU EXCELLENTE E VENERANDO AMIGO

VALERIANO JOSÉ PINTO

Quasi um seculo de existencia, sem uma só quebra ás leis da honra, brio e generosidade a mais cavalheiresca, é cousa tão phenomenal, que não póde deixar de fazer sorrir a incredulidade!

Entretanto, é ainda no correr dessa vida tão longa, quanto rica de bons exemplos, que aquelles, que conhecêrão e apreciarão o meu bom e velho amigo, vão procurar conselho, como o mergulhador desce ás profundidades de pacifico oceano para buscar a preciosa perola, que ahi modestamente se esconde.

A MEU RESPEITAVEL PADRINHO

O Ill^{mo} e Rev.^{mo} Sr.

ANTONIO DA COSTA GUIMARÃES

Se os beneficios, que desde infancia me prodigalisastes, e a solicitude com que dirigistes a cultura de minha intelligencia, podem jámais ser indemnizados pela dedicação a mais illimitada, e o respeito de uma vida inteira; então, senhor, tenho convicção de que saldarei ainda a divida de gratidão, que para comvosco contrahi.

DR. LUIZ AUGUSTO PINTO

Jámais uma só nuvem nos horizontes de nossa amizade!... É que, ás puras e diaphanas regiões do sentimento, a que remontarão as nossas almas, não se podem elevar para turva-las as grosseiras exalações do egoismo, nem os negrumes da inveja e da descrença, tristissimo ambiente, em que se agitam aquelles, a quem não luz o Sol da vida, a doce e santa Amizade.



A TODOS OS MEUS AMIGOS

Sincero affecto, e grata recordação

Do Autor.

I

SCIENCIAS MEDICAS.



TRATAR

DAS

FORMAS MAIS GRAVES DA ESCARLATINA

E

DOS MEIOS

MAIS EFFICAZES PARA COMBATÊ-LAS.



Tratar das fôrmas mais graves da esscarlatina, e dos meios mais efficazes para comba- têl-as.

DEFINIÇÃO. Escarlatina (febris scarlatina, rossolia, febre purpurea, rubeola confluens, morbilli confluentes, &c., &c.) é um exanthema febril e contagioso, caracterisado por um rubor espalhado uniformemente na superficie da pelle, ou disseminado em largas placas, por angina, e terminando por desquammação no fim do primeiro septenario.

FÓRMAS SYMPTOMATICAS. Admitte-se cinco, a saber: esscarlatina simples, anginosa, maligna, sem exanthema, e typhoide.

Tendo de responder á questão que nos é proposta, occupar-nos-hemos tão sómente das fôrmas anginosa, maligna e typhoide, deixando de parte a sem exanthema, pois que ella, além de ser mui pouco observada, reveste-se dos caracteres das outras, distinguindo-se apenas pela falta de rubor, de côr escarlate da pelle. Não podemos entretanto deixar de descrever os symptommas da fôrma simples, como termo de comparação.

Rayer admitte quatro periodos na esscarlatina: o de incubação, de invasão, de erupção e de desquammação; os autores descrevem sómente os tres ultimos.

FÓRMA SIMPLES. — 1.º *Periodo*. — É assignalado por calafrios, febre, displicencia, sede, abatimento, face congestionada e vultuosa, cephalalgia;

muitas vezes náuseas, vomito dos alimentos, ou puramente biliosos, epistaxis, dôr na garganta; algumas vezes coma, delirio ou convulsões, especialmente nas crianças.

2.º *Periodo.* Começa depois das vinte e quatro horas, mas algumas vezes só depois de quarenta e oito. De ordinario a erupção mostra-se primeiro no pescoço, depois nas faces, cujo colorido é mais vivo, que o do resto do corpo; algumas vezes porém é no tronco e nas extremidades, pés e mãos que ella se declara primeiro para dahi estender-se a todo o corpo. A erupção consiste em um numero infinito de pequenos pontos rubros, que repousão em um fundo côr de rosa, e que não offerecem saliencia visivel, sensivel ao tacto; estes pontos mais finos, mais vermelhos, muito mais confluentes, e dispostos mais regularmente que as manchas do sarampo, se reúnem em placas não salientes, mais extensas umas que outras; a principio pouco largas e guardando distancia entre si, reúnem-se afinal e dão aos tegumentos uma côr escarlata uniforme, que desaparece pela pressão. A pelle é ardente, secca, e muitas vezes rugosa como a de gallinha, e torna-se séde de um prurido desagradavel e de uma tumefacção notavel na face, e sobre os pés e mãos, a ponto de se tornar difficil e dolorosa a flexão dos dedos e artelhos.

Ao mesmo tempo se manifesta a angina, se é que já não existia no primeiro periodo; a mucosa da bocca e do pharynge torna-se vivamente rubra, os tonsillos inflamados cobrem-se de placas molles, delgadas, esbranquiçadas, pultaceas, elles augmentão de volume, o que reunido ao engorgitamento dos ganglios sub-maxillares faz vulto no exterior. A lingua coberta no primeiro periodo de um inducto esbranquiçado, delle se despoja da circumferencia para o centro, ficando então de uma côr rubra carregada, e é de tal modo lisa, que parece coberta de um verniz; outras vezes porém as papillas são salientes.

É no terceiro ou quarto dia de invasão, que a intensidade deste periodo chega ao *summum*. O rubor é sempre menos intenso nos lugares em que a pelle é mais fina como na axilla, na verilha, no ventre, e tambem ahí é mais persistente; o rubor augmenta-se durante os paroxysmos e quando o doente se agita, principalmente á noite (do que Grisolle duvida). A côr escarlata é tão viva, que Huxham a comparou á do succo de framboesas, e P. Frank á da casca de um carangueijo cozido. Este exanthema coincide quasi constantemente com apparecimento de vesiculas miliares, que existem quasi sempre em redor do pescoço, axilla e verilha.

O exanthema se extingue no fim de cinco, seis até oito dias; toma primeiramente a côr de violeta, depois rosa pallida, ou mesmo ligeiramente encobrada. A bocca e a lingua persistem rubras. A intumescencia das partes desaparece simultanea e gradualmente.

A febre, que algumas vezes cahe com a apparição do exanthema, de ordinario mantem-se em quanto elle persiste; cresce e decresce com elle. A temperatura do corpo sobe a 41 até 42° C. Nos paroxysmos o *facies* do enfermo exprime soffrimento e anciedade; os olhos são animados e brilhantes; ha agitação, insomnia rebelde, muitas vezes devida ao prurido incommodo. A angina toma algumas vezes uma intensidade tal, que chega a constituir uma complicação grave; o ar atravessa a custo as vias aereas estreitadas, d'onde resulta respiração ruidosa, accelerada, &c., &c. A sêde e inappetencia continuão; o ventre se constipa, outras vezes ha diarrhéa acompanhada de ligeiras colicas.

3.º *Periodo*. — A desquamação começa de ordinario do quarto ao nono dia da invasão da molestia; se a febre foi forte e a erupção abundante, ella começa antes do fim do estado febril e desaparição do exanthema; se a febre foi pouco intensa e a erupção moderada, ella tem lugar na convalescença; finalmente em alguns casos só apparece no fim de duas ou tres semanas depois da terminação do exanthema. A queda da epiderme segue a ordem da apparição da erupção; tem lugar primeiro no pescoço, depois na face, &c. As vesiculas miliares são as mais promptas a desaparecerem. Quando a molestia tem sido ligeira, a desquamação é quasi imperceptível; outras vezes tem lugar sob a fórma de farinha furfuracea; mas de ordinario a epiderme se destaca em pequenas escamas, que provém do seu levantamento em pontos destacados. Nos lugares em que a epiderme é mui densa, como nas mãos e pés, ella se destaca em laminas extensas, que guardão muitas vezes a fórma das partes como os dedos. A lingua se despoja do seu epithelio, e apresenta uma côr vermelha mui intensa, que conserva algumas vezes, mesmo depois de terminada a molestia. A desquamação dura oito a quinze dias, mas pôde durar trinta a quarenta em casos excepcionaes, em que ha mesmo successivas exfoliações.

Algunas vezes a exfoliação desenvolve na pelle exquisita sensibilidade, outras vezes determina nos membros dôres, a que M. Recamier chamou *rhumatoides*, que podem começar desde o 2.º periodo, e desaparecem com maior promptidão, que os rheumatismos ordinarios.

Se a affecção tem sido mui ligeira, então antes de cinco dias o pulso tem perdido a frequencia, a pelle o calor, mas conserva-se aspera e secca; de ordinario porém isto tem lugar do quinto ao oitavo dia; as alterações das funcções digestivas e respiratorias diminuem gradualmente, ou cessão logo. Evacuações alvinas, suores abundantes, e muito mais raramente hemorragias nasaes, e parotidas terminão a escarlatina.

Passamos agora a descrever a escarlatina *anginosa* (Willan e Bateman), ou *cynanchica* de Cullen.

O 1.º *periodo*, mais longo que o da fôrma simples, é caracterizado pelos seguintes signaes além de outros: prostração de forças bastante pronunciada, calor urente da pelle, pulso muito frequente e pouco desenvolvido, lingua de um vermelho muito vivo, tosse sem expectoração, coryza, voz guttural, algumas vezes epistaxis, embaraço na respiração e deglutição, e sobretudo symptomas de angina muito cedo apparentes; as amygdalas ficão inchadas e de um vermelho carmezim, bem como a mucosa pharyngiana.

2.º *Periodo*.—A erupção começa um dia mais tarde que na escarlatina benigna: ella consta de manchas de um rubro escuro ou arroxado, que nem sempre se mostrão; desapparecem muitas vezes para resurgir no mesmo ou em outro lugar; em vez de occuparem todo o corpo, limitão-se frequentemente a certos pontos, como as axillas, as verilhas e as mãos, que se intumescem consideravelmente, bem como a face e os pés. Phenomenos gastricos, como sêde, nauseas e vomitos persistem; a lingua além de muito rubra apresenta as papillas volumosas e salientes; algumas vezes a còr da lingua é branca, ou esverdinhada na parte media.

Mas são os phenomenos da angina, que devem fixar toda a attenção. Já vimos que ella se manifestava logo no primeiro periodo; por seus progressos a deglutição se torna difficil e mesmo impossivel, sendo expellidos os liquidos que se pretenda ingerir. O doente não pôde voltar o pescoço, em consequencia do volume muitas vezes enorme que toma, e que é devido ao quasi constante engurgitamento dos ganglios submaxillares e tecido celular ambiente; é a este engurgitamento que os antigos autores davão, muitas vezes erradamente, a denominação de parotidas. Este engurgitamento que começa quasi sempre com a angina é tão extraordinario, torna o pescoço tão grosso, duro e tenso, que a bocca pôde apenas abrir-se; esses ganglios suppurão muitas vezes (bubões escarlatinosos), e pela autopsia acha-se vasto abcesso diffuso.

Este engurgitamento não sendo combatido energeticamente, torna-se uma terrivel complicação, pois vai augmentar consideravelmente o embaraço da respiração, já tão grande em consequencia do maior volume das amygdalas; assim o doente é obrigado a conservar-se sentado, ou pelo menos com a cabeça elevada, agitando-se muitas vezes quasi delirante, e como procurando ar; a respiração é accelerada, anhelante, irregular; o ar passa com ruido pelas fossas nasaes e garganta. A bocca acha-se continuamente entreaberta, o halito é fetido, os tonsillos e a lueta inchados e deformados se tocão; a bocca posterior é forrada de uma substancia pulticia esbranquiçada, acinzentada, amarellada ou ennegrecida, devida a uma forte exsudação da mucosa, e que muitas vezes constitue falsas membranas, que os doentes lanção aos pedaços por intervallos.

Quando a angina é gangrenosa, então essas pseudo-membranas encobrem escaras, ulcerações mais ou menos profundas. Os labios são gretados, sangrentos e cobertos de crostas, e das ventas igualmente crostosas corre muitas vezes um liquido amarellado ou sanguinolento, fetido.

Se este assustador estado não cede ao tratamento, então o doente perece em consequencia do apparecimento de congestões cerebraes ou pulmonares devidas ao embaraço da circulação e respiração.

3.º *Periodo*. Se a angina cede, e tudo entra na ordem de que aberrára, então chega a desquammação, tão irregular como a erupção, que durará bastante, e durante a qual o doente está ainda exposto a accidentes muito graves, como veremos.

A ESCARLATINA MALIGNA.

(*Ataxica, ataxo adydamica de alguns autores*).

1. *Periodo*. — Começa como a anginosa, e no fim de dous ou tres dias apresenta phenomenos bastante graves, como cephalalgia, febre ardente, succedendo a calafrios, pulso frequente, calôr e aridez geraes, especialmente na pelle, sêde inextinguivel, ardôr na garganta, coma ou delirio, vomitos pertinazes e diarrhéa.

2. *Periodo*. — Tres ou quatro dias depois tem lugar a erupção, que segundo Rayer, consta de manchas um pouco elevadas, o que não acontece

na escarlatina simples; essas manchas são violáceas, e se achão de mistura com petechias. A duração da erupção é incerta, póde desaparecer e reaparecer muitas vezes. As ourinas são sanguinolentas, o pulso pequeno e irregular, os dentes cobrem-se de crostas negras ou pardas, os olhos são húmidos e fortemente injectados, ha sobresalto de tendões, algumas vezes tem lugar um corrimento fetido pelas fossas nasaes; a face apresenta ao mesmo tempo uma cõr vermelha carregada, ha surdez e delirio nos adultos, como convulsões nas crianças. O halito é fetido, a respiração é ruidosa e laboriosa, occasionada pela presença de mucosidades espessas e viscosas depositas no pharynge; deglutição difficil ou impossivel, exsudação ennegrecida da superficie das amygdalas e tecidos visinhos. Um coma continuo, a dispnéa extrema, a diarrhéa abundante, a formação de numerosas petechias annuncião a morte proxima que tem lugar repentinamente, ou depois de longa agonia.

3. *Periodo.* — Aquelles que escapão a este cataclysmo do organismo, e são bem poucos, tem ainda a temer a inflammação das vias respiratorias e dos órgãos digestivos, que persiste depois do exanthema. Escaras gangrenosas se formão muitas vezes nos trocanteres e no sacrum, e são seguidas de largas ulcerações, que difficultão sobremaneira a convalescença, que é mui longa. Se as escaras coincidem com a inflammação chronica do tubo digestivo, então são mui graves, e frequentemente funestas. A desquamação é tão irregular como a erupção, e dura largo tempo.

ESCARLATINA TYPHOIDE.

Foi a que assolou esta cõrte em 1842 e 1843, apezar de se apresentarem outras formas. Foi nessa época nomeada uma commissão pela Academia Imperial de Medicina para apresentar um trabalho sobre a epidemia então reinante, e nosso mestre o Sr. Dr. Julio Xavier (que Deos haja,) lèu uma memoria, a nossas fracas luzes mui bem escripta; nessa memoria deparámos com uma descripção da variedade typhoide da escarlatina tão clara e tão concisa, que assentámos nada mais poder fazer aqui a respeito que transcreve-la em sua integra, até mesmo em signal do respeito que devemos a esse nome escolar. Ei-la :

« Quasi sempre precedida de alguns phenomenos, é de notar-se que o tempo que elles durão é tão breve, que muitas vezes parece que a molestia invade sem symptomas precursores. Um frio repentino seguido de calor, cephalalgia e dôr de garganta annuncião as mais das vezes a escarlatina typhoide. Alguns d'estes symptomas podem falhar; assim alguns doentes não tem experimentado frio, outros nem dôr de cabeça; um incommodo de garganta muito pouco sensivel parece ter sido o unico phenomeno constante; immediatamente depois os doentes tornão-se tristes, abatidos, os traços de suas physionomias se alterão, sentem-se pesados, como que seus movimentos lhes são um pouco mais difficeis; á dôr de cabeça se une uma insomnia fatigante; em alguns doentes apparecem nauseas, vomitos, diarrhéa; em outros constipações; a bocca e a lingua excessivamente rubras, o véo do palladar, seus pillares e as amygdalas se engorgitão; ha seccura de bocca, sêde intensa, inappetencia; o pulso torna-se frequente, o calor da pelle augmenta, ella é secca e arida, ás vezes frangida; e no fim de 24 horas, muitas vezes antes, o corpo se cobre de manchas escarlatinicas, sendo mais sensiveis nos lugares, em que existem pregas; as ourinas são raras, mui carregadas e fétidas; alguns individuos apresentam epistaxis; o doente torna-se inquieto, nenhuma posição lhe agrada, vira-se para todos os lados, senta-se, mas quando se deita atira com o corpo rudemente sobre a cama; seu desassocego é notavel; as conjunctivas se injectão; os doentes apresentam grande sensibilidade á luz; a difficuldade de deglutição e a cephalalgia vão se tornando cada vez mais intensas; o doente ora responde coherentemente, ora sem ligação; sua physionomia toma o character do estupor; apparece o delirio quasi sempre loquaz, raras vezes taciturno; a agitação é extrema, a voz se torna rouca, nasal, a lingua embaraçada, mas o doente continúa a fallar, e por fim já com difficuldade se entende o que diz, apenas se ouvem os sons. O ventre apresenta um volume ás vezes sensivel á vista; se se lhe applica o ouvido ouve-se gargarejo bem pronunciado na fossa iliaca direita; a lingua, os dentes e os labios se tornão fuliginosos, seccos, aridos; ha sêde intensa, mas o doente, que se deseja refrigerar, acha-se impossibilitado, por quanto logo que quer engulir, vê-se ameaçado de suffocação; o mesmo acontece quando quer gargarejar; as evacuações diminuem em alguns doentes; em outros se tornão mais abundantes e frequentes, em outros são substituidas por constipações teimosas; sudaminas e petechias se manifestão, assim

como tremores e movimentos convulsivos em alguns; sobresalto de tendões, carphologia; as manchas do corpo ora empallidecem, ora adquirem novamente a còr; a erupção é irregular e por fim fica arroxada; a voz vai se extinguindo, a respiração se encurtando, e o doente assim expira ou morre em um coma profundo. A dificuldade de deglutir não parece provir de constricção de garganta, por quanto, se em alguns casos a materia pultacea tem sido encontrada cobrindo as partes inflammadas da garganta; nós vimos em quatro doentes que a angina se não revelava, senão por um engorgitamento apenas sensível das partes, existindo em um grão de muita simplicidade; e por isso acreditamos que além da angina ha aqui o que acontece na febre typhoide a respeito de deglutição. Este apparatus de symptomas graves se desenvolve com extrema rapidez, e de tal sorte que os doentes succumbem no meio delles ás vezes em menos de 48 horas.

« Algumas vezes porém, tem-se notado em lugar dos phenomenos ataxicos, que acabamos de vêr, phenomenos adynamicos predominarem desde a invasão da esscarlatina, notaveis pela prostração e abatimento dos doentes, d'ahi o nome de *esscarlatina adynergica e ataxico-adynergica*, quando ou a adynergica succede á ataxica, ou quando phenomenos ataxicos e adynergicos se alternão successivamente.

« Acreditamos, acrescenta o Sr. Dr. Julio, que bastão os caracteres pathologicos, que acabamos de vêr, para dar razão da gravidade da molestia hoje (em 1843) em campo; para explicar a mortandade, que todos os dias estamos vendo, e para nos convenceremos da difficuldade em que se deve achar o medico, para oppôr-lhe um tratamento racional e proficuo. »

Causas, e natureza da molestia.

Admitte-se como causa determinante da esscarlatina um principio miasmatico, cuja natureza e maneira de obrar são desconhecidas. Pinel de certo não teve razão classificando as febres eruptivas, e consequentemente a esscarlatina, entre as inflammções da pelle; a erupção não é mais que um symptoma, que até póde falhar, bem que mui raramente, e tanta, ou mais

razão ha para dar-se a séde da molestia na mucosa digestiva. Se com effeito a escarlatina fosse uma inflammacão da pelle, nos casos mais graves a erupção não deveria ser tão limitada e fugaz, e o pulso não deveria ser quasi extinto, e sim forte e frequente. Aguardando os progressos da sciencia, é de certo mais consentaneo com a razão considerar a molestia que nos occupa como uma febre produzida por uma causa infectante, como a febre amarella, as intermittentes, mas distinguindo-se dellas pelo character do exanthema além de muitos outros, entrando no quadro das febres eruptivas. Ainda apoião o que acabamos de exarar as observações de Andral e Gavarret que apresentam os seguintes resultados do exame do sangue dos escarlatinosos: conservacão da media da fibrina 3 em 1000, diminuicão algumas vezes, especialmente *durante a erupção*; augmento de 9 a 19 partes sobre a media dos globulos 127 em 1000; a crosta inflammatoria só tinha lugar quando apparecia alguma phlegmasia intercurrente.

A escarlatina apparece esporadica, ou epidemicamente, não poupa idade nem sexo; geralmente se admite como contagiosa, bem que seja difficil em uma epidemia saber se ella se desenvolveu por contagio ou sem elle. A escarlatina é menos commum que o sarampo e a bexiga; ataca em todas as estações, especialmente no verão. O virus escarlatinoso obra com muita rapidez. Petit-Radel pretende ter inoculado a molestia, mas Miquel de Amboise não foi tão feliz.

Complicações.

Bem que a angina acompanhe ainda o caso mais benigno de escarlatina, e seja por tanto de necessaria existencia, com tudo póde-se considerar como complicação, quando ella se torna mui intensa. As vias respiratorias pouco soffrem na molestia, que nos occupa, pelo menos na maioria dos casos; assim não são frequentes, como no sarampo, as bronchites, pleuresias, pneumonias, e a alteracão que se nota, depende mais da inflammacão da bocca posterior, que da do larynge.

As vias digestivas soffrem mui frequentemente, e a gravidade das lesões é muitas vezes extrema, como na entero-colite (forma typhoide). Segundo Guersent, Blache, Constant e outros, a escarlatina algumas vezes precede, e

em muitos outros casos succede á febre typhoide, o que parece até certo ponto confirmar o que diz o Ill.^{mo} Sr. Dr. J. P. Rego (Annaes de Med. Bras. de Agosto de 1851) « que se póde avançar que a mortandade de 1843 foi causada por uma epidemia de febres typhoides e perniciosas com caracter escarlatinoso. » Mas seja-me licito dizer que se a escarlatina não foi a affecção primitiva, pelo menos exercia decidida influencia sobre a febre typhoide, abreviando sobremaneira a sua marcha, pois que muitos enfermos perecião das 24 ás 48 horas. Durante as epidemias, todas as molestias tem mais ou menos o sinete, o cunho, o caracter, a còr local, permitta-se-me a expressão da molestia reinante, e as febres typhoides e perniciosas tinhão o caracter escarlatinoso; ora ninguem póde negar, que nessa época houvesse epidemia de escarlatina, e sendo possivel a existencia concomitante de uma outra epidemia, será de certo bem difficil determinar qual dellas é a primitiva, qual dellas complica a outra.

Ha muitos factos de complicações de escarlatina com dous ou tres exanthe-mas a um tempo, sem estorvarem a marcha uns de outros. E' por essas complicações que a escarlatina foi dividida em *levigata sive plana*, *miliformis sive papulosa*, e de *pustulosa sive phlyctenosa*. Além das erupções de pelle (que todas podem complicar a escarlatina), muitas affecções cutaneas como a erysipela, o furunculo e sobre tudo a urticaria, podem intercorrer.

Outras affecções ha ainda, que podem complicar a escarlatina; estão nesse caso a otorrhea, a amaurose, a laryngitis e as parotides, que, como bem diz Bretonneau, são muito mais raras que o engorgitamento dos ganglios do pescoço, com os quaes tem sido confundidas; as hemorragias, que tem lugar em algumas escarlatinas graves, as stomatitis, a gangrena da bocca, as dôres rheumaticas.

Accidentes cerebraes de todo o genero, cephalalgia, coma, delirio, paralysisa, convulsões ou contracturas podem complicar todos os periodos da escarlatina, especialmente o primeiro e o segundo; nesses a molestia póde tornar-se rapidamente mortal pela desordem das funcções cerebraes. No periodo de desquammação os accidentes (coma ou paralysisa) são devidos quasi sempre á apoplexia serosa, ou então á congestão sanguinea.

Mas de todas as complicações a mais notavel (não sei se tambem entre nós) é a anasarca, não só por sua frequencia, como por sua gravidade; foi observada por praticos antigos como Sennert, Borsieri, Calvo, Plenciz, Roser e muitos outros antigos e modernos, muitos dos quaes pretendem

faze-la dependente da molestia de Bright. A frequencia da anasarca parece depender em alguns casos da constituição medica, mas na mór parte ella depende de um resfriamento, e em muitos casos, senão quasi sempre, de infracção do regimen dietetico; ella se manifesta tanto na escarlatina benigna, como na grave. Heister distinguia já edema quente e frio, ou por outra agudo e chronico. E' durante a desquammação, que de ordinario ella apparece, mas da sexta semana da invasão do exanthema em diante, não se póde considerar como complicação. Simultanea ou successivamente nas grandes cavidades serosas tem lugar derramamentos; dahi ascites, hydrothorax, dispnea consideravel, e muitas vezes pneumonias, pleuresias, bronchites, cuja marcha não é francamente inflammatoria; apparece algumas vezes o edema do pulmão, e o da glotte tão funesto. Se o derramamento tem lugar na cavidade da arachnoide, então apparece coma com dilatação e contracções alternativas das pupillas; em certos casos amaurose passageira, semi-paralysis ou convulsões e morte rapida. Blackall vio um enfermo que apresentava metade do corpo em convulsões, e o resto paralysado.

E' gravissima a complicação da escarlatina com o estado puerperal.

E' durante as epidemias, que as complicações sobresaem com um caracter predominante; eis aqui alguns exemplos: a de Essex em 1770 fez-se notavel por uma dôr gravativa no occiput; a de Upsal em 1742 pelo soluço; a de Copenhague em 1787 por uma dôr fixa em uma parte do corpo; a de Cephalaria em 1673, por affecções verminosas nas crianças; a de Dresda por stranguria, a de Londres em 1672-1689 por parotidas, e bubões, a de Haya em 1748 por ulceração das partes genitae; a de Nantes em 1817 por colicas e tenesmos, etc. etc.

Diagnostico differencial.

São os commemorativos os unicos guias para discernir a molestia, que invade com seus symptomas ordinarios, de uma phlegmasia ainda não localisada, ou de uma febre imminente. Entretanto ha certos caracteres phenomenaes proprios a certas molestias, que podem facilitar o diagnostico; assim a bexiga é annunciada por uma dôr lombar e vomitos muito inten-

sos, os sarampos por uma fluxão oculo-nasal, e muitas vezes ou quasi sempre por tosse ferina: quanto á febre typhoide, ella tem de ordinario menos agudeza nos symptomas, do que a exanthema que nos occupa. São ainda os commemorativos, que nos poderão servir para distinguir do primeiro periodo da meningite a escarlatina irregular, que começa por delirio e convulsões. Quando no fim de algum tempo apparece rubor na garganta, então o diagnostico se circumscreve á angina simples, diphterica, e á escarlatinosa. Recorre-se ainda aos commemorativos. Será uma simples amygdalite, se o individuo fôr sujeito á angina, se o rubôr se limitar a um só tonsillo, e se os ganglios sub-maxillares não engurgitados. Bretonneau insiste muito sobre a precocidade das pseudo-membranas, e apparente innocuidade dos primeiros symptomas, que apresenta a angina diphterica, para distingui-la da escarlatinosa. É prudente, com tudo, estar sempre de prevenção sobre a possibilidade de invasão da escarlatina, e não dar inteira confiança a symptomas que podem falhar.

Uma vez manifesta a erupção, ella se não póde confundir com a do sarampo, pois é constituida por largas placas, de vivo escarlata, occupando principalmente as verilhas e axillas, e sem apresentar elevação alguma sobre o nivel da pelle; em quanto que a do sarampo se mostra em fórma de pequenas manchas redondas a principio e depois semi-circulares, com bordos golpeados, e um pouco elevadas; essas manchas são de uma côr vermelha carregada, e occupão todo o corpo sem selecção de partes.

A roseola se distingue da escarlatina pela menor intensidade na invasão, por suas manchas rosaceas irregularmente disseminadas, e principalmente pela ausencia de angina.

Prognostico, duração e terminação.

Geralmente fallando a escarlatina regular e sem complicações não é uma molestia grave; são as complicações e o genio epidemico, que, na expressão de Guersent e Blache, transformão um exanthema benigno em um flagello das populações. Assim a escarlatina simples termina quasi sempre pelo restabelecimento em um individuo sadio e bem constituido, oppondo-se-lhe adequado tratamento e rigorosas precauções.

A fôrma anginosa, bem que mais grave, deve terminar bem, todas as vezes que a angina não for tão violenta, que ameace suffocação, todas as vezes que se não der gangrena, nem ulceração no pharynge e amygdalas, nem tão pouco inflammação e suppuração dos ganglios sub-maxillares.

Muito mais grave e funesta é a fôrma maligna, já pela intensidade de sua assustadora invasão, e terriveis complicações, como tambem pelas lesões chronicas que deixa, lesões que no estado em que fica o enfermo, acabão de esgotar-lhe as forças, e podem occasionar-lhe a morte.

A escarlatina typhoica, especialmente quando predominão phenomenos ataxicos, é quasi sempre funesta; a fôrma adynergica, bem que gravissima, pôde dar esperanças oppondo-se-lhe o tratamento tonico, proporcional ao gráo da adynergia.

Todas as outras complicações da escarlatina, de que já tratámos, devem necessariamente augmentar mais ou menos a gravidade da molestia.

O prognostico da escarlatina intercurrente, que sobrevem no curso de uma e outra enfermidade, nem sempre é máo. É factó que de ordinario ella aggrava a molestia principal, ou antes a primitiva; mas tambem algumas vezes ella reanima certas affecções cutaneas chronicas, e certas phlegmasias adormecidas, activando assim sua resolução.

É conselho de alta pendencia ser sempre mui reservado no prognostico da escarlatina, pois ainda a mais simples pôde determinar a morte do individuo pelo apparecimento de phenomenos nervosos rapidamente fataes.

As fôrmas graves da escarlatina excedem o medio de duração da fôrma simples (10 a 12 dias), e podem-se mesmo prolongar por longo tempo, a querer-se admittir ainda como escarlatina aquellas lesões que apparecêrão durante o seu curso, e que podem persistir depois do seu desapparecimento.

A escarlatina termina ou pela resolução, ou pela morte, ou por uma outra molestia.

Já vimos que a anasarca e hydropisias diversas complicavão o curso da escarlatina; ellas podem continuar findo o exanthema, ou apparecerem no fim da desquamação, apezar mesmo dos muitos cuidados que se possa ter.

Lesões chronicas do tubo digestivo são muitas vezes terminações da escarlatina, o que tambem acontece com lesões dos orgãos respiratorios, bem que em menor escala.

Não sabemos em que se fundão alguns autores para pensarem que a escarlatina detem a marcha da tuberculisação pulmonar.

Anatomia pathologica.

Quando a morte tem lugar durante a erupção, encontra-se nos lugares das manchas escarlatinicas nodoas lividas ou violaceas; algumas vezes porém, só se observa alguma injecção no corpo reticular.

De ordinario já se não acha rubôr no pharynge; as amygdalas podem apresentar grande volume, ulcerações, placas gangrenosas, &c., &c. O cerebro, os pulmões, o figado e as serosas apresentam, na maioria dos casos, traços de congestão, o que com tudo não é constante; as lesões do tubo digestivo, que se observão muito mais frequentemente, consistem no espessamento e amollecimento da mucosa, e forte injecção de seus vasos; no desenvolvimento das glandulas de Brunner, e saliencia das placas de Peyér (embora diga Grisolle que nunca observou taes lesões); o que até certo ponto se pôde considerar como o diminutivo da erupção intestinal da febre typhoide; algumas vezes, poucas é verdade, se encontrão os ganglios mesentericos um pouco maiores e rubros, e o baço hypertrophiado, lesões proprias á dothinerite; mas o que é singular, é que estas lesões não se dão algumas vezes na fórmula typhoide, porém mostrão-se nas outras fórmias da escarlatina.

Se o doente pereceu pela complicação de hydropisia, encontra-se nas cavidades splancnicas grandes depositos de serosidade misturada algumas vezes com pus ou sangue. Os rins apresentam frequentemente as lesões do primeiro periodo da molestia de Bright, e outras vezes, bem que seja raro, as dos periodos mais avançados da mesma molestia.

Tratamento.

Bem que mui diversos sejam os meios de tratamento na escarlatina, e nem podia deixar de ser assim, attendendo-se a suas numerosas phases e

complicações, pôde-se com tudo ter sempre em vista o seguinte preceito: de atacar as complicações, como se não existisse o exanthema. Não descreveremos o tratamento da escarlatina simples, e quanto a *sine exanthemate*, como ella pôde ser anginosa, maligna ou typhoica, não tem especial tratamento, e sim o de cada uma dessas fórmãs.

ESCARLATINA ANGINOSA.—Em todas as fórmãs da molestia que nos occupa convem favorecer o mais possivel a erupção; portanto deve-se collocar o enfermo em um quarto, em que a temperatura seja agradável, não sobre-carrega-lo de roupas; administrar-lhe infusões sudorificas, adoçadas com xaropes acidos, decoções emollientes, pediluvios e dieta absoluta. Deve-se empregar a sangria se o individuo é robusto, a reacção viva, o pulso largo e duro e ha congestão para alguma viscera. Sendo a angina mui intensa, é sobre ella que se deve dirigir a attenção do pratico; para remove-la se deve prescrever sanguesugas ou ventosas scarificadas atraz das orelhas e á roda do pescoço, cataplasmas e gargarejos emollientes; deve-se sobre tudo insistir n'essas applicações se a angina invadir as vias aereas. (Mr. Senn, these em 1825.)

Quando a angina não cede a estes meios, e se torna pultacea, diptherica, gangrenosa e acompanhada de phenomenos geraes graves, é em geral pouco util tirar sangue, a menos que não haja indicações particulares, como engorgitamento muito consideravel dos ganglios sub-maxillares e cervicaes, &c. Convem n'aquelles casos um vesicatorio á nuca, ou á parte anterior do pescoço, gargarejos de substancias fortemente adstringentes, como alumen, jequitibá, &c.; ou agua de Labarraque em gargarejos, injecções ou embebendo um pequeno chumaço de fios, com que se toca as partes lesadas (quando ha gangrena); emprega-se o chlorureto de sodium em gargarejo, e da mesma maneira a pimenta, só, ou com quina (Dewes e Willan); alguns praticos respeitaveis d'esta cidade tem lançado mão, e com vantagem, dos gargarejos de pimenta e limão. São ainda empregados os vomitivos e purgativos, mas isso quando não ha phlegmasia gastrica ou intestinal, bem que muitos administrem em todo caso, o que depende por certo da maneira de explicar a acção do medicamento. Administrado quando indicado o vomitivo produz os mais saudaveis effeitos; pelo vomito se despegão falsas membranas, mucosidades, placas gangrenosas, e a entrada do ar se torna facil, bem como a deglutição; além d'isto, facilita a erupção fazendo o doente transpirar, modificando a tensão e aridez da pelle.

Hamilton cauterisava as escaras gangrenosas com nitrato de prata ou com a pedra infernal.

As complicações de bronchite, pneumonia, pleurisia, enterite, &c., bem como aquellas que partirem das meningeas e do cerebro devem ser combatidas, como se não existisse exanthema, pelos meios que lhes são proprios; devendo-se em todo o caso ter em vista facilitar a erupção por banhos quentes, sinapismos, fricções seccas; pois que muitas vezes basta o apparecimento do exanthema para terminarem as complicações, e outras vezes estas só tem lugar pela supressão da erupção, convindo pois em todo o caso excitar a pelle.

Quando ha signaes de violenta agitação geral, que a angina é forte, o calor e seccura da pelle tenazes, os medicos inglezes tem uma therapeutica toda particular. Segundo Bateman, a experiencia nestas circumstancias se tem pronunciado em favor dos brandos purgativos, e do regimen refrigerante interno e externo; assim affirma elle nunca ter observado máos resultados do emprego dos calomelanos em pequena dóse, só, ou misturados com rhuibarbo ou jalapa; acha esse laxativo preferivel á sangria, que segundo elle faz cahir o pulso e determina phenomenos nervosos. Hamilton e Willan adoptarão as mesmas idéas, empregando este ultimo 2 ou 3 gr. de calomelanos misturados com igual quantidade de pós antimonias. Já dissemos que os purgativos vomitivos convenientemente applicados podem ser muito uteis; mas tambem é verdade que a sangria geral só poderá fazer cahir o pulso, e produzir phenomenos ataxicos ou adynamicos, quando a sua applicação fôr contra-indicada; e quanto á sangria local, ella é sempre da maior utilidade, para combater as inflamações que complicão o curso da escarlatina. Currei, Bateman, Belitz, Thompson e outros medicos inglezes preconisão as affusões, loções e aspersões frias; uns com Currie, mergulhando o doente em uma banheira de agua quente, fazem despejar-lhe sobre a cabeça baldes de agua fria; outros com Nasse temendo as repercussões, ou pelo receio dos doentes e reclamações dos parentes, se contentão com loções d'agua simples ou avinagrada a diversas partes do corpo, principalmente aos membros superiores, a face e ao tronco. Segundo esses praticos, taes meios moderão o calor, tornão menos frequente o pulso, calmão o doente procurando-lhe um somno tranquillo e uma transpiração salutar. Na opinião de Bateman, nem o effeito da sangria nas inflamações agudas é comparavel ao que

produzem as affusões frias na escarlatina. Este meio bem que em voga na Inglaterra e Allemanha, é pouco usado em França, e creio que tambem entre nós; entretanto é um meio, que na opinião de grandes praticos deve produzir bons resultados convenientemente applicado: e a este respeito concordamos perfeitamente com Grisolle, o qual pensa que este meio não deve ser empregado na escarlatina simples, e sim nos casos mais graves, quando as forças estiverem quebradas, o calor ardente, e houver agitação e delirio. É preciso observar que muitas vezes a sedação é passageira, sendo necessario voltar ao uso do frio, se os phenomenos de excitação continuão.

Miquel empregou com resultado a seguinte loção: acetato de chumbo liquido uma onça, agua uma libra.

Mrs. Brathwite e Durr dizem ter dado com successo em todos os periodos o chloro na dóse de uma a duas oitavas em oito onças d'agua; entretanto os praticos não tem lançado mão deste meio, bem que não ponhão em duvida a possibilidade do facto.

Ha ainda um outro poderoso agente therapeutico, do qual se podem esperar os mais satisfactorios resultados, a serem exactos os factos apresentados pelos autores que o preconisão; esse agente é o carbonato de ammonia na formula seguinte: carbonato de ammonia duas oitavas, agua seis onças, xarope de althea uma onça. É muito empregado este meio na America do Norte, e mesmo na Allemanha, onde o Dr. Strahl recorreu a elle, como unico recurso que lhe permittião as circumstancias na epidemia de 1832 na Prussia, e em 1843 o Dr. Riecken, medico do rei dos Belgas, publicou uma memoria sobre o uso deste medicamento, fazendo-lhe os melhores elogios, tecendo-lhe os maiores encomios.

ESCARLATINA MALIGNA. — Como são as inflammções intensas que a complicação, que a tornão grave, é sobre ellas que deve versar o tratamento, fazendo-se abstracção da escarlatina. Assim essas molestias devem ser atacadas pelos meios que lhes são proprios, e cuja descripção nos levaria longe e nem nos compete.

As reflexões que fizemos aos meios de tratamento da escarlatina anginosa, meios que taes como purgativos, emeticos, aspersões frias, &c., tem toda applicação aqui.

Deve-se comtudo, ainda uma vez o dizemos, procurar fazer apparecer e fixar a erupção por meio de banhos tepidos, fricções, &c.

ESCARLATINA TYPHOIDE. — Deve-se considerar a affecção typhoide como a principal, e a ella é que se deve dirigir a attenção do pratico, pois é de bem poucas esperanças.

As sangrias geraes são genericamente fallando, mais nocivas do que uteis; entretanto se o individuo fôr robusto, o pulso cheio e frequente, a sangria geral póde ser applicavel, mas com parcimonia (oito a dez onças), para não correr o risco da quêda do pulso, e apparecimento de phenomenos ataxicos, ou adynamicos. As sangrias locaes são mais vantajosas; uma applicação de sanguesugas atrás das orelhas póde preencher dupla indicação, quando além da angina, ha phenomenos cerebraes intensos; applicadas ao ventre e ao anus, em consequencia de phenomenos gastricos, as sanguesugas produzem algumas vezes excellentes resultados.

A estas depleções locaes se devem juntar gargarejos emollientes, bebidas gommosas e acidulas, clysteres laxativos; são ainda muito convenientes revulsivos e sudorificos que facilitem a erupção.

Se fôr a escarlatina typhoide ataxica com que se estiver a braços, cumpre confessar que poucos, muito poucos mesmo são os recursos da arte. É sabido que nunca a therapeutica é tão pobre, como quando abunda de meios para o tratamento da mesma molestia. No caso que nos occupa, dá-se rigorosa applicação disto; porque além dos meios que ha pouco mencioná-mos, tem-se applicado todos os que enumerámos na fôrma anginosa, e ainda mais a camphora, o castoreo, as infusões de arnica e valeriana, agua de louro-cereja, a belladona; e de todos esses meios não ha um só em que se possa ter inteira confiança.

O que resta pois é ir preenchendo as indicações á medida que ellas se forem apresentando, sendo entretanto necessaria a maior circumspecção no emprego dos purgativos e vomitivos.

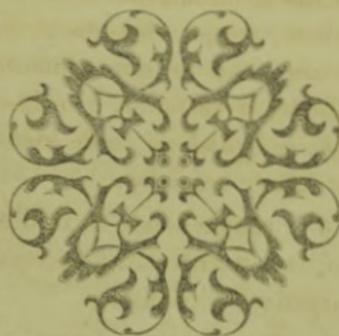
A fôrma adynamica, bem que mui grave seja, entretanto cede muitas vezes aos tonicos. Emprega-se nesses casos a quina, vinho, ether, cozimento de Leuwis; os extractos seccos ou molles de quina na dóse de um a tres grãos por dia, em um vehiculo aromatico, o vinho quinado; clysteres e fricções da mesma natureza. Alguns autores dão preferencia ao vinho sobre a quina, tendo o cuidado de proporcionar a dóse pela do alcool que elle contém.

O ether é pouco empregado, porque seu effeito é tão pouco duradouro, tão rapido.

E' verdadeiramente admiravel em certos casos o effeito dos tonicos; ha casos em que elles motivão verdadeiros simulacros de resurreição.

Quando se alternão a ataxia e a adynamia, alternar-se deve tambem o tratamento fazendo succeder aos calmantes e anti-spasmodicos os tónicos e os revulsivos.

No terceiro periodo da escarlatina, (de qualquer das fórmias), convém muito prevenir o apparecimento da anasarca, empregando para isso fricções seccas sobre a pelle, banhos tepidos, dieta, e algumas vezes ligeiros purgativos. Se apezar disto sobrevem anasarca, é mister usar de purgativos, diureticos e diaphoreticos, taes como oleo de ricino, calomelanos, nitro, oxymel scillitico, digital purpurea, vinho amargo diuretico; fumigações seccas e banhos de vapor. Van Swieten, Stoll, Frank, e Meglin citão factos de cura da anasarca consecutiva á escarlatina em individuos robustos pela sangria e antiphlogisticos.



II

TRATAR

DOS

CASOS QUE RECLAMÃO

A

EXTIRPAÇÃO DO GLOBO DO OLHO;

E DOS

METHODOS E PROCESSOS

PORQUE SE PRATICA ESTA OPERAÇÃO.



Tratar dos casos, que reclamão a extirpação do globo do olho, e dos methodos e processos, por que se pratica esta operação.

Je n'enseigne, je raconte.

MONTAIGNE.

Composto de tecidos tão variados, dotado de exquisita sensibilidade, e de grande vascularidade; unido ao encephalo por cordões consideraveis e por tal modo curtos, que mais parecem a continuação directa, que appendices dessa viscera; recebendo dos mesmos troncos que ella os materiaes de sua nutrição e excitação; exposto por sua posição superficial, bem como pela natureza do estimulante, por cuja intervenção se exercem suas funcções, á acção de todas as vicissitudes atmosphericas, o olho é um dos órgãos, cujas molestias offerecem em alto grão o triplice caracter de infinita variedade, immensa frequencia, e de gravidade muitas vezes extrema. Sua união é tão intima com o cerebro, que não só reproduz com a fidelidade de um espelho todas as gradações de exaltação, abatimento, estupor, e desordem funcional deste órgão, mas tambem partilha todas as suas sympathias. Attendendo-se a essa delicadeza de structura, sensibilidade, e sympathias, não é para admirar que se veja a inflammação figurando em

primeira plana, como causa proxima ou remota da mór parte das affecções do olho.

A tão grande variedade de tecidos de necessidade deveria corresponder immenso numero de lesões, e consequentemente multiplicidade extraordinaria de meios medicos ou chirurgicos.

É percorrendo esse immenso quadro de lesões e meios curativos, que notamos, felizmente para a humanidade, que poucos são os casos, que podem custar a perda do olho por uma operação.

Debaixo desse ponto de vista temos de tratar das degenerações cancerosa e melanica, e de um grupo de lesões produzidas por causas diversas, e a que se dá o nome de Exophthalmia, pela presença de um phenomeno commum, o exorbitismo.

Occupar-nos-hemos desta ultima parte em primeiro lugar, esforçando-nos por mostrar quaes os casos de exorbitismo, em que é indicada a extirpação.

Exophthalmia.

(Exophthalmos, Exorbitismo, Protopsis, Queda ou Procidencia do olho).

Dá-se este nome á sahida parcial ou completa do olho, sem nenhuma alteração nem mudança em seu volume.

Assim se não póde confundir com o staphyloma, hydrophthalmia, cancrs abcesso do olho, em que ha sempre uma alteração organica, e em consequencia desta augmento de volume.

Richter admite tres especies de exophthalmia: a 1.^a produzida por violenta commoção de cabeça; a 2.^a por causa traumatica, que obra directamente sobre as regiões orbitarias; a 3.^a produzida por tumores de differente natureza desenvolvidos na orbita ou nas cavidades e paredes vizinhas.

Preferimos seguir a divisão apresentada por J. Cloquet e A. Berard, que é a seguinte: tres especies ou generos: a 1.^a Exophthalmia por causa traumatica; a 2.^a Exophthalmia por tumores na orbita; 3.^a pelo relaxamento das partes que fixão o olho no fundo da orbita.

Exophthalmia traumatica.

O globo occular, arredondado, elastico, nimiamente movel, offerecendo de todas as partes uma superficie lisa, escapa mais vezes, do que se poderia pensar á primeira vista, á acção mecanica dos corpos exteriores.

É assim que muitas vezes instrumentos picantes, cortantes ou contundentes escorregão sobre o globo optico sem interessa-lo, e vão amortecer sua acção na orbita ou no encephalo. Mas se nesses casos se não dá o ferimento do olho, a procidencia do orgão tem lugar muitas vezes, e por causas diversas. Se o instrumento foi bastante delgado para passar entre o globo optico e as paredes da orbita, sendo retirado bruscamente pôde trazer diante de si o olho.

A exophthalmia explica-se perfeitamente se o instrumento cortante dividiu os tecidos molles que prendem o olho. O mesmo se pôde dizer de um instrumento contundente, que, resvallando sobre o olho, tiver despedaçado ou roto essas partes.

Covillard cita um factó de exorbitismo determinado pelo choque violento de uma bola de bilhar. Demours apresenta tambem um exemplo de procidencia do olho determinada por uma quéda de cavallo, com violento baque da cabeça no chão.

Nesses casos, a commoção produzida foi bastante para determinar a rapida paralyisia das partes que fixão o olho, e o relaxamento consecutivo permittio a quéda do orgão.

Quando a exophthalmia só tem lugar tempo depois da acção do instrumento, ella se explica ou pelo derramamento de sangue no tecido celular da orbita, ou engurgitamento inflammatorio consecutivo das parte lesadas.

O olho, que no estado normal já não é completamente contido na orbita, dada uma causa traumatica capaz de determinar a exophthalmia, impellido para diante afasta as palpebras, ultrapassa-as, e pôde mesmo pender na face; e isto immediatamente ao accidente ou no fim de algum tempo.

Em todo o caso as palpebras e a conjunctiva se achão fortemente ecchymosadas, a abertura pupillar mais ou menos irregular, a vista ou de todo perdida ou muito confusa.

Até aqui temos tratado dos casos de exophthalmia sem lesão do globo optico; este porém pôde ser ferido pelo instrumento, a cornea pôde romper-se, a iris despedaçar-se, bem como as outras membranas; o crystallino

póde quebrar-se ou sahir inteiro e os humores do olho extravasar-se, &c.

Se o olho persistir por algum tempo fóra da orbita, accidentes inflammatorios não tardaráo a sobrevir, devidos á acção da luz, do ar, dos corpusculos que nelle volteião, &c.

A gravidade desses accidentes subirá de ponto, se o nervo e os musculos do olho tiverem sido rotos e paralyzados. É isto tanto é assim, que muitos casos de exophthalmia, insignificantes na apparencia, tem acabado de uma maneira funesta para o órgão, e mesmo para o enfermo, por isso que havia rotura do nervo optico ou dos musculos. Ha o facto de uma mulher que havendo dado com o olho de encontro á argola de uma chave, dahi resultou uma exophthalmia parcial, e em poucos dias a morte em consequencia de rotura do nervo optico.

O inverso póde dar-se tambem; isto é, casos na apparencia mui graves, como o que já mencionei citado por Covillard, terminarem pelo restabelecimento da vista. É facto que o nervo optico, apezar de sua extrema delicadeza, é susceptivel de alguma distensão; mas bem se vê que ella deve ser mui limitada.

O exame das partes profundas do olho é pois a melhor base de prognostico nos casos de exophthalmia traumatica; é ainda esse exame quem póde guiar o cirurgião na escolha dos meios curativos. Mas será sempre facil esse exame? Desgraçadamente não. A situação das partes, e sobretudo a inflammação da conjunctiva, como bem ponderão Richter e Samuel Cooper, difficultão sobremodo o exame.

Parece que a extirpação do olho, em casos de exophthalmia traumatica, era o meio de que lançavão mão os cirurgiões até 1555, pois que Lange, que nessa época escrevia, indica ter sido o primeiro que praticou a redução do olho com feliz successo. Depois d'elle Donat em 1588 esforçou-se por provar que a extirpação do olho devia ser banida.

Covillard, Lamswerde, Spigel e outros gabão-se de ter sido felizes na redução de casos de exophthalmia tão exaggerados, que Louis para poder explica-los, suppõe que nesses casos havia estreiteza da parede externa da orbita.

A redução do olho é hoje geralmente seguida, mesmo nos casos em que já não é possivel esperar o restabelecimento das funcções do órgão; pois que a experiencia tem mostrado que nesses casos se póde esperar a atrophia. Demours, entre outros, cita mui bellas observações de atrophia

do olho em casos de despedaçamento da cornea, da iris, das lesões das outras membranas, e da sahida do crystallino &c.

Quando, porém, diz Velpeau, o olho estiver realmente pendente na face, o que se póde fazer de melhor é acabar a separação.

O mesmo se deve entender quando o olho, aberto e vasio, estiver pendente de alguns restos de tecidos.

J. Cloquet e A. Berard, entretanto, sustentão que em casos de desarraigamento do nervo e dos musculos do olho se deve proceder á reduçção, pois que assim, dizem elles, se poupa ao doente uma deformidade, e se conserva um sustentaculo para um olho de esmalte.

Esta opinião nos parece exagerada; pois que a violenta inflammação, que nesses casos infallivelmente se apoderará do nervo optico e dos musculos contusos e rotos, por certo que vale bem a conservação desses restos.

Tambem nos parece exagerada a opinião de L. J. Sanson, quando diz (no Diccionario de Medicina e Cirurgia pratica artigo «hernia do olho») que acha indicada a extirpação em todos os casos de exophthalmia traumatica!

A reduçção do olho é tanto mais facil, quanto mais cedo apprehendida. Antes de practica-la, convém extrahir alguma parte do instrumento que produzio a exophthalmia, que possa por ventura ter ficado na orbita; e reaplicar os fragmentos osseos, ainda em parte adherentes, em casos de fractura das paredes da cavidade.

Procede-se depois, por meio de brandas pressões com a mão á reduçção do olho, o que de ordinario é facil. O olho acaba por voltar á sua natural posição. Applicão-se depois algumas tiras agglutinativas, e um aparelho moderadamente apertado.

Deve-se empregar o tratamento antiphlogistico o mais activo. Richter aconselha os topicos resolutivos.

Nos casos em que convém a separação completa do olho, como muito bem diz Velpeau, não ha processo a seguir. Um golpe de tesoura ou bisturi é sufficiente.

Exophthalmia symptomatica.

Qualquer tumor desenvolvido na orbita, ou fóra della, logo que diminua a capacidade dessa cavidade, deve necessariamente determinar a proeminencia do olho, o qual segue sempre a linha de impulsão.

Não ha productos morbidos, com ou sem analogos, que se não tenha descoberto na orbita; ahi se tem achado todas as fórmas possiveis de tecidos accidentaes, o que de certo não admira, attendendo-se á immensa diversidade de tecidos, que se encontra na cavidade.

A compressão produzida pelos tumores não determina sómente o exorbitismo; ella imprime modificações á structura intima e ás funcções do olho. Assim a choroide parece ficar hypertrophiada, o que se explica pelo embaraço da circulação nesta membrana tão vascular. Tem-se visto, pela influencia da mesma causa, a retina adelgaçada, o corpo vitreo tornado mais diffuente e menos diaphano; o crystallino quasi opaco e baça a cornea, os vasos da esclerotica e da conjunctiva se tem achado mui injectados. As funcções do olho são sempre mais ou menos alteradas; algumas vezes se observa a myopia, principalmente quando o tumor occupa o apice do cône da orbita. Ha outras vezes diplopia; porém o mais ordinario é desenvolver-se a photophobia e amblyopia; emfim sobrevem a amaurose, perda completa da vista.

Os tumores, como já dissemos, podem-se desenvolver na orbita ou fóra della. Se o tumor é orbitario, póde haver duas especies de dôr; uma partindo do tumor com um caracter proprio da lesão, que o produziu; v. g. dôr lancinante nos tumores cancerosos, dôr nocturna osteocopa nos tumores osseos, &c.; a segunda especie de dôr é devida á compressão do olho e de seus nervos.

Quando o tumor se desenvolve fóra da orbita, então de ordinario se havia sentido dôr no ponto de origem. Comprehende-se perfeitamente que com facilidade se póde suppor um tumor na orbita quando elle se acha no craneo, referindo-se a dôr ao fundo da orbita.

As dôres são tanto mais vivas, quanto mais rapido for o desenvolvimento do tumor; isto explica-se pela compressão brusca do olho e de seus nervos. As dôres que provém do tumor, e as que são produzidas pela distensão do olho são algumas vezes sufficientes para determinar completa insomnia e delirio.

Ha na sciencia factos de exophthalmia symptomatica com conservação da vista, mesmo durante annos; tem-se observado tambem o restabelecimento da vista, depois de reduzido o olho, havendo durado largo tempo a exophthalmia acompanhada de completa cegueira. Langenbeck refere o facto, por elle observado, do restabelecimento da vista, depois da extirpação de

steatomo, tão completo que o individuo enxergava em distancia os objectos mais pequenos.

A marcha dos tumores é de ordinario lenta e gradual; o diagnostico differencial quasi sempre difficil, principalmente quando o tumor não é accessivel aos nossos sentidos, pois que então o cirurgião é guiado por conjecturas muitas vezes vagas, que o podem induzir em erro.

Não nos sendo possivel dar uma descripção mui detalhada das differentes especies de tumores capazes de determinar exophthalmia, o que muito longe nos levaria; procuraremos referir os factos mais frisantes que colhemos nos auctores, seguindo para isso a classificação dos tumores apresentada por Vidal de Cassis, classificação que adoptamos para facilidade do estudo.

Phlegmon da orbita: começa como o do olho; a principio dôres surdas, tensivas, e pulsativas acompanhadas de febre, insomnia e bem depressa de delirio. Aparece edema e rubor da conjunctiva; os movimentos do olho são embaraçados, o olhar é fixo. Dura de tres a sete dias no estado agudo. Termina raras vezes pela resolução; quasi sempre pela suppuração. Seu prognostico é grave; tratamento antiphlogistico rigoroso.

Abcesso da orbita: o pus pôde ser formado mesmo na orbita, e então é a terminação do phlegmon, e pôde vir das partes visinhas: é pela fluctuação, fazendo por uma impulsão rapida o pús chocar o fundo da orbita, que se pôde obter seu diagnostico. Seu prognostico é mui grave; a morte será infallivel se o pús se derramar no interior do craneo. Uma abertura deve ser feita na parte mais elevada do tumor, logo que haja fluctuação; o que em nenhum caso pôde ser nocivo.

Tumor sanguineo por dilatação da arteria ophthalmica. — Travers, a quem se deve seu perfeito conhecimento, dá como signal distinctivo um sibilo (sifflement) soffreado sentido pelo doente, e por elle referido ao interior do craneo; este sibilo desaparece pela compressão da carotida; elle pôde ser verificado pela escutação na região temporal. É mui grave, e mais ainda, porque seu tratamento consiste na ligadura da carotida.

Tumores erectis. — Participão do aneurisma e da varice; tem o tamanho de uma noz até o de um ovo de gallinha; ordinariamente resistentes, são a séde de pulsações isochronas ás do coração; desaparecem pela compressão da carotida. O doente sente um zumbido particular, um susurro muito incommodo, o que pôde falhar. São menos graves que o precedente e tem o mesmo tratamento.

Os tumores enkistados podem ser divididos em: molles e fluctuantes; molles não fluctuantes, porém mais ou menos moveis; duros, sem mobilidade, ou com alguma mui limitada.

Tumores molles e fluctuantes: são verdadeiros kistos encerrando serosidade, materia glutinosa, hydatides ou pus. Nem sempre é facil determinar a fluctuação, a qual se pôde confundir com a de certos canceros formados de materia encephaloide ordinariamente, e que se desenvolvem com summa rapidez; mas então restão os signaes do cancro, dôr lancinante, &c., &c. Estes tumores cancerosos occupão ordinariamente a parede externa da orbita e a glandula lacrymal. O prognostico d'estes kistos não é tão grave como o dos outros tumores da orbita; o prognostico dos tumores cancerosos, como sempre, é gravissimo. O tratamento dos kistos consiste na abertura do sacco, expulsão de seu conteudo, e a final em sua extracção; isto quando não é possivel extrahi-lo inteiro. O tratamento dos canceros consiste em sua extirpação.

Tumores molles não fluctuantes:—Geralmente conhecidos debaixo do nome de lypômos; constituídos umas vezes por hypertrophia do tecido adiposo, e então segundo Travers, elles occupão o intervallo dos musculos rectos, estendendo-se entre o olho e a circumferencia da orbita; outras vezes, e é o mais commum, o nucleo do tumor é um coalho sanguineo, ou então os restos de um abcesso, cuja parte liquida foi reabsorvida. Prognostico e tratamento os mesmos que os da especie precedente.

Tumores duros:—São pela maior parte immoveis, porque dependem dos ossos ou do periosto; podem porém gozar de alguma mobilidade quando são formados de substancia fibrosa ou cartilaginosa livre. Quando os tumores são totalmente duros e immoveis são formados de ossos hypertrophiados ou inchados, pela influencia do virus syphilitico ordinariamente. N'esse caso apparece a dôr nocturna osteócopa. Seu prognostico é mui grave. Seu tratamento consiste na extirpação; se porém os tumores forem produzidos por um vicio ou virus, então a operação não deverá ser tentada, sem que a causa seja destruida; mesmo assim se faz necessario o apparecimentô de accidentes graves, que ponhão em risco a vida do enfermo.

Quanto aos tumores, que se desenvolvem fóra da orbita, pouco nos deteremos com elles; por isso que, quando chegão a occupar a cavidade orbitaria, então de ordinario tem deixado bastantes vestigios para se reconhecer seu ponto de origem, por onde se chega ao conhecimento de

sua natureza e diagnostico differencial; e a quereremos descrever extensamente, então ultrapassaríamos de certo o nosso fito.

Entre os tumores, que se desenvolvem fóra da orbita encontra-se o fungus da dura-mater, que chega a destruir a arcada orbitaria. Esta especie de tumores, que tem muita analogia com os do periostio tem muita tendencia a reproduzir-se. Begin cita dous factos de tumores fungosos que occupavão quasi toda a orbita e prolongavão-se até por baixo do ventriculo lateral, apresentando no canal optico uma especie de pescoço. Estes ultimos casos estão acima dos recursos da arte. Quando o fungus tiver destruido a arcada orbitaria, dando-se ao mesmo tempo apparecimento de phenomenos graves que forcem a operar, então depois de separar a porção do fungus que forma o tumor, convem cauterisar ligeiramente o resto que não estiver ao alcance, mas com a cautela que exige a approximação de orgãos tão importantes.

A orbita pôde ser estreitada por polypos, que, formados nos seios sphenoidaes, frontaes, maxillares e nas fóssas nasaes prominem para a orbita nos pontos que lhes correspondem, ou vão ter a essa cavidade, destruidos os ossos.

Os seios são muitas vezes occupados por hydatides, que chegam a adquirir volumes enormes. Langenbeck refere que depois da extracção de uma, o seio frontal apresentava duas e meia polegadas de diametro.

Os seios maxillares podem ser séde de collecções purulentas; podem ser affectados de hydropesia.

O tratamento nestes casos consiste na evacuação dos liquidos, e extracção dos tumores por processos que lhes são proprios.

Eis o que succintamente nos é possivel dizer sobre os tumores que podem determinar a exophthalmia.

A exophthalmia symptomatica é sempre grave; a gravidade sobe de Ponto, dando-se o concurso de certas circumstancias, a natureza do tumor, o estado geral, a idade, &c.

Se o tratamento, como temos visto, consiste na subtracção da causa que a produziu; salvas raras excepções, as causas podem ser removidas, e o olho pôde ser poupado. A cegueira é frequente, mas não constante.

Nem sempre é facil a extirpação dos tumores sem lesão do olho. Dupuytren praticando a extracção de um kisto seroso, extirpou conjunctamente o olho.

Antes de começar a extirpação dos tumores, é sempre conveniente fazer uma punção exploradora; o que não só serve para esclarecer o diagnostico, como tambem como meio curativo. Ware extinguiu um kisto seroso fazendo sessenta e tres punções.

Ha varios processos cuja escolha é determinada pela posição e natureza do tumor.

1.º Se o tumor é pouco volumoso e levanta a conjunctiva, póde-se incisar essa membrana sem tocar na pelle.

2.º De Acrel. Quando o tumor é volumoso, de natureza ossea, e em relação com as paredes superior, inferior ou interna, faz-se uma incisão no sentido natural da curvatura das palpebras, junto ás bordas da orbita e no ponto mais elevado do tumor.

3.º Dupuytren, em caso de tumor muito volumoso, fendia perpendicularmente as palpebras, formando especies de labios leporino, que elle só reunia depois de extincta a suppuração da ferida determinada pela operação.

4.º Velpeau prefere debridar o angulo externo do olho para o lado da tempora, o que é evidentemente melhor para a extirpação dos tumores vizinhos deste angulo, como os da glandula lacrymal.

Quando esse debridamento fôr insufficiente, Vidal de Cassis propõe a incisão perpendicular daquelle dos labios da ferida mais em relação com a direcção do tumor.

Terminada a operação, qualquer que seja o processo seguido, um engorgitamento consideravel apparece, e deve ser combatido pelos antiphlogisticos, o olho fica ainda fóra da orbita tres ou quatro dias, mas no fim de dez a doze dias tudo entra na ordem. É inutil e mesmo perigoso reunir logo os labios da ferida sem dar sahida ao pus, que inevitavelmente se formará.

Desgraçadamente para o doente e para o cirurgião, as cousas nem sempre se passam tão bem. Casos ha, em que o olho não póde ser poupado. Enumeremo-los.

Algumas vezes a causa que produziu a exophthalmia obrou bastante para que seu effeito não possa mais ser removido. Assim acontece quando por exemplo depois de uma affecção fungosa do seio maxillar a parede inferior da orbita conserva a mesma elevação, que determinou a exophthalmia; nesse caso, como se vê, ha impossibilidade physica de reduccão do olho. (S. Cooper). O olho não póde tambem ser conservado, quando ha por

exemplo uma exostose no fundo da orbita a que não é possível chegar. (Richter).

Bem entendido que mesmo n'esses casos o olho não deve ser extirpado se não existirem concomitantemente phenomenos graves, taes como a violenta dôr produzida pela distensão do orgão, as irritações sympathicas, o estado crescente de extenuação, &c.

Existe ainda um caso, sobre o qual não ha controversia, e vem a ser, quando o tumor canceroso, que determinou a exophthalmia ganhou o então este deverá immediatamente ser sacrificado.

Não nos occupamos da exophthalmia produzida pelo relaxamento das partes que feixão o olho, porque em nenhum caso póde ella indicar a extirpação do globo ocular.

Degenerações do olho.

Não damos a todas as degenerações do olho a designação de cancro, pois que autores muito recommendaveis excluem d'essa denominação os tumores melânicos, dos quaes nos occuparemos em segunda linha.

O olho é atacado tanto pelo cancro encephaloide, como pelo scirrhus; e isto em todas as épocas da vida.

O encephaloide nos occupará em primeiro lugar. Esta affecção tem recebido differentes denominações; Wardrop lhe chama fungus hematodes; Abernethy sarcôma medullar ou pulposo, Maunoir fungus medullar. Desmarres, vendo que o encephaloide do olho começa de ordinario pela retina o denomina encephaloide da retina.

Ou elle comece pela retina, ou pela choroide, póde-se-lhe dar tres periodos:

1.º Á primeira vista nada de certo annuncia a terrivel molestia que começa; o olho parece são; a iris conserva sua côr e mobilidade, a pupilla sua regularidade, a esclerotica sua côr branca; em parte alguma ha rubor. A vista, porém, é pouca ou nulla; e á medida que a affecção progride a pupilla se torna irregular e mais ou menos immovel. Examinando-se com pouca luz, e deixando que os raios luminosos penetrem

obliquamente a pupilla, observa-se que do fundo negro do olho se destaca uma placa tão brilhante, como os olhos do gato na obscuridade. Esta placa é concava como o fundo do olho; branca a principio, adquire reflexos vermelho-alaranjados, que a tem feito comparar a uma lamina de cobre. Mui limitada em seu começo, ella invade depois toda a retina; em sua face anterior se divisa grande numero de pequenos vasos rubros. Augmentando de volume e caminhando para a pupilla o fungus comprime e liquefaz o corpo vitreo.

2.º periodo.—O tumor, já então convexo, impelle o crystallino contra a iris que proemina na camara anterior. Aparece então algum rubor da esclerotica acompanhado de fraco corrimento de lagrimas; a iris se acha descorada, a pupilla dilatada e immovel. O encephaloide sempre em progresso leva a iris contra a cornea; algumas vezes porém, bem que o tumor augmente de volume, a iris conserva suas relações. Ao fraco e limitado rubor da esclerotica, succede bem depressa um rubor geral, de intensidade variavel, que se estende sobre todo o globo; sobrevem derramamento de sangue nas camaras do olho, a ponto de se não poder ver mais o que se passa por detraz da pupilla. Finalmente o tumor invade todo o interior do olho, distende fortemente suas membranas, e lhe faz tomar tal volume, que já não pôde ser contido na orbita; então impellido para fóra o olho afasta as palpebras e as comprime até os limites de sua extensibilidade; a borda ciliar da palpebra inferior fica occulta em uma prega transversal da mucosa. Então o olho fica immovel, e em alguns casos muito tempo pôde durar este estado de cousas, antes que o fungus rompa as membranas. O doente é atormentado de dôres lancinantes, tanto mais fortes e frequentes, quanto maior for o tumor e mais resistentes as membranas. Estas dôres que exacerbão para a noite, tornão-se por tal maneira violentas e insupportaveis, que os doentes adultos pedem em altos gritos que os privem do olho; então ellas são acompanhadas de febre e delirio.

3.º periodo. Ha finalmente a rotura das membranas. Se ella se faz pela esclerotica a inflammação da conjunctiva não permite por algum tempo seu conhecimento. Mas se no momento em que as dôres são intoleraveis, succede um repentino allivio, ha todo o lugar para desconfiar que a esclerotica cedeu; se com effeito isto aconteceu, a conjunctiva, que por algum tempo encobre o encephaloide, rompe-se a final e dá passagem

um ichor fetido. Quando o fungus abre caminho pela cornea, corre pela abertura um liquido a principio sem cheiro, logo depois fetido e que acarreta algumas vezes restos de crystallino. Qualquer que seja a membrana que se rompa, o fungus atravessa com rapidez a abertura e vem pender sobre a face.

As hemorragias, as dôres, e a febre hectica esgotão por tal modo as forças do doente, que o sopro de vida que lhe resta extingue-se no coma ou nas convulsões.

De observações colhidas em grande numero de autopsias se depreheende que o fungus caminhando ao longo do nervo optico tem invadido o cerebro, cujos lobos anteriores amollecidos e desorganizados apresentam então cavidades cheias de sangue e ichor.

As causas do encephaloide são desconhecidas; elle ataca especialmente as crianças, sem que entretanto as outras idades estejam isentas. Tem-se observado que as scrophulas predispoem para esta desorganisação; mas isto não é razão para dar com Weller as scrophulas como causa do encephaloide. Esta molestia é incuravel, e acarreta de ordinario a morte. Quanto ao tratamento, engloba-lo-hemos com o da degeneração scirrhusa, que vamos descrever.

Cancro scirrhuso.

Os symptomas desta degeneração em seu principio se confundem com os de uma ophtalmia interna. Assim o olho é lacrymoso, e photophobo, a vista má e desaparecendo pouco a pouco. Mas, qualquer que seja o tratamento empregado, o olho continúa rubro, e o doente começa a sentir dôres, que partindo do globo se estendem a todo um lado da cabeça, e isto quando até então só havia prurido. Estas dôres, que se exasperão á noite, tornão-se tão insupportaveis, que privão o doente do appetite, do somno e da saude; ha então inflammação dos ganglios lymphaticos submaxillares e pre-auriculares.

O olho vai augmentando de volume com grande lentidão, e ao mesmo tempo apparecem bóssas e elevações entre os musculos rectos, o que faz com que o olho pareça quadrado. Reconhece-se em muitos casos que a iris

se acha deslocada, em outros que ha derramamento de sangue na camara anterior do olho. A cornea a principio sã, para logo perde sua transparencia, se estreita ou alarga; a conjunctiva, consideravelmente espessa, torna-se algumas vezes séde de uma infiltração serosa mui consideravel, de ordinario, porém, a membrana fica rubra; seus vasos e os do tecido cellular subjacente são dilatados, varicosos, azulados, ou de um rubro pardo. Se a mucosa permite ver a esclerotica, observa-se que esta tem perdido sua forma e apresenta uma còr amarella suja. Estes symptomas se aggravão; o olho faz saliencia através das palpebras, então a mucosa forma uma orla sobre a borda ciliar da palpebra inferior.

Se se não tiver prestado bastante attenção á lentidão com que progride a molestia, póde-se, de certo, até este ponto confundir com o phlegmon do olho; mas daqui em diante já não é possivel o engano; a terrivel affecção patentea-se claramente e marcha com rapidez para seu termo. O scirrho já se acha amollecido, e a ulceração não se faz esperar muito, ella se apresenta em um ou varios pontos do globo optico, e a não se obstar, o cancro ganhará todos os tecidos da orbita, e mesmo os ossos que a limitão. As ulcerações se estendem em largura e profundidade; dellas corre um iehor fetido, amarellado, algumas vezes ennegrecido: enfim dessas aberturas sahem fungosidades, que acabão de destruir a fórma do olho. É para notar-se que de ha muito o olho tem perdido seus movimentos. As fungosidades vão sempre em augmento, do mesmo modo que a suppuração; ao menor contacto ha hemorragia, as dõres são horriveis, a constituição se esgota, apparece a febre hectica, e o doente que já não goza um momento de repouso, para quem a vida é um fardo, deseja a morte para oppor aos tormentos em que succumbe!

A marcha do cancro é de ordinario lenta.

Muitas vezes o cancro não começa no olho, e sim nas partes vizinhas, v. g. na caruncula lacrymal, nas palpebras, e nos outros tecidos da orbita. Já tocamos, bem que de passagem, nas producções cancerosas da cavidade orbitaria; quanto ás das palpebras não nos faremos cargo de descreve-las minuciosamente; diremos sómente que sua marcha é lenta, e seu diagnostico difficil, como o de todos os caneros que começam; logo, porém, que a conjunctiva é interessada, a molestia progride com summa rapidez, e então é facil de conhecer que no olho tem assento a degeneração.

O prognostico do cancro é sempre grave; de ordinario a terminação é a morte.

A etiologia é desconhecida, bem como a de todos os cancos; entretanto collocão-se como capazes de poder produzir o cancro do olho: as pancadas sobre elle, as substancias irritantes longo tempo empregadas, as ophthalmitis chronicas, o staphyloma ulcerado, a hereditariedade, &c.

O tratamento do cancro (encephaloide ou scirrroso) é por tal fórma inutil, que todas as vezes que a molestia é claramente caracterizada, ou mesmo quando deixando ainda duvidas no espirito, ella tem entretanto alterado o olho de maneira, que se não possa esperar o restabelecimento de suas funcções, é indispensavel a extirpação do orgão.

Nem todos, porém, são dessa opinião; alguns como Wardrop sustentão que de nada serve a extirpação, pois que o enfermo morrerá mais depressa pela reproducção do cancro, cousa que elles considerão inevitavel. Entretanto ha factos na sciencia que provão o contrario, poucos, é verdade. Se é exacto que o cancro em seu começo é uma affecção local, opinião que tem em seu apoio nomes os mais respeitaveis, o cirurgião deverá ser incrépado se deixar escapar essa occasião que reunia mais probabilidade de successo, porque depois, quando apparecer a cachexia cancerosa e a invasão das principaes visceras pelos germens morbidos, será tarde. Outros cirurgiões suppoem ter curado o cancro encephaloide no primeiro periodo por um regimen antiphlogistico rigoroso coadjuvado pelos mercuriaes, jalapa, &c.

Esses factos não são bem authenticos; e demais, só para o olho guardaria o encephaloide tão rara benignidade? Saunders, Lawrence e outros praticos inglezes pretendem ter sido bem succedidos, em casos de fungus nascidos da cornea ou do interior do olho, provocando a sua atrophia. Pensamos com Desmarres que em ambos os casos precedentes mais provavelmente se deve dar um erro de diagnostico, que uma excepção á regra geral. E demais, a extirpação dos productos cancerosos sendo, como é, acompanhada de probabilidades de successos no começo da molestia, e, de outro lado, as fungosidades dos oculistas inglezes só acabando com a destruição do globo ocular, é evidente que nos casos duvidosos o cirurgião e o enfermo tem tudo a perder, nada a ganhar, de uma temporisação mais ou menos longa.

Alguns operadores pensão que já não é tempo de praticar-se a extirpação quando se vê no fundo do olho a lamina brilhante que caracteriza o encephaloide.

phaloide; mas não sabemos que cirurgião haverá tão ousado que se atreva a praticar a operação sem ter ao menos esse signal; pois que até essa occasião nada autorisa o diagnostico, e por conseguinte a extirpação.

Conformando-nos com a immensa maioria dos autores, pensamos que a extirpação do cancro do olho deve ser feita com restricções, como é de todos os cancros. Se o cancro tiver feito grandes progressos, se elle estiver amollecido, o doente marasmado, com os ganglios lymphaticos vizinhos engurgitados e duros, se o enfermo apresentar a côr de palha característica dos individuos atacados de cancros; se enfim se derem as circumstancias que contra-indicão a extirpação de um cancro qualquer, então seria pelo menos uma grande imprudencia praticar a operação, pois que della nada se póde esperar, e o cirurgião, longe de cumprir sua missão, apressaria o termo fatal e inevitavel.

Melanose do olho.

Os symptomas desta affecção principalmente em começo, tem muito dos cancros em periodos correspondentes, tanto mais que quasi sempre elle está de envolta com materia encephaloide.

Alguns signaes, porém, lhes são peculiares: o tumor melanico que póde ser externo ou interno apresenta uma côr preta azulada muito característica; esses tumores são molles e atacão de preferencia o adulto; abandonado a si proprio, elles distendem o olho, produzem dôres insupportaveis, atacão as palpebras, ulcerão-se e se terminão pelo corrimento de sangue quasi negro, por suppuração e outros accidentes, que já descrevemos fallando do cancro.

Os individuos atacados do tumor melanico do olho muitas vezes os apresentam em outras partes do corpo.

O prognostico desta lesão é sempre grave. As considerações sobre a conveniencia relativa da extirpação do olho nos casos de cancro, militão aqui.

Methodos e processos de extirpação do olho.

George Bartish oculista saxonio não foi o primeiro que propoz esta operação, como muitos querem; poisque em 1583 em que elle escreveu já ella era conhecida e praticada; o que elle fez sim foi simplifica-la,

Bartish servia-se de uma colher cortante nas bordas para esvaziar a orbita; e o seu instrumento bem que grosseiro, não quebra, como se tem dito, as paredes da orbita, senão por culpa do operador. Fabricio de Hilden que operava em 1596 abraçava a parte saliente do olho por uma bolsa de cordões; e depois de destacar o tumor das palpebras com bisturi, servia-se de um escalpello de dois cortes truncado na ponta e curvo sobre as faces para cortar o nervo optico e os musculos rectos.

O primeiro destes dois processos foi seguido por Job-a-Mecken, o segundo por Muys e Leclere; entretanto ainda nessa época Bertholin arrancava o olho com tenazes!!! Alguns oculistas que operavão depois destes empregarão instrumentos, que, como os precedentes estão hoje abandonados; Lavauguiou asseverava que era sempre sufficiente uma lanceta sustentada por um cabo; Saint-Yves só teve necessidade de um fio, para fixar as partes, que tinha de extirpar e de um instrumento cortante que elle não designa; Bidloo faz menção de um bisturi comprido formando um angulo com o cabo, instrumento este gabado por V. D. Máas; Mothe empregou um escalpello concavo, e Delpech tesouras excavadas.

Já em 1737 Hoin de Dijon se tinha servido na pratica da extirpação do olho de um bisturi ordinario e de uma pinça, e Heister mostrára as vantagens deste processo, quando dois grandes cirurgiões Louis e Desault fixarão as idéas sobre a extirpação do globo do olho. A differença entre os processos destes praticos é realmente pequena; consiste na substituição feita por Desault do bisturi ás tesouras que Louis empregava. Quanto á prolongação do angulo palpebral externo para a tempora, parece ter sido Acrel e não Desault quem primeiro a aconselhou, pelo que diz Velpeau. Boyer adoptou o processo de Louis dando-lhe apenas maior alcance, pois comprehende tres casos, quando Louis só comprehende um. O processo de Louis modificado por Boyer como o de Desault são hoje seguidos quasi indifferentemente.

Na pratica da extirpação do olho dois methodos se podem seguir: pelo primeiro sómente se separa o globo do olho poupando-se o nervo optico e os musculos do olho; pelo segundo estas partes são tambem interessadas na extirpação. Não collocaremos a amputação parcial do olho, a cuja descripção vamos proceder em primeiro lugar, em nenhum dos dois methodos; reputando, justa e obvia a razão que para isto nos assiste.

Amputação parcial do olho.

Para praticar esta operação são necessários um bisturi ou uma faca de cataracta, uma erigna e tesouras curvas um pouco fortes. Ha dois tempos nesta operação. 1.º tempo: mantidas devidamente as palpebras por um ajudante, o cirurgião tomando a erigna com a mão esquerda se o olho enfermo é o esquerdo e vice-versa, segura com ella o globo do ocular; com a outra mão tomando o instrumento cortante o dirige de dentro para fóra e atravessa bruscamente o olho, mas de modo que fique o gume do instrumento voltado para cima e para dentro, e a lamina por de traz das partes que se quer separar; então pratica como na keratotomia superior, fazendo a ponta do instrumento caminhar vagarosamente para o grande angulo do olho. 2.º tempo: tirado o instrumento póde acabar a operação com um golpe de tesoura: mas querendo continuar com o bisturi ou faca, pratica a keratotomia inferior. A hemorragia é de ordinario insignificante.

1.º METHODO.

Extirpação do olho, conservando-se os musculos e o nervo optico.

Como pelos processos ordinarios se divide troncos nervosos e frequentemente ramificações da arteria ophthalmica, donde provém hemorragias, que são muitas vezes rebeldes; e como tambem cortando-se o feixe musculo-nervoso no fundo da orbita a inflammação se propaga mais facilmente ao cerebro pela grande proximidade; Mr. Bonnet de Lyon, lembrou-se de um engenhoso processo, que, segundo elle, é capaz de obviar estes inconvenientes. Elle exprime-se a respeito da seguinte maneira: se tivesse de pôr em pratica o meu processo, depois de haver afastado as palpebras, eu cortaria o musculo recto interno com as mesmas

precauções, que na operação do strabismo; então fazendo escorregar uma tesoura pela ferida, e penetrando entre a sclerotica de uma parte e os musculos e fascia sub-conjunctival de outra, eu cortaria todos os musculos rectos junto de sua inserção no olho; depois desta secção, só me restaria dividir o mais proximo possivel de suas inserções na sclerotica os dois obliquos, e em seguida o nervo optico; o olho seria então tirado, sem que tivesse lesado nenhum vaso ou nervo, nem penetrado no tecido gorduroso da orbita. » Este processo não foi posto em pratica por seu autor, ao menos até 1841. Mr. Stœber, Cunier e A. Berard tiveram occasião de servir-se delle, porém com a modificação seguinte: depois haverem cortado o recto interno, dividem logo o nervo optico, continuando depois a secção dos outros musculos.

2.º METHODO.

Extirpação do olho com parte dos musculos e do nervo optico.

Processo de Louis.

Seguindo este processo, faz-se necessario o apparelho instrumental seguinte: um bisturi recto ordinario, tesouras curvas sobre as faces, pinças de Museux ou erignas duplas; quanto ao apparelho curativo, consta de panno crivado com ceroto, chumaços de fios, compressas, uma atadura, e fios para a laqueação de arterias, o que de ordinario se não faz necessario. Pratica-se em tres tempos.

1.º *Tempo*: Estando o operando deitado, com a cabeça sobre travesseiros e mantido por um ajudante situado por detraz d'elle (o que é melhor do que estar sentado, por isso que se evitão movimentos depois da operação); o cirurgião collocado do lado do olho enfermo, fazendo um ajudante manter a palpebra superior em quanto elle distende a inferior, com o bisturi elle circumscreve a metade inferior da base da orbita, começando do angulo interno do olho até o externo; por esta incisão o cirurgião divide a con-

conjunctiva no ponto em que ella deixa a palpebra inferior para passar ao olho, e separa tambem o tendão do pequeno obliquo; então o operador faz outra incisão, que partindo do angulo interno do olho percorre a semicircumferencia superior da base da orbita até reunir-se á outra incisão inferior; com a segunda incisão divide elle a conjunctiva na sua passagem da palpebra superior para o olho, corta o tendão do grande obliquo e o musculo levantador da palpebra superior.

2.º *Tempo*: Isto feito, segurando fortemente o olho com as pinças de Museux ou com a erigna, e elevando-o, com a mão direita o cirurgião toma o bisturi como uma penna para escrever, e o introduz no grande angulo do olho; d'ahi o conduz para fóra e para baixo rastejando a parede inferior da orbita, até o pequeno angulo do olho; abaixando então a massa cancerosa, o operador introduz de novo o bisturi no grande angulo e fazendo-o caminhar para fóra e para cima, prolongando-o com a parede superior da orbita, termina na primeira incisão, verificando se a glandula lacrymal ficou tambem separada pela segunda.

3.º *Tempo*: O operador segurando ainda o olho com as pinças de Museux, com as erignas ou com a bolsa de cordões de Fabricio, inclina a massa degenerada para o lado de fóra, e tomando então a tesoura a introdu-la ao longo da parede interna da orbita, mas de modo que sua concavidade fique do lado do tumor, para dividir depois o feixe musculo-nervoso. O olho livre então na cavidade, é conduzido para fóra pela tesoura, a qual serve ainda para cortar alguns filamentos celulares que restem adherentes.

Processo de Boyer.

É o mesmo de Louis com mais alguma latitude. Comprehende tres tempos. No primeiro tempo é que se notão as differenças; assim Boyer figura tres casos, e Louis só um. 1.º caso: as palpebras podem estar sãs; e então o primeiro tempo é como o de Louis. 2.º caso: a conjunctiva palpebral pôde estar cancerosa; e então o cirurgião deverá dissecar-la, á vista de uma adherencia um pouco forte da mucosa com o tumor canceroso. 3.º caso: as palpebras podem tambem participar da degeneração; e então o operador deverá comprehendê-las em uma incisão feita na circumfe-

rencia da orbita começando pela palpebra inferior. Boyer adopta a dilatação da commissura externa das palpebras.

O segundo e o terceiro tempo como no de Louis.

Processo de Desault.

É tambem em tres tempos. No 1.º se distingue do de Louis, em que o operador começa por dilatar o angulo externo do olho.

O 2.º tempo é o mesmo de Louis. No 3.º é que se notão maiores differenças; assim Desault, em vez de introduzir a tesoura ao longo da parede interna da orbita para cortar o feixe musculo-nervoso, empregava o bisturi levando-o ao longo da parede externa, de modo a cahir quasi transversalmente sobre o dito feixe.

Processo de Dupuytren.

Este celebre operador segurando o olho canceroso, o destacava da parede superior da orbita; ao longo dessa parede elle fazia escorregar uma tesoura curva sobre as faces, e hia cortar o pedunculo do olho; então voltava-o para baixo sobre a face, e só lhe restava acabar pela secção das adherencias ou ligações inferiores.

Qualquer que seja o processo empregado, depois de extrahir o tumor, se deve explorar com o dedo toda a extensão da orbita, para procurar e extirpar os restos de partes degeneradas que possam ter ficado. Se as paredes da orbita estiverem amolecidas, fungosas, desiguaes, parecendo ter soffrido communicação do cancro, o operador deve, com muita precaução, empregar o cauterio actual; a parede superior deverá ser raspada, e não cauterisada. Ha quem pense, e Velpeau é desse numero, que os cauterios chimicos são preferiveis ao cauterio actual.

É pratica geralmente seguida a extirpação da glandula-lacrymal logo depois da do olho; e isto por dous motivos, o primeiro porque esse órgão entretem um continuo e insupportavel lagrimejamento; o segundo porque a glandula póde estar de alguma maneira contaminada e vir a ser séde de um novo cancro, nos casos de tumores cancerosos, dando assim lugar a outra operação; entretanto Desmarres pronuncia-se, e parece que sem razão contra este pratico, dizendo que nunca teve necessidade de fazer a extirpação do órgão secretor das lagrimas. Nelle porém não foi tão feliz.

As complicações da operação são: a hemorragia, a encephalite ou antes meningo-encephalite e a reproducção; se bem que não saibamos até que ponto nem porque, se considera a reproducção do mal como complicação.

A hemorragia que é rara, é debellada pelo tamponamento da orbita, pela introdução de pedaços de gelo nessa cavidade, pela ligadura da arteria ophtalmica (Roux), pela torsão dessa arteria, ou applicação de uma pinça em um ponto de seu trajecto, e que se mantem por apparelho proprio (Lisfranc).

Se apparecer a encephalite ou meningo-encephalite, deve-se tirar todo o apparelho immediatamente, e applicar o tratamento adequado á molestia. Se o cancro reaparecer em um ou mais pontos da orbita deve-se extrahir essas partes com instrumento cortante, e depois cauterisa-las com o nitrato acido de mercurio ou com o cauterio actual, obrando com aquella prudencia que a vizinhança do cerebro requer.

Feita a operação, o curativo é simples; depois de reunidos os labios da ferida produzida pela dilatação da commissura externa das palpebras, reunião que se faz por meio de alfinetes e de uma sutura conveniente, procede-se ao curativo propriamente dito, que consiste no seguinte: introduz-se na orbita panno crivado untado de ceroto, de modo que esse panno forme uma especie de sacco, que se enche de pelotas de fios; applica-se depois algumas compressas e o apparelho monoculo frouxamente apertado.

Alguns operadores preferem a esponja aos fios. Travers aconselha a introdução de um saquinho cheio de cataplasma emolliente. Desmarres oppõe-se fortemente á introdução de qualquer substancia na cavidade orbitaria, pratica essa que elle qualifica de perigosa, e que dá até como abandonada. Segundo este ultimo oculista são sufficientes algumas

compressas embebidas n'agua fria applicadas sobre a base da orbita, empregando-se sómente o enchimento da cavidade, nos casos de hemorragia consideravel.

Logo depois da operação os doentes sentem uma viva dôr, que desaparece no fim de duas ou tres horas. O operado deve conservar-se em repouso, na obscuridade, e guardar dieta absoluta por dois ou tres dias. Se tudo continuar bem, no fim de dois dias poderá tomar alguns caldos, e deve continuar no uso de bebidas refrigerantes. Ao cabo de cinco a seis dias é necessario levantar o aparelho, pois de ordinario já nesse tempo tem-se formado pus, e convém conservar a maior limpeza possivel, empregando para esse fim loções d'agua morna ou injeções emollientes; este curativo deve ter lugar todos os dias e deve ser feito com muita precaução.

Ver-se-ha pouco a pouco nascerem do fundo da orbita esponjosidades avermelhadas, que gradativamente a vão enchendo, e approximão as bordas da incisão da conjunctiva; de sorte que com o tempo só se perceberá uma cicatriz transversal feita na mucosa, e tendendo a produzir o ectropion duplo.

Apreciação.

Para concluir este ponto, que já vai longo, não podemos deixar de apresentar algumas considerações sobre os processos operatorios, que constituem a sua ultima parte.

A amputação parcial do olho tem de certo vantagens, que devem ser tomadas em consideração; por ella se evita a dôr proveniente da secção do nervo optico, complicação tanto mais séria, quanto é grande a proximidade das meningeas e cerebro; por elle se poupa a arteria ophthalmica, havendo apenas secção de algumas arteriolas. Mas a par dessas vantagens existem ainda maiores inconvenientes, que devem, ao menos na maioria dos casos, fazer desprezar a amputação parcial. E' conhecida a immensa difficuldade, senão impossibilidade de poder avaliar o limite dos estragos do cancro do olho; sendo assim, vê-se o perigo que ha em poupar partes que, já affectadas, podem dar desenvolvimento a novo cancro; tanto mais

que ha muitos factos na sciencia de reproducção do mal no resto do nervo optico, que se havia poupado em demasia. Ora essa reproducção do mal, no caso que nos occupa, tornando necessario uma nova operação (quando ella é possível), em que já se não poderia poupar tecido algum dos contidos na orbita, e arriscando, portanto, aos mesmos accidentes, que se pretendia poupar na primeira vez, essa reproducção do mal, dissemos nós, vale de certo mais. do que as circumstancias que se tinha em vista na amputação parcial do globo optico.

Nos casos porém de tumores melanicos muito superficiaes, de lesões traumaticas consideraveis, e que tenham dilacerado metade anterior do globo do olho; e quando o cancro passa das palpebras para a conjunctiva, então a amputação parcial do olho poderá ter applicação.

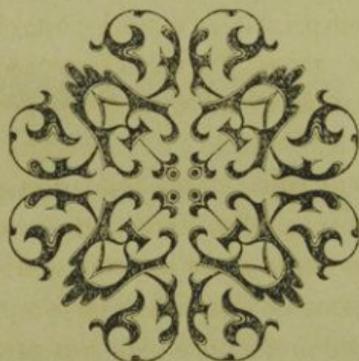
Quanto ao methodo de Bonnet, eis o que elle proprio diz: a unica objecção que eu conheço é a difficuldade de achar casos, em que elle possa ser posto em pratica; geralmente os tecidos da orbita estão muito atacados para que o meu processo possa ter applicação. » Entretanto não é este o unico inconveniente. Para que o pratico se resolva a extirpar o olho, é necessario que elle esteja forte no seu diagnostico, e nós já mostrámos as grandes difficuldades que ha em reconhecer um cancro scirrhoso que começa, e que se confunde com o phlegmon do olho em igual periodo; quando o diagnostico é claro, é tambem tarde para operar segundo Bonnet, como elle proprio observa; mas supponhamos o cancro encephaloide que se póde reconhecer quasi em principio; o pratico estará seguro de que extirpou o mal poupando o nervo optico? Julgamos que não; ou a séde do encephaloide seja a choroide mais vascular que nervosa, ou a retina mais nervosa que vascular (o que é mais exacto), o facto é que a degeneração começa no fundo do olho, e tem talvez tanta tendencia para remontar o nervo optico, como de destruir o olho. Entretanto se o diagnostico do cancro scirrhoso tiver sido feito desde a sua invasão, então o methodo de Bonnet terá applicações; nos casos de exophthalmia symptomatica que indiquem a extirpação do olho, este methodo é para nós preferivel.

Comparando os processos de Louis e Desault, parece-nos que as vantagens são reciprocas. É facto que a tesoura de que se servia Louis não expõe a penetrar na cavidade craneana, nas fóssas nasaes, no seio maxillar, nas fóssas zigomatica e pterygo-maxillar, nem a cortar os vasos e nervos sub-orbitarios, o segundo ramo do trigemeo, nem a arteria maxillar interna;

mas Desault introduzindo o seu bisturi ao longo da parede externa da orbita, evita penetrar nas fendas sphenoidal ou pterygo-maxillar, cousa que lhe poderia acontecer se elle dirigisse seu instrumento ao longo da parede interna da orbita, como fazia Louis com sua tesoura; além de que, como muito bem diz o professor Velpeau : é preciso que o cirurgião seja bem infeliz, ou desastrado para penetrar nas aberturas que da orbita vão ás cavidades vizinhas. Até aqui pôde-se considerar o processo de Louis mais vantajoso que o de Desault, mas em compensação tem o deste ultimo a vantagem da brevidade, pois que o bisturi introduzido ao longo da parede externa vai cahir quasi transversalmente sobre o feixe musculo-nervoso, que prende o olho, separando logo a este do fundo da orbita, e a de não necessitar o operador de mudar de instrumento até o fim da operação.

Quanto ao processo de Boyer, elle leva vantagem aos precedentes em comprehender tres casos, quando aquelles só comprehendem um.

A rapidez do processo de Dupuytren não constitue uma vantagem tal, que o faça preferir aos outros; e talvez mesmo, como diz Begin, sua applicação se não possa estender aos casos em que a degeneração tem invadido tambem as palpebras.



III

TRATAR

DAS

FORÇAS MECANICAS QUE FUNCIONÃO

NO ACTO DA RESPIRAÇÃO,

E DAS

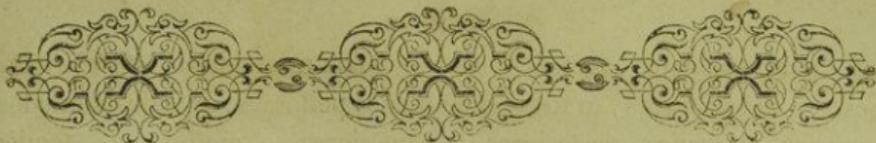
ALTERAÇÕES QUE RESULTÃO

PARA A RESPIRAÇÃO

QUANDO SE MODIFICA OU PERTURBA

A

INTENSIDADE E O EQUILIBRIO PHYSIOLOGICO DESTAS FORÇAS.



Tratar das forças mechanicas que funcção no acto da respiração, e das alterações que resultão para a respiração quando se modifica ou se perturba a intensidade e o equilibrio physiologico destas forças.

I.

Forças mechanicas da respiração são os musculos que servem a executar a inspiração e expiração.

II.

Inspiração é o movimento pelo qual o thorax distendendo ou afastando suas paredes, augmenta sua capacidade e faz penetrar o ar no pulmão; expiração é o movimento inverso pelo qual as paredes do thorax se abatem ou approximão, e, comprimindo o pulmão, expellem delle parte do ar, que contém.

III.

Para a producção de cada um desses grandes movimentos, existe um systema de forças, isto é, dous grupos de musculos, denominados inspiradores e expiradores.

IV.

São musculos inspiradores: os crico-thyroidianos e crico-arytenoidanos que alargão a glotte, o diaphragma, os intercostaes externos, supra-cos-

taes , subclaviculares , scalenos , sterno-cleido-mastoideos , sterno-thyroides , sterno-hyoideos , grandes e pequenos peitoraes , grandes dentados , pequenos dentados posteriores e superiores e emfim , os tendões descendentes do sacro-lombar ; pertencem ainda a esta ordem os extensores da espinha e da cabeça.

V.

Os musculos expiradores são : os crico-arytenoidianos lateraes , arytenoidiano, e thyro-arytenoidianos, que estreitão a glotte, o triangular do sterno, os inter-costaes internos , os rectos abdominaes , os grandes e pequenos obliquos e transversos do ventre , os grandes e os longos dorsaes , os quadrados lombares , os pequenos dentados posteriores e inferiores , e os tendões ascendentes do sacro-lombar.

VI.

O thorax , sobre o qual obrão todos esses musculos (exceptuando os do larynge), é uma caixa conoide osteo-cartilaginosa, situada na parte anterior e superior do tronco , formada de doze vertebrae (as dorsaes), do sterno , vinte e quatro costellas e cartilagens que as prolongão , completada por musculos ; ella encerra, entre outros, os órgãos principaes da respiração e o da circulação.

VII.

Do exame das articulações das peças que formão o thorax se deduz : 1.º que elle se pôde elevar e abaixar apoiando na espinha ; 2.º que é impossivel o afastamento das costellas pelos extremos ; 3.º que todas as costellas são moveis.

VIII.

Para que se dê inspiração não é necessario o concurso de todos os musculos inspiradores , é sim pelo numero desses agentes , que para ella concorrem que se divide em ordinaria , grande e forçada.

IX.

Para a produção do movimento inspiratorio ordinario é sufficiente a contracção regular do diaphragma , acompanhada muitas vezes de ligeira acção dos intercostaes externos , e , na opinião de alguns physiologistas , alternando com ella ; aqui se observa tão sómente augmento na capacidade thoraxica verticalmente , que entretanto é bastante consideravel pelo abaixamento que soffre o centro phrenico.

X.

A inspiração grande ou forte é devida ao concurso da acção do diaphragma, dos intercostaes, supra-costaes e levantadores da primeira costella; nella augmentão todos os diametros da cavidade thoraxica , e isto tem sua explicação na theoria de Magendie a respeito.

XI.

Inspiração forçada é a que tem lugar quando , além dos musculos precedentes , entrão em acção todos os que do thorax vão á cabeça , pescoço , e espadua , firmando-se nestas partes , previamente fixas pelo jogo de outros musculos , para levantarem o sternum e as costellas , e produzirem assim o maior augmento possivel em todos os diametros, e portanto na capacidade da caixa thoraxica.

XII.

No estado physiologico a dilatação dos pulmões acompanha *necessariamente* a do thorax.

XIII.

A entrada do ar nos pulmões *dilatados* é determinada pelo *desequilibrio* de pressão entre o ar contido nas vesiculas pulmonares e a *athmosphera*.

XIV.

A grande somma de forças musculares que funcionão na inspiração faz-se necessaria para lutar contra a pressão athmosphérica, a desfavoravel articulação das costellas (figurando alavancas do terceiro genero), e a elasticidade das cartilagens costaes e das cellulas pulmonares (Béclard).

XV.

Os physiologistas dividem com razão a expiração em activa e passiva, pois que mui diversas são as forças que determinão este movimento em um e outro caso.

XVI.

A cessação da acção dos musculos inspiradores, principalmente o diaphragma, a elasticidade das cartilagens costaes e cellulas pulmonares, e a pressão athmosphérica são sufficientes para produzir o movimento dito passivo da expiração; se á acção destas forças se unir a de um systema proprio de agentes musculares, a expiração será activa.

XVII.

A successão da expiração á inspiração constitue um acto respiratorio completo, que se repete vinte vezes em um minuto.

XVIII.

Os movimentos de inspiração e expiração guardão de ordinario proporções entre si.

XIX.

As funcções da olfacção, locomoção, voz, palavra, gosto, deglutição e excreções influenciadas pela vontade, modificão isoladamente os movimentos de inspiração, e tambem a ordem natural do seu encadeamento.

XX.

Certos phenomenos affectivos e expressivos , como o suspiro, o bocejo, o riso, o soluço e a anhelção são movimentos respiratorios modificados.

XXI.

O suspiro e o bocejo indicão sempre excesso de sangue nas cavidades direitas do coração e no pulmão, e portanto necessidade de uma inspiração mais ampla que as ordinarias.

XXII.

O soluço, anhelção e principalmente o riso determinando um spasmò convulsivo do thorax difficultão e quasi suspendem a circulação pulmonar, resultando stase do sangue nas partes superiores do corpo.

XXIII.

A immobilidade do thorax acompanhada de oclusão mais ou menos completa da glota , indispensavel para a producção dos grandes esforços (como provão Mrs. Cloquet, Bourdon e Fodérà), determinando a stase do sangue venoso nas cavidades direitas do coração e nos pulmões e seu contacto prolongado com um ar não renovado, produz inevitavelmente suspensão mais ou menos perfeita e momentanea da hematose.



HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima. — Sect. 1.^a, aph. 6.^o

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. — Sect. 1.^a, aph. 3.^o

III.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ tum frigoris, tum caloris, et cætera pro ratione eodem modo. — (Sect. 3.^a, aph. 1.^o)

VI.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. — (Sect. 2.^a, aph. 46.)

V.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. (Sect. 1.^a, aph. 1.^o)

IV.

Quæ medicamenta non sanant, e a ferrum sanat, quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ vero ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. (Sect. 4.^a aph 7.^o)

Esta these está conforme os Estatutos.
Rio 10 de Dezembro de 1851.

DR. JOSÉ MAURICIO NUNES GARCIA.