

Qual o methodo preferivel na operação da cataracta ?

THESE

APRESENTADA E SUSTENTADA

PARA VERIFICAÇÃO DE TÍTULO

PERANTE

A FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM JUNHO DE 1873

POR

ANTONIO BRUNO DA SILVA MAIA

NATURAL DE PERNAMBUCO

Medico-Cirurgião pela Escola Medica-Cirurgica do Porto

495

BAHIA

TYPOGRAPHIA DO DIARIO

5 — Largo do Theatro — 5

1873

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR

VICE-DIRECTOR

O EXM. SR. CONSELHEIRO DR. VICENTE FERREIRA DE MAGALHÃES.

LENTES PROPRIETÁRIOS.

Os Srs. Doutores

Cons. Vicente Ferreira de Magalhães	1º anno	Materias que leccionão		
Francisco Rodrigues da Silva	}	Physica em geral, e particularmente em suas		
Barão de Itapoan		aplicações á Medicina.		
		Chimica e Mineralogia.		
Antonio de Cerqueira Pinto	2º anno	Anatomia descriptiva.		
Jeronymo Sodré Pereira	}	Chimica organica.		
Antonio Mariano do Bomfim		Physiologia.		
Barão de Itapoan		Botanica e Zoologia.		
		Repetição de Anatomia descriptiva.		
Cons. Elias José Pedrosa	3º anno	Anatomia geral e pathologica.		
José de Goes Siqueira	}	Pathologia geral.		
Jeronymo Sodré Pereira		Continuação de Physiologia.		
Cons. Manuel Ladislau Aranha Dantas	4º anno	Pathologia externa.		
Demetrio Cyriaco Tourinho	}	Pathologia interna.		
Cons. Mathias Moreira Sampaio		Partos, molestias de mulheres peçadas e de		
		meninos recém-nascidos.		
Demetrio Cyriaco Tourinho	5º anno	Continuação de Pathologia interna.		
Luiz Alvares dos Santos	}	Materia medica e therapeutica.		
José Antonio de Freitas		Anatomia topographica, Medicina operatoria		
		e apparatus.		
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães	6º anno	Pharmacia.		
Salustiano Ferreira Souto	}	Medicina legal.		
Domingos Rodrigues Seixas		Hygiene e Historia da Medicina.		
José Affonso Paraizo de Moura		Clinica externa do 3.º e 4.º anno.		
Antonio Jaquario de Faria		Clinica interna do 5.º e 6.º anno.		
Augusto Gonsalves Martins		}	OPPOSITORES	
Domingos Carlos da Silva			}	Secção Cirurgica.
Antonio Pacifico Pereira	}			Secção Accessoria.
Alexandre Affonso de Carvalho				
Ignacio José da Cunha	}	Secção Medica.		
Pedro Ribeiro de Araujo				
José Ignacio de Barros Pimentel				
Virgilio Climaco Damazio	}	}		
Ramiro Affonso Monteiro				
Egas Carlos Moniz Sodré				
Claudemiro Augusto de Moraes Caldas				
Manoel Joaquim Saraiva				

SECRETARIO

O SR. DR. CINCINATO PINTO DA SILVA.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O SR. DR. THOMAZ DE AQUINO GASPAR.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas

OBSERVAÇÃO PRELIMINAR

OBRIGADO a cumprir o preceito expresso na lei para poder legalmente exercer a importantissima arte medica, venho em saptisfação do mesmo, apresentar um trabalho, que, não merecendo as honras da novidade, nem por isso deixará de ter algum merecimento, attendendo ao fim que pretende attingir.

No vasto campo da medicina não faltam materias, todas importantes, umas mais do que outras, e o espirito, quando se trata de escolher de entre ellas, a que deva merecer a preferencia, vacilla por muito tempo indeciso; apenas se escolheu um ponto, outro se apresenta, que parece melhor; adoptado este, depara-se segundo que merece a preferencia; e assim progredindo, jamais haveria escolha, se a imperiosa lei da necessidade não fizesse parar no caminho.

N'esta conjunctura escolhi para objecto d'este trabalho a these, que fica enunciada, e á qual darei o desenvolvimento possivel, mas não o que ella comporta; porque a isso obstem — por um lado, a escassez do tempo, e por outro, não ter a ventura de lograr vencer as difficuldades provenientes da grande insufficiencia das minhas forças; todavia, a justa ponderação de

tão desfavoráveis circumstancias anima-me a esperar a indispensavel e habitual benevolencia.

Este trabalho mira especialmente á pratica, e por isso adduzirei para sustentar a minha proposição, unicamente, o que for indispensavel, sem contudo me eximir de dar conta dos accessorios, que o correr da discussão for suggerindo. Dividirei este trabalho em tres partes:

Na primeira tratarei da *anatomia topographica, descriptiva e da região em que se deve operar*, sem lhe dar todo o desenvolvimento que o assumpto comportaria, se como muitos authores, englobasse na dicção, *anatomia topographica a anatomia cirurgica*.

Na segunda tratarei, especialmente, da cataracta considerada como doença.

Na terceira, finalmente, occupar-me-hei do seu tratamento medico, e por ultimo do cirurgico, sobre o qual assenta a demonstração da minha these.

PRIMEIRA PARTE

ANATOMIA TOPOGRAPHICA DO APPARELHO DA VISÃO

495

O APPARELHO da visão, achando-se collocado na face, entre a região frontal em cima, a facial em baixo, a nasal por dentro, e a temporal por fóra, occupa a cavidade orbitaria, e é um aparelho duplo, composto de um órgão proprio, fundamental — *globo* ou *bulbo ocular*, e de — *apparelhos secundarios* — destinados ao movimento, defeza e facilidade no exercicio das suas importantissimas funcções: estes apparelhos designam-se em geral por — *annexos do olho* —, e são as *cavidades orbitarias*, as *sobrancelhas* e *palpebras*, o *apparelho lagrimal*, e o *apparelho motor*.

I

GLOBO OU BULBO OCULAR NO APPARELHO FUNDAMENTAL DA VISÃO

O globo do olho tem a fórma de um espheroides com a parte anterior — *córnea* — mais convexa, d'onde resulta, que o seu diametro — *antero-posterior* — é maior que o vertical e transversal.

Chama-se eixo do olho a linha, que passa pelo centro da *córnea* e centro do olho; aos extremos d'esta linha dá-se o nome de *polos*, distinctos em

anterior e posterior, achando-se este por fóra da entrada do *nervo optico* para o *bulbo ocular*.

O globo do olho divide-se em dous *hemispherios*, *anterior e posterior*, por um plano transversal perpendicular ao eixo, o qual plano se chama equador; aos planos longitudinaes, que dividem o globo do olho no sentido *antero-posterior*, passando pelo centro d'elle e pelos polos, dá-se o nome de meridianos do olho.

O globo do olho recebe pela parte posterior, e a um millimetro por dentro do pólo posterior, o *nervo optico*, e por meio d'este, por intervenção dos musculos, que sobre elle se prendem, e a favor das expansões aponevroticas provenientes da *capsula de Tenon*, ou aponevrose orbito-ocular, se acha fixo na sua posição, podendo mover-se, todavia, rodando sobre os seus eixos, e encontrando facilidade n'estes movimentos pela muita gordura, que o envolve.

As dimensões medias do globo ocular são no diametro antero-posterior 0^m,024, — no diametro transversal 0^m,0235, — no diametro vertical 0^m,023 : peso 7 a 8 grammas.

O globo do olho compõe-se de membranas envolventes e de meios transparentes, e cada uma d'estas partes tem uma estrutura differente e funções diversas no importante phenomeno da visão. As membranas envolventes são do exterior para o interior — 1º, a *sclerotica* continúa *adiante com a córnea*, — 2º, a *choroidea* continúa *adiante com a iris*, — 3º, a *retina* adherente *adiante á capsula do crystallino*.

Os meios transparentes são de diante para traz, o *humor aquoso*, que occupa as camaras anterior e posterior do olho, o *crystallino* e o *corpo vitreo*.

§ 1º

A *sclerotica* ou *córnea opaca*, de natureza fibrosa, forma o involucre mais exterior do olho, e *adiante* muda de natureza, adquire uma estrutura especial para formar a *córnea transparente*, chamada com razão *janella do orgão da visão*: a *sclerotica* formada por fibras connectivas, — antero pos-

teriores e circulares é branca, muito forte e resistente, e na sua parte anterior é forrada por uma membrana delgada chamada conjunctiva ocular, continuação da palpebral, que se reflecte sobre o globo do olho nos pontos chamados seios conjunctivae; contém vasos e nervos; ao contrario, a *córnea*, supposto que não tenha vasos sanguineos, manifesta comtudo notavel vitalidade nas variadas modificações, de que é susceptível pelos progressos da idade, e na facilidade com que cicatrizam as feridas, de que ella é a sêde: supposto porém não ter vasos, pelos quaes se opere uma verdadeira circulação, comtudo a sua membrana propria collocada entre as membranas elasticas e epitheliaes, anterior e posterior, offerece uma disposição de estructura, pela qual facilmente se explicam diversos phenomenos pathologicos, que, sem auxilio do microscopio, d'antes eram inexplicaveis; as diversas laminas, compostas de feixes fibrilares encruzados em diferentes sentidos, e deixando entre si lacunas communicantes para alojarem os globulos emigradores (leucocytos), esclarecem cabalmente a questão.

A supposta independencia da *córnea* e da *sclerotica* é desmentida pela anatomia hodierna, pois que a membrana propria da *córnea* não é mais que a continuação da *sclerotica* modificada, e tanto assim, que, até os numerosos nervos, que chegam á *córnea*, e nella terminam, ou na espessura da membrana propria, ou em extremidades livres por entre as cellulas do epithelio anterior, fazem primeiro caminho pela *sclerotica*, o que dá uma explicação cabal da extrema sensibilidade, que aquella membrana apresenta, quando inflammada.

§ 2º

Subjacente á *sclerotica*, e como que forrando-a em toda a sua extensão sem contrahir com ella grandes adherencias, encontra-se a chorodêa; na parte posterior e anterior, porém, une-se-lhe intimamente, e por isso se divide em duas *zonas*, *posterior* ou *choroidêa*, *anterior* ou *ciliar*.

A estrutura desta membrana é fundamentalmente vascular na região posterior e muscular na anterior: a existencia nella de uma membrana pigmentar em contacto com a retina faz, com que nos phenomenos da visão

ocupe o lugar de uma verdadeira camara escura. A região anterior na parte em que é adherente á sclerotica, constitue o *musculo ciliar* ou *tensor da choroidéa*, chamado hoje o *musculo da accommodação*, e abraça na parte anterior a iris pela sua grande circumferencia, depois do que se reflecte por traz desta membrana, formando 70 a 80 pregas (*processos ciliares*), que dispostos circularmente uns ao lado dos outros constituem a *corôa* ou *corpo ciliar*.

A *iris* ou diaphragma do olho, que anteriórmente adhire pela sua grande circumferencia á parte anterior do circulo ciliar, ficando um millimetro distante do limbo da córnea, divide o espaço existente entre a córnea e o *crystallino* em duas camaras—*anterior* e *posterior*—, apresenta no centro a abertura pupillar susceptível de augmento ou diminuição, operada pela contracção e relaxação das fibras musculares lisas, que, em fórma de circulo, formam o sphincter da pupilla, e, em forma radiada, constituem o dilatador; este modo de ver não é geralmente accéite, e querem alguns explicar os phenomenos da contracção e dilatação pela turgencia ou evacuação dos numerosos vasos, que esta membrana encerra.

§ 3º

A *retina*, resultando da expansão do nervo optico, estende-se até ao *crystallino*, achando-se entre a *choroidéa* por fóra, á qual se encosta, mas não adhire, e á *hyaloidea* por dentro; complicada em sua estrutura na porção posterior, reduz-se na porção anterior ás membranas limitantes, que, unidas em um só folheto, e com o folheto anterior da *hyaloidea*, veem terminar sobre a face anterior do *crystallino*, onde formam a zona de Zinn; na porção posterior, ás membranas limitantes de natureza connectiva accrescem elementos nervosos dispostos em sete *camadas*, chamadas de fóra para dentro *camadas dos bastões* e dos *cones*, ou *membrana de Jacob*; *granulosa externa*; *intermediaria*; *granulosa interna*; *mollecular*; *ganglionar*; e das *fibras do nervo optico*; as quaes todas constituem a *retina* propriamente dita.

O nervo optico ao atravessar a sclerotica e a choroidêa estreita-se um pouco para se elevar depois no interior do globo do olho, formando a *papilla optica*, que no centro apresenta a pequena depressão, por onde emergem os vasos; por fóra della vê-se a mancha amarella, e no centro desta a fossa central, que quasi corresponde ao polo posterior do olho.

§ 4º

O *crystallino* é um corpo em forma de lente biconvexa, com maior convexidade na parte posterior do que na anterior, transparente no estado normal; compõe-se d'uma substancia propria pouco consistente, á excepção do centro, que forma o nucleo, e de uma capsula chamada *crystalloide*, transparente e elastica.

Colocado por traz da iris, accomoda-se sobre a parte anterior do corpo vitreo, ao qual adhere pela face posterior. A substancia propria do crystallino, sendo formada de fibras prismaticas achatadas e sobrepostas, é envolvida por uma capsula amorpha e forrada por um epithelio simples existente entre a capsula e a substancia propria; durante a vida, entre a substancia propria e o cryotalloide existem cellulas, que na morte se liquefazem e se transformam no chamado humor de Morgagni, que por isso não é mais que o resultado da decomposição cadaverica.

§ 5º

O *corpo vitreo* occupa a porção do interior do globo ocular posterior ao crystallino, e compõe-se de uma substancia gelatiniforme homogenea, chamada *humor vitreo*, envolvida por uma membrana transparente chamada *hyaloidêa*, que, segundo alguns anatomicos, lança prolongamentos para o interior do humor, e o divide em maior ou menor numero de cellulas; anteriormente divide-se em dous folhetos, um que se une á face posterior, e outro á anterior do crystallino, juntamente com as membranas limitantes da retina.

§ 6º

O *humor aquoso*, incolor e seroso, occupa as camaras anterior e posterior do globo ocular; a primeira é o espaço comprehendido entre a face posterior da córnea, a face anterior da iris, e a pequena porção do crystallino fronteiro á pupilla, ou, melhor, o espaço limitado pela membrana de Descemets que fórta por dentro a face posterior da córnea, e segundo al-guns, a face anterior da iris, sendo o órgão segregante do humor, que contém; a segunda, que só accidentalmente communica com a anterior, por isso mesmo que a circumferencia pupillar pousa sobre o crystallino, interceptando assim a communicação, tem a fórma d'um anel, limitado adiante, pela face posterior da iris, que pela côr tem o nome de *uvea*, por fóra, pela parte anterior dos processos ciliares, por traz, pela zona de Zinn e porção excentrica do crystallino, e, por dentro, pelo ponto, aonde a circumferencia da pupilla pousa sobre a lente do olho.

II

APPARELHOS ACCESSORIOS, OU ANNEXOS DO OLHO

§ 1º

As *cavidades orbitarias* teem a fórma de pyramides quadrangulares com os vertices posteriores inclinados para dentro, por onde dão passagem aos nervos da visão; as suas paredes *osseas*, ainda que frageis, protegem grandemente o globo ocular, a ponto que este só pôde achar-se em contacto com os corpos exteriores pela sua parte anterior.

§ 2º

As *sobrancelhas* são appendices curvilineos, em geral proeminentes, immediatamente collocados por cima da parte superior do reborbo orbitario, e cujos limites são os da implantação dos pellos, que dellas fazem parte,

juntamente com a pelle, musculo supra-ciliar, e parte extra-palpebral do orbicular das palpebras.

§ 3º

As *palpebras* são dous véos moveis collocados por diante do globo ocular, prestando-lhe efficacissima protecção pela sua grande mobilidade, devida ao musculo orbicular das palpebras e ao levantador da palpebra superior, e facilitada pelo escorregamento dos folhetos da conjunctiva um sobre o outro com o auxilio das lagrimas. A construcção das palpebras é admiravel, considerada em relação ao fim, para que a natureza as destinou; por meio das celhas, que lhes guarnecem os bordos livres, prendem os corpos estranhos, e enfraquecem a intensidade da luz; encerram musculos, e por isso são promptas em aproximar-se na presença dos corpos estranhos; fecham hermeticamente os orificios palpebraes, graças ás cartilagens *tarsos*, que contém em sua espessura.

§ 4º

O *apparelho lagrimal*, annexo ao apparelho da visão, tem por fim a secreção das lagrimas, as quaes, preparadas na glandula situada na parte externa e anterior da parede superior da orbita, são lançadas pelos seus ductos na parte externa do seio conjunctival superior, donde, espalhadas por entre as palpebras e o globo ocular, vão depois ser bebidas pelos pontos lagrimaes situados no bordo livre das palpebras, proximo ao lago lagrimal no angulo interno do olho, e, atravessando os ductos lagrimaes, entram no sacco lagrimal, donde passam pelo canal nasal ás fossas nasaes, cahindo nellas por baixo do meato inferior. As lagrimas, que teem por fim lubrificar a conjunctiva e facilitar os movimentos das palpebras, arrastam em sua corrente os pequenos corpusculos accidentalmente introduzidos entre ellas e o globo ocular; quando, porém, são segregadas em grande quantidade, podem correr pelas faces, por não acharem vasão sufficiente pelas estreitas vias, por onde normalmente passam, e então constituem o choro.

§ 5º

Finalmente o *apparelho neutro* compõe-se de seis musculos, que, pelas suas direcções, se denominam *rectos* e *obliquos*; aquelles, em numero de quatro, partindo do fundo da orbita de um ponto limitado (*zona e tendão de Zinn*), afastam-se uns dos outros para se virem inserir sobre a sclerotica nos extremos de duas linhas perpendiculares entre si, sendo uma vertical, outra transversal, e a pequena distancia do limbo da córnea. É por esta disposição que se distinguem em superior, inferior, interno e externo; os pontos, aonde se fazem estas inserções, ficam distantes da córnea, para o recto superior 0,^m0085, para o inferior 0,^m0067, para o interno 0,^m0055, para o externo 0,^m0072, donde se vê que a inserção do superior é a mais distante, e que a esta se segue a do externo.

Os musculos *obliquos*, distinctos em grande e pequeno, proveem, aquelle, do fundo da orbita, e costeando o angulo supero-interno, depois de passar na sua trochlea, reflecte-se para baixo e para traz para se inserir na sclerotica, passando por baixo do recto superior; este, prendendo-se á parte anterior e interna do pavimento da orbita, proximo á gotteira lagrimal, vae prender-se á parte externa e posterior da sclerotica, passando por baixo do globo ocular e do recto inferior.

§ 6º

Outros orgãos se encontram ainda na cavidade orbitaria, e que merecem consideração, taes como — 1º o musculo elevador da palpebra superior, que, do fundo da orbita, vem, encostado á parede superior da cavidade, terminar na cartilgem tarso superior; — 2º a capsula de *Tenon*, especie de cupula formada pelos prolongamentos das aponevroses parciaes, que envolvem os musculos rectos, as quaes formam uma bolsa aberta adiante, fixa ao rebordo orbitario, e dentro da qual se move o globo ocular.

III

VASOS E NERVOS

O aparelho da visão recebe sangue proveniente de diversos vasos, mas principalmente das arterias, que resultam das divisões da ophthalmica; assim as arterias curtas e longas, e ciliares anteriores levam sangue, aquellas á zona posterior da choroidêa, e estas á zona anterior e á iris; a central da retina, a esta membrana e á capsula do crystallino: as musculares, superior e inferior, são destinadas aos musculos; a lagrimal á glandula deste nome, as palpebraes ás palpebras, que tambem recebem sangue da facial, frontal e temporal.

As *veias* das palpebras lançam-se na facial; mas as dos musculos e mais annexos do olho reúnem-se ás veias do globo ocular, as quaes, convergindo sobre a choroidêa, aonde formam os *vasa vorticosa*, atravessam a sclerotica, e todas reunidas formam a veia ophthalmica, que vae abrir-se no seio cavernoso, passando pela fenda sphenoidal.

Os *lymphaticos* das palpebras muito numerosos lançam-se nos ganglios sub-maxillares, porém os dos órgãos contidos na cavidade orbitaria, sahindo pela fenda spheno-maxillar, vão lançar-se nos ganglios cervicaes profundos.

Além do *nervo optico* especialmente destinado para receber as impressões luminosas, recebe o globo ocular nervos de sensibilidade geral, nervos motores e nervos sympathicos, isto é, nervos mixtos provenientes do ganglio ophthalmico com o nome de nervos ciliares: este ganglio, que recebe a raiz motora do 3º par de nervos craneanos, a sensitiva do nervo nasal proveniente do ophthalmico, e a sympathica do ramo carotidiano do ganglio cervical superior, acha-se ao lado externo do nervo optico no ponto de união do seu terço posterior com os dous terços anteriores; recebe ainda o olho o 3º, 4º e 6º pares de nervos craneanos, que são destinados para os musculos do olho, o ramo ophthalmico do 5º par pelo seu ramo lagrimal, e delicados filetes dos ramos frontal e nasal, que dão a sensibilidade á pelle das palpebras, aonde o musculo palpebral recebe ainda filetes do facial.

SEGUNDA PARTE

DA CATARACTA CONSIDERADA COMO DOENÇA

§ 1º

Definição e synonymia

A PALAVRA *cataracta*, derivada das duas gregas *cata*, contra, e *arássō*, romper com estrondo, foi dada á molestia em questão pela idéa errada, que antigamente se formava d'ella, pois que se suppunha ser devida a um liquido condensado e opaco, que interpondo-se como uma barreira entre os raios luminosos e a retina, formavam um obstaculo permanente á passagem dos raios luminosos para gravarem a imagem dos objectos no fundo do olho. Como se vê, a palavra proposta para designar esta molestia, pela similhaça entre a idéa, que d'ella se formava, e o objecto, que lhe servia de comparação — *cataracta*, *catadupa*, *cascata* — não podia de fórma alguma dar a conhecer a sua natureza; e se ainda hoje se conserva na sciencia, a razão não pôde ser outra senão a de bem significar o symptoma pathognomónico da doença.

Varias palavras tem sido propostas para designar este padecimento, taes como — *cataracta*, *catharracta*, *hypochyma*, *gutta opaca*, *obscura*, *caliginosa*, *suffusio*, etc., mas nenhuma tem sido geralmente adoptada.

Define-se a — *cataracta* — a opacidade parcial ou geral d'uma ou de muitas das partes que compõem o *crystallino*. Por esta fôrma não pôde esta molestia confundir-se com outras que, como ella, produzem a cegueira, taes como o *albugo*, o *leucoma*, o *hypopion*, etc., os quaes todos seriam *cataractas*, se, como Velpeau, se desse semelhante nome « á opacidade anormal d'um dos meios transparentes do olho ».

2º

Etiologia

As causas da *cataracta* são na maior parte desconhecidas; a observação dos factos muitissimas vezes obriga a fixar a attenção sobre determinadas circumstancias e condições, em que os individuos se acham, para fazer d'ellas depender o apparecimento da molestia, embora entre aquelles e esta se não ache a relação, que deve existir entre a causa e o effeito; é por isso, que as causas da *cataracta* são na maior parte ignoradas, exceptuando as traumaticas.

Debaixo d'este ponto de vista divide-se a *catarata* em — *organica* e *traumatica* —. Esta pôde ser produzida por todas as violencias externas, que actuam directamente sobre o globo do olho; aquella é na maior parte dos casos produzida por causas desconhecidas, e manifesta-se as mais das vezes sem causas accidentaes apreciaveis, por fôrma que, exceptuando os casos de inflammações do olho, que podem produzir a *cataracta consecutiva*, para todos os outros estamos em completa ignorancia.

Verdade é que, sendo a *cataracta* mais frequente em certos paizes, e, no mesmo paiz, em certas provincias, como no norte da França, que, sendo mais frequente nos velhos que nos individuos novos, etc., é d'algum modo razoavel conceder á influencia dos climas e das edades uma parte na producção da molestia; porém explicar o modo é, o que a sciencia ainda actualmente não faz. E, similhantemente, quando a economia se acha eivada de certos vicios e virus, que, verdadeiros Protheus, produzem va-

riadas molestias, tendo todas o mesmo fundo morbido, se a *cataracta* se manifesta, é ainda razoavel attribuil-a áquellas causas; é assim que a sciencia registra *cataractas syphiliticas, escrofulosas, etc.*; porém a prova de que o espirito não pôde aceitar estas causas como as unicas para a producção da molestia, está em que o tratamento adequado raras vezes produz effeito.

As crianças não estão ao abrigo d'esta doença, e algumas até nascem com ella. Em summa, não se podendo negar que todas as causas que modificam a vitalidade do olho, taes como a *luz muito viva*, a applicação da vista a pequenos objectos, etc., podem contribuir para a formação da *cataracta*, nenhuma d'ellas comtudo se pôde considerar como efficiente da molestia.

§ 3º

Symptomas

Os symptomas da *cataracta*, completamente desenvolvida, — *madura* —, como geralmente se diz, são de tal fôrma caracteristicos, que não podem ser confundidos, com os que caracterisam outras molestias do *crystallino*, e mesmo, estando a molestia em principio de desenvolvimento, a sciencia possui meios para demonstrar, se os symptomas, que se observam pertencem á *cataracta* incipiente, ou a outra qualquer molestia do globo ocular.

A *cataracta* completamente formada revela-se em geral, por symptomas *physicos, anatomicos, e symptomas subjectivos e physiologicos*.

D'entre os symptomas anatomicos, aquelle, que desde logo chama a attenção, é uma mancha collocada atraz da pupilla, e variavel em quanto á côr, pois que umas vezes é cinzenta, outras amarellada, não poucas vezes de côr branca azulada, e outras brilhante como aço polido, etc.; a côr, seja ella qual for, pôde ser uniforme, mas tambem pôde ser mais accentuada no centro, ou na circumferencia; depois d'este symptoma, que se pode reputar pathognomonic, depara-se com outro de não menor importancia; tal é a existencia de um circulo escuro sobre a superficie opaca, e

que corresponde ao perimetro da pupilla; este circulo é devido á *sombra projectada da iris* sobre o *crystallino*.

Nada mais é necessario para caracterisar a cataracta physicamente; mas estes symptomas adquirem maior importancia ainda, sendo acompanhados do symptoma snbjectivo — a difficuldade ou impossibilidade de ver —.

§ 6º

Marcha

Para que a cataracta chegue ao seu completo estado de madureza, passa por diversos grãos de desenvolvimento, caracterisados pela difficuldade crescente de distinguir os objectos, na proporção em que a opacidade do *crystallino* se vai tornando mais apparente. Em principio queixam-se os doentes, de que distinguem os objectos através de uma nuvem; que diante dos olhos fluctuam corpuseculos de fórmas e côres variaveis, que apparecem, e desaparecem em tempos indeterminados; que encarando uma luz, lhes parece rodeada de uma aureola similhante a um reverbero; alguns dizem, que na sombra distinguem melhor os objectos do que sendo esclarecidos pelo sol, etc.; e estes phenomenos, primeiro pouco accentuados e intermitentes, pouco a pouco vão augmentando, e, tornando-se persistentes, chegam a produzir a cegueira. O tempo necessario para chegarem a este ponto é muito variavel, e de modo nenhum se póde determinar. Cataractas ha, que se completam em alguns mezes, subitamente mesmo: ha outras, que necessitam de dous, tres, seis, dez, e ás vezes, mais annos, para attingirem a sua perfeita *madureza*.

Podendo a molestia affectar um só ou ambos os olhos, a experiencia mostra, que, quando é dupla, o seu desenvolvimento não é uniforme, pois que muitas vezes em um olho observa-se já a cataracta completa, em quanto que no outro se vê apenas incipiente.

§ 5º

Especies

Supporemos a cataracta completamente formada, e mencionaremos os symptomas, que geralmente caracterizam as diversas fôrmas e feições, com que se pôde apresentar, e aquelles, que lhes são proprios; estes symptomas, durante o tempo do desenvolvimento da molestia, apresentam-se com certas modificações, que convêm conhecer, e que na maior parte dependem das partes do crystallino, que primeiro são affectadas.

É sobre esta consideração, que assenta a divisão da cataracta — em *cataracta crystallina* ou *lenticular*, *capsular* e *capso-lenticular*.

Todas as variedades de cataractas, que os autores mencionam, podem ser reduzidas a estas tres especies.

Cataracta crystallina ou lenticular

As cataractas lenticulares podem ser *duras*, *molles* e *liquidas*.

As duras observam-se mais nos velhos, que nos adultos; d'ordinario, pequena, é escura ou amarellada; ás vezes negra; e a opacidade começa pelo centro do nucleo do crystallino, d'onde se estende para a periphèria. A pupilla conserva n'esta especie toda a sua mobilidade, e a projecção da sua sombra é muito apparente. As cataractas verdes, negras, cinzentas, osseas e petrosas de alguns autores pertencem a esta classe.

As cataractas molles, ao contrario das duras, observam-se mais nos adultos que nos velhos; quando madura, tem uma côr azulada leitosa, ás vezes acinzentada; é mui volumosa, a ponto de occupar toda a camara posterior, e empurrar a iris para a camara anterior, d'onde resulta a pouca ou nenhuma mobilidade da pupilla, e a ausencia da projecção da sua sombra. Porém, antes de chegar ao seu perfeito desenvolvimento, esta cataracta principia por estrias opacas á superficie do crystallino, as quaes deixam entre si, como os raios de um circulo, pequenos espaços transparentes, que,

com o tempo, são invadidos pela opacidade, a qual então se torna geral e uniforme.

Ainda que esta especie de cataracta tenha em geral um desenvolvimento mais rapido que a precedente, comtudo, exemplos ha de gastar dez, doze e quatorze annos para se completar. A esta especie pertencem as cataractas estrelladas, estriadas, dehiscentes, glaucomatosas, etc.

As cataractas liquidas, attendendo ás causas traumaticas, que de ordinario lhe dão origem, são proprias de todas as edades, teem uma côr branca, leitosa ou amarellada, sem estrias, nem raios: sendo muito volumosas, impedem os movimentos da pupilla, e não apresentam a projecção da sombra do circulo pupillar.

A opacidade de ordinario apparece desde logo em toda a superficie da lente. A esta especie pertencem as cataractas morganhianas, cysticas e purulentas.

Cataractas capsulares

As *cataractas capsulares* são as que teem a sua séde na crystalloide ou capsula do crystallino, e dividem-se em anteriores e posteriores, São quasi sempre consecutivas, e resultam, n'este caso, da exsudação de materias plasticas provenientes dos orgãos visinhos, principalmente da iris, depositadas e fixas sobre a capsula. É por isto que quasi sempre se complicam com adherencias, achando-se subordinadas ás causas, que as produziram.

A cataracta capsular anterior apresenta-se com uma côr nacarada e superficie escabrosa, coberta de vegetações ou asprezas. Esta opacidade, umas vezes, occupa um ponto limitado da capsula, outras, mais raras, toda a sua extensão: muito proxima da iris, adhere-lhe em alguns casos, (*synechia anterior*) n'outros não, d'onde resulta a immobilidade ou mobilidade da pupilla. A cataracta pyramidal das crianças pertence a esta especie.

A cataracta capsular posterior é tão rara, que muitos autores a negam; e na verdade, se para a diagnosticar apenas temos a verificação da sua profundidade e fórma concava, bem pouco é isto para poder formar um juizo seguro, que satisfaça completamente o espirito, porquanto é grande a diffi-

cuidade, que ha em determinar estas circumstancias. Dizem, que esta especie de cataracta não produz a completa cegueira, e que ha doentes, que com ella ainda trabalham em objectos delicados e leem correntemente.

Cataractas capsulo-lenticulares

Estas cataractas reúnem os caracteres das crystallinas e das capsulares. Dividem-se em completas e incompletas, ou geraes e parciaes, segundo a opacidade se limita a um ponto circumscripto, ou invade a capsula e crystallino na sua totalidade.

A *incompleta* ou *parcial* manifesta-se em geral nas crianças, e pôde ser congenita e acompanhada da insensibilidade da iris; consiste na opacidade limitada a um ponto do crystallino, e não poucas vezes co-existe com um movimento oscillatorio dos dois olhos, o qual persiste, mesmo depois da operação; quando só um dos olhos é atacado, de ordinario occasiona o strabismo.

A *completa* ou *geral*, resultando quasi sempre de causas traumaticas, confunde-se com as cataractas liquidas.

Finalmente, para nada omitir do que interessa á pratica, mencionarei ainda tres variedades de cataractas reductiveis nas especies precedentes, mas notaveis pelas circumstancias em que se desenvolvem, e são — a *silicosa*, a *fluctuante*, e a *negra*.

A *silicosa*, de aspecto brilhante e de côr do ouro nas crianças, suppõe-se ser devida á absorpção do crystallino por falta de nutrição, ficando unicamente a capsula, que se enruga, endurece e torna opoca; nos adultos é a consequencia de causas traumaticas, em virtude das quaes o humor aquoso, penetrando na capsula, dissolve as camadas excentricas do crystallino, deixando apenas o nucleo.

A *fluctuante* resulta de outras doenças do globo ocular, como a hydrophthalmia, amolecimento do humor vitreo, a deslocação do crystallino por violencias externas, etc. Nestes casos o crystallino, achando-se mal seguro nas suas prisões naturaes, e occupando um espaço mais amplo que o normal, pode executar movimentos em diversos sentidos.

A *negra* é notavel pela sua côr, pela difficuldade do diagnostico, e ainda pelas discussões, a que tem dado logar com o fim de se poder determinar a causa, que lhe dá o aspecto, que a caracteriza (manganez, ferro, condensação particular das molleculas do crystallino).

§ 6º

Diagnostico

O diagnostico da cataracta completamente formada não apresenta difficuldade alguma, a quem tiver pratica, sem mesmo ser muito extensa; basta para isso conhecer-lhe a symptomatologia; mas já assim não é, quando ella principia a desenvolver-se; é então que o ophthalmoscopio presta serviços importantes, evitando confundir esta doença com outras, e empregar tratamentos intempestivos e improficuos.

Se a cataracta é do crystallino, e está em principio de desenvolvimento, com o auxilio do ophthalmoscopio observam-se estrias escuras, tres ou mais, concentricas ou excentricas, que se projectam no fundo vermelho do olho, por fórma tal e tão claras, que não podem passar desapercibidas; se é da capsula as estrias são substituidas por pontos irregularmente espalhados e igualmente projectados no fundo vermelho do olho. Como porém a cataracta se pôde apresentar complicada por outras molestias locaes, é conveniente procurar, se existem estas complicações: ora, é claro que, se a cataracta se acha madura, tudo o que fica atraz della, não pôde ser observado directamente; mas ainda n'estes casos, a sciencia possui meios para conseguir o seu fim; um já ficou mencionado — é o exame phosphenico — outro é a exploração por meio d'uma luz artificial. Demonstra a observação, que no caso de cataractas, estando a retina sensivel, os doentes distinguem em geral a claridade de uma luz, que se lhe colloque diante dos olhos; fazendo pois a experiencia, a verificação do facto dá a certeza da falta de sensibilidade da retina.

§ 7º

Prognostico

O prognostico da cataracta é muito variavel e contingente; dependendo da especie da cataracta, das complicações existentes, e das que podem sobrevir, da idade, do tempo decorrido desde a completa cegueira, etc., comprehende-se o cuidado e a cautela, que o pratico deve ter em o formular para não comprometter a sua reputação, e resalvar a sua responsabilidade. Nenhumas regras geraes se podem estabelecer a este respeito; será das circumstancias e condições, em que os diversos casos se apresentarem, que devem ser tirados os elementos para o prognostico.

§ 8º

Complicações

Suppozemos a cataracta nas suas diversas especies livre de todas as complicações; estes casos, porém, nem sempre se apresentam na pratica, porque, podendo a opacidade do crystallino ser devida ás consequencias d'outra doença local ou geral, ou por outra ser symptomatica, é de grande importancia pratica investigar estas complicações, pois que da consideração d'ellas depende o prognostico e a conducta do pratico.

Dividem-se as complicações em *locaes* e *geraes*; estas são devidas aos vicios, ou virus que costumam affectar toda a economia e produzir e entreter a cataracta: assim a existencia de manifestações gottosas, rheumaticas, syphiliticas, etc., ainda que não tem uma importancia tal, que leve a fazer um prognostico inteiramente desfavoravel, deve ser averiguada, para, por meio do tratamento conveniente, assegurar, tanto quanto seja possivel, o bom exito da operação.

É difficil, senão impossivel, descobrir nas diversas especies de cataractas signaes, que possam indicar a sua natureza, o vicio geral, de que dependem; a historia progressiva da doença e a existencia de manifestações pro-

prias d'aquelles agentes morbificos em qualquer outra parte do corpo fazem desconfiar, mas não dão a certeza. de que complicam a cataracta; as complicações mais frequentes consistem em ophthalmias persistentes, manchas, staphylomas, adherencias anormaes, especialmente entre a iris e a capsula do crystallico, perturbação dos humores aquoso e vitreo, glaucoma ou scleroroidite, paralysisa da retina, etc.

Estas complicações são faceis de reconhecer, empregando alguma attenção; assim os staphylomas da córnea ou as suas manchas, nubeculas, albugo, etc.; os staphylomas da sclerotica, as inflammações da conjunctiva, etc., apenas exigem a simples inspecção; esta deve ser mais attenta para descobrir as adherencias da iris e a extensão, que occupam; mas a immobilidade, a irregularidade e deformação da pupilla, são signaes quasi certos d'estas adherencias na ausencia da paralysisa da retina.

O glaucoma é, como se sabe, devido á pressão intra-ocular concentrica, dependente d'um estado congestivo ou inflammatorio da sclerotica e da choroidea; cataracta neste caso é volumosa, e repelle a iris para a camara anterior; a pupilla vê-se irregular, dilatada e immovel; a sclerotica está azulada e não poucas vezes staphylomatosa.

Finalmente, pelo exame phosphenico se conhecê se a cataracta se achá complicada com a paralysisa da retina, e no caso affirmativo ainda o numero dos circulos phosphenicos, que persistem, ou que faltam, indicam o gráo e extensão da porção da retina paralyzada; quando faltam todos — o jugal, o frontal, o temporal e o nasal — a paralysisa é completa.

TERCEIRA PARTE

TRATAMENTO DA CATARACTA

§ 1º

Tratamento medico

O TRATAMENTO da cataracta divide-se em *medico* e *cirurgico*; porquanto, se o tratamento *cirurgico* é, em geral, o mais empregado, é certo, tambem, que, em todos os tempos, medicos distinctos lançaram mão de meios *pharmacologicos* geraes ou topicos contra a cataracta, tendo algumas vezes conseguido verdadeiras curas; mas d'aqui a pretender-se que todas as cataractas devem, e podem curar-se assim, vai uma distancia immensa.

Dos meios *pharmacologicos* empregados, a *pulsatilla*, a *digitalis*, o *acornito*, o *eleboro branco*, etc., são os que teem gosado de maior favor, sem que se tenham determinado bem as condições, que reclamam estes indicados; razão que, junta aos frequentes máos resultados, justifica o seu completo abandono.

§ 2º

Tratamento cirurgico

Em todos os casos de cataractas podem dar-se tres circumstancias — 1º, a cataracta é incipiente — 2º, a cataracta está quasi ou completamente

madura, mas sem complicações — 3º, a cataracta completa ou incompleta apresenta-se acompanhada de graves complicações.

1º Se a cataracta está em principio, antes de empregar os meios cirurgicos, dos quaes em geral só se lança mão, quando a cegueira é completa, devem tentar-se os meios pharmacologicos, e, para proceder com mais probabilidades de bom exito, preciso é inquerir, quaes as causas que lhe dão origem, auxiliando o emprego dos meios geraes com os meios locaes; estes podem ser diversos segundo as circumstancias; e d'entre elles os meios denominados chimicos não devem por fôrma alguma esquecer.

Demonstra a experiencia, que, quando um olho é mergulhado n'uma solução acida, outro n'uma solução alcalina, e outro n'uma solução neutra, passadas horas o primeiro acha-se todo opaco, em quanto que os dous ultimos conservam toda a sua transparencia. É igualmente fiho da observação, que um crystallino opaco, sendo mergulhado n'uma solução alcalina, passadas vinte e quatro horas se acha transparente. É sobre estes dados, que assenta o tratamento medico da cataracta, o qual, segundo refere Martin, dá algumas vezes resultados maravilhosos.

Com o fim de alcalinizar os humores da economia, emprega-se internamente o iodureto de potassium, a magnesia, etc.

Topicamente emprega-se a cal, o chlorydrato d'amoniaco e o iodureto de potassium.

2º Se a cataracta está quasi ou completamente formada, o unico recurso é a operação.

3º Se a cataracta está formada, mas é acompanhada de modificações graves, ainda a operação é o unico meio, de que pôde e deve lançar-se mão, mas só depois de ter combatido e feito desaparecer essas complicações; no caso contrario, o melhor é nada fazer.

Quando a cataracta se apresenta simples, ou de complicada pode ser reduzida a este estado, acima fica dito, que se devia lançar mão dos meios cirurgicos, que tem por fim remover o obstaculo, que se oppõe á visão; as manobras empregadas para chegar a este resultado ou abrem caminho, por onde o crystallino pôde ser extrahido, ou o desviam do logar, que oc-

cupa para outro, onde não estorve a passagem dos raios luminosos, e d'aqui a operação da cataracta pôde ser feita por dous methodos — por *abaxamento* ou por *extracção*.

O *abaxamento* do crystallino, ou por outra, o desvio do crystallino do lugar, que occupa, consegue-se por dous modos; n'um chega-se a elle através da córnea; no outro através da sclerotica, d'onde resultam os dous processos denominados — *scleroticonyxis* e *keratonyxis*, e cada um d'elles se pôde pôr em execução, empregando instrumentos variadamente modificados e com leves alterações no *modus faciendi*. É assim que, se se attinge o crystallino através da sclerotica (*scleroticonyxis*), logo que a agulha se colloca sobre elle, ou se deprime (*abaxamento*), ou se fracciona (*esmigalhamento*), ou se encosta para traz (*reclinação*): se para chegar ao crystallino se prefere atravessar a córnea (*keratonyxis*), depois que a agulha o alcança, este pôde ser abaixado ou reclinado, e menos vezes esmigalhado excepto sendo molle ou tendo adherencias com a pupilla.

D'esta simples e succinta exposição vê-se, que seja qual fôr o processo empregado, sempre no olho persiste o corpo, que produzia a cegueira, resultando d'ahi que, se foi abaixado, pôde tornar a elevar-se; se foi reclinado, pôde levantar-se; se foi esmigalhado, os fragmentos podem fluctuar, e em todos os casos reproduzir a molestia; além de que o crystallino, em quanto conserva as suas relações normaes com os órgãos ambientes, é um corpo vivo, que faz parte integrante do organismo e especialmente do olho; mas laceradas e rotas as suas relações naturaes, fica incontestavelmente reduzido à categoria dos corpos estranhos, e como tal, actuando como espinho cravado nos órgãos, torna-se uma causa permanente d'irritação, capaz de produzir em certas circumstancias violentas inflammções. Verdade é, que o crystallino pôde ser absorvido, mas tambem pôde deixar de o ser, e, no estado actual da sciencia, não temos dados precisos, pelos quaes se possa previamente conhecer, quaes são os crystallinos, que devem desaparecer, e quaes os que ficarão permanentes. N'esta alternativa, possuindo a sciencia meios para conseguir o mesmo resultado com probabilidade de melhor exito, devem necessariamente ser estes preferidos na pra-

tica; e sem duvida o methodo que consiste na extracção do crystallino, é muito mais seguro e efficaç.

O crystallino extrahe-se através d'uma incisão, que pode ser feita ou na sclerotica (*scleroticotomia*) ou na córnea (*keratotomia*): estes dous processos podem pôr-se em pratica, variando, como no methodo precedente, o uso de operar.

Quando se pretende extrahir o crystallino através de uma abertura feita na córnea, esta faz-se, ou por cima do eixo transversal da córnea (*keratotomia superior*), ou por baixo (*keratotomia inferior*), ou por fóra obliquamente de cima para baixo e de fóra para dentro (*keratotomia obliqua*).

Por qualquer d'estes processos pôde obter-se a extracção do crystallino; mas quando a pupilla é muito estreita, combina-se qualquer d'elles com a *iritomia*.

O processo conhecido pela denominação — *extracção linear* — e mas modernamente — processo de Greefe e Bowman — não é differente senão na fórma da *incisão*, no modo de a fazer e instrumento, com que se faz.

Quando se pretende extrahir a cataracta atravez da sclerotica, como propoz Bell, a ferida deve ser feita proximo ao limbo da córnea; porém os accidentes graves, a que deu origem quando praticada no vivo, fizeram com que este processo fosse completamente abandonado.

Do que fica dito vê-se que, seja qual for o processo que se empregou, o obstaculo que se oppunha á visão, é removido para não mais apparecer, e esta vantagem por si só torna este methodo superior ao do abaixamento.

Não pode negar-se que neste methodo de operar podem sobrevir tambem accidentes inflammatorios, resultantes de feridas mais extensas, e, além disso, a evacuação do humor vitreo, que pode sahir após o crystallino; mas destes inconvenientes, uns acompanham tambem o abaixamento do crystallino, outros são por vezes devidos á pouca cautela do operador; é certo, porém, que pelo methodo da extracção a operação é seguida mais promptamente do resultado desejado, e os factos, que são tudo nas sciencias naturaes, estão attestando na pratica mais geralmente seguida a preferencia, que deve dar-se a este meio de aniquilar a cataracta.

Com o que deixo dito, não quero por forma alguma asseverar, que na presença d'uma cataracta se deva sem mais reflexão preferir a extracção ao abaixamento, por quanto na prática encontram-se doentes e não doenças, e as condições, em que os diversos casos occorrentes se apresentam, são os que verdadeiramente devem determinar a conducta do operador; mas em egualdade de circumstancias, quando um ou outro methodo fosse praticavel, eu não hesitaria em dar a preferencia á extracção; mas praticaria a operação pelo methodo do abaixamento, quando por exemplo o humor vitreo estivesse diffluente, quando o glóbo do olho se encontrasse muito enterrado ou encovado na orbita, etc., visto que pela extracção podia haver risco do esvasiamento do humor vitreo, no primeiro caso, e, no segundo, seria impraticavel, ou, pelo menos, extremamente difficil a operação.



PROPOSIÇÕES

PHYSICA

O thermometro é um instrumento inteiramente indispensavel á medicina, dependendo os resultados da sua boa ou má construcção.

CHIMICA INORGANICA

A acção toxica do subnittrato de bismutho é devida á sua impureza.

CHIMICA ORGANICA

De todas as quinas a Calysia é incontestavelmente a mais rica em quinina.

BOTANICA

O mechanismo da circulação vegetal, principalmente da circulação urticular, não se pode explicar sómente pela força endosmotica, nem mesmo com o auxilio do calor e da electricidade.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

Entre a córnea e a sclerotica não ha separação histologica bem pronunciada.

PHYSIOLOGIA

A fome não tem séde especial.

ANATOMIA PATHOLOGICA

Doenças ha que se não traduzem por lesões anatomicas apreciaveis.

PATHOLOGIA GERAL

A hydropesia effectua-se por um unico mechanismo.

PATHOLOGIA EXTERNA

Na abertura dos abcessos do figado preferimos a massa caustica ao histori.

PATHOLOGIA INTERNA

Decidimo-nos pela curabilidade da phthysica pulmonar.

PARTOS

Restringimos, mas não banimos da arte obstretica a operação cesariana.

MATERIA MEDICA

A acção da quina e do sulphato de quinina não é identica.

MEDICINA OPERATORIA

A operação do labio leporino deve fazer-se logo depois do nascimento.

MEDICINA LEGAL

A rigidez cadaverica e a putrefacção são os unicos signaes positivos e capazes de extremar a morte real da apparente.

HYGIENE

A consanguinidade não contra-indica o casamento.

PHARMACIA

Optamos pela glicerina como o melhor excipiente.

CLINICA EXTERNA

No tratamento das úlceras varicosas com especialidade preferimos o aparelho por oclusão.

CLINICA INTERNA

O tratamento pelo álcool nas pneumonias de forma adynamica é preferível a todos os outros.



HYPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, iudicium difficile.

(Sect. 1^a aph. 4.)

II

Ubi sommus delirium sedat, bonum.

(Sect. 5^a aph. 4.)

III

Ubi fames non oportet laborare.

(Sect. 3^a aph. 16.)

IV

Si sanguis aut pus cum urina redditur, renum aut vesicæ ex ulceratis significatur.

(Sect. 4^a aph. 75.)

V

Mulieri, menstruis deficientibus è naribus sanguinem fluere, bonum.

(Sect. 5^a aph. 57.)

VI

Vulneri convulsio superveniens, lethale.

(Sect. 5^a aph. 2.)

*Remettido á commissão revisora. Bahia e Faculdade de
Medicina 29 de Maio de 1873.*

Dr. Cincinnato Pinto.

*Esta these está conforme os Estatutos. Bahia e Faculdade
de Medicina, 29 de Maio de 1873.*

Dr. Pacifica Pereira.

Dr. J. S. da Cunha.

Dr. Claudemiro Caldas.

Imprima-se. Bahia 30 de Maio de 1873.

Dr. Magalhães.