

GAZETA MEDICA DA BAHIA

ANNO II.

BAHIA 15 DE JANEIRO DE 1868.

N.º 37.

SUMMARY.

I. BERIBERI.—II. REGISTRO CLINICO.—Alguns casos de aneurisma intra-thoracico: autopsia e commentarios. **III. RESENHA THERAPEUTICA.**—I. Extracto de quina em alta dose no tratamento da pustula maligna. II. Poder absorbente da urethra. III. Tratamento da sarna. IV. Novo meio de expellir a tenta. V. Hemorrhagia depois do parto curada pela projecção dos vapores de ether. **IV. CORRESPONDENCIA SCIENTIFICA.**—Anchylusomus duodenaos. **V. EXCERTOS DA IMPRENSA MEDICA ESTRANGEIRA.**—Nota sobre a molestia descripta com o nome de alnum, observada nos Indios pelo Dr. A. Collas. **VI. NOTICIARIO.**

BAHIA 14 DE JANEIRO DE 1868.

Não podendo, por suas multiplicadas occupações, continuar por mais tempo na direcção da *Gazeta Medica*, o Sr. Dr. Virgilio Climaco Damazio, de accordo com a distincta Associação de Facultativos; que teem sustentado esta nobre empresa, dignou-se incumbir-me de sua importante tarefa.

Attendendo á minha fraqueza, deveria' recuar diante de um encargo de tão difficil desempenho; mas, temi o remorso de ter posto o mais leve obstaculo a uma obra tão meritoria, e já tão eyada de difficuldades, que lhe oppõe a todo instante a indolencia e o indifferentismo proverbias em nosso paiz para as lides d'este genero.

Aceitei a missão ardua que me impuzeram, convencido de que os raros, mas infatigaveis collaboradores da *Gazeta Medica*, que tem sido até hoje seus sustentaculos, não cessarão de coadjuvar-me com o apoio essencial á vida d'essa digna empresa, que já lhes tem custado bastantes sacrificios; para que pereça, victima da frieza com que os nossos irmãos bastardos repellem estas tentativas do progresso.

A reputação lisongeira e bem merecida que em menos de dois annos angariaram para a *Gazeta* os seus distinctos collaboradores, o prestigio do nome de meu antecessor, e a benevola apresentação com que elle se dignou acolher-me, na aura brilhante de seu talento e de sua illustração, serão os nobres incentivos que me hão de impellir n'esta missão honrosa a que estou ligado, e serão a garantia mais firme da boa acceitação que ousar esperar, por amor da vida de nossa imprensa profissional, infelizmente tão desprezada, mas incontestavelmente o instrumento mais poderoso de que podemos dispor para o progresso da sciencia e para a moralidade da profissão.

Envidarei minhas debeis forças para corresponder á confiança que em mim depositaram, e embora impotentes, os meus esforços servirão ao menos de estímulo áquelles que, ricos de intelligencia e de recursos, deixam-se entorpecer no ocio, e morrem, estereis para a sciencia, quando

aliás poderiam legar-lhes paginas valiosas, cheias d'essas lições da experiencia que são sempre conselhos proveitosos á posteridade.

Devemos reagir contra esta indolencia chronica, que mata os nossos brios, e suffoca os impulsos generosos, porém insulados, dos raros amantes do trabalho. Devemos comprehender que a medicina não é uma industria, não é simplesmente um arte lucrativa, e que todos nós, filhos legítimos d'ella, devemos concorrer ao seu progresso, instruindo-nos mutuamente, e aproveitando o nosso trabalho em honra da sciencia e em bem da humanidade.

A inercia em que jazemos, por inveterada, parece a muitos incuravel; mas, tenho fé que sahiremos d'ella. A occasião é propicia; a *Gazeta Medica* invoca o auxilio da profissão: a imprensa é um centro de actividade; contribúam os nossos collegas ao seu desenvolvimento, e seremos absolvidos com gloria d'este torpor lastimavel que nos desmerece aos olhos das nações cultas.

DR. A. PACIFICO PEREIRA.

Beriberi.

As paralyrias e anasarcas que com esta denominação conhece já o publico em geral, e que tão perfeita analogia parecem ter com aquella singular endemia das Indias, manifestaram-se com mais frequencia, e com a usual gravidade, no ultimo trimestre do anno findo, como aconteceu em 1866. Houve pratico n'esta cidade que chegou a ter simultaneamente em tratamento, n'esse periodo, para mais de 10 casos d'esta doença, tanto da forma edematosa, como da paralytica; e ainda agora continuam a apparecer, posto que menos frequentemente, algumas pessoas affectadas do mesmo modo, achando se ainda muitas outras em tratamento.

Esta doença vaé já attrahindo a attenção da classe medica fóra da Bahia, e é de esperar que este *ignotus hospes*, se o é, se torne ob-

jecto de serios estudos em outras provincias, onde teem sido observados casos analogos. Já temos publicado sobre este assumpto alguns trabalhos de importancia que os nossos leitores conhecem.

A molestia tem sido muito mortifera, e pouco docil ao tratamento pharmaceutico. Os meios que parecem ter produzido melhores effeitos são: na forma paralytica, revulsivos ao longo da espinha dorsal, strychnina, calomelanos, e por fim banhos de mar; na edematosa, purgativos resinosos e salinos, os diureticos, e ás vezes o sulfato de quinina. Quando o doente é anemico, são indispensaveis o ferro, a quina, e os alcoolicos; nos individuos dados ás bebidas espirituosas o que mais aproveitada são os purgantes salinos, os drasticos (especialmente o elaterio), sem excluir os remedios hematicos, se coexiste a pobreza de sangue, como de ordinario succede.

Os casos admitidos no hospital da Caridade, no periodo referido, foram em menor numero do que em igual epocha do anno anterior.

Segundo um documento publicado ultimamente nos *Archives de Médecine Navale*, e do qual em outra occasião daremos mais extensa noticia, tem-se observado em Havana uma molestia semelhante.

O *Boston Med. & Surg. Journal*, de 10 de outubro ultimo, dá relação minuciosa de 5 casos de uma paralytia especial (*peculiar paralytic affection*) muito semelhante nos symptomas e na marcha á forma paralytica da molestia que aqui temos observado, com a differença de não ter sido fatal nenhum dos cinco casos, curando-se ou melhorando os doentes sob um tratamento variado, e do qual fizeram parte a quinina, o ferro e a electricidade.

Estas observações, feitas pelo Dr. Upham no *City Hospital*, e referidas pelo Dr. C. E. Kemp, medico interno, motivaram uma certa estranheza a estes facultativos, dos quaes o ultimo conclue assim as suas reflexões:

« Este grupo de casos é interessante, pois que revela uma manifestação nova, de alguma sorte, de paralytias que appareceram sem causa satisfactoria, em individuos (pela maior parte) de constituição robusta, e em bom estado de saude anterior. O apparecimento de paroxismos de dor nas extremidades inferiores em quatro d'esses casos é bastante notavel.

O uso da batteria thermo-electrica pareceu util como estimulante brando dos musculos das partes affectadas, como substitutivo, talvez, do exercicio activo, que, em tal estado de cousas, não podia ter applicação. »

Em todos estes casos pareceu efficaz a

dieta restaurante, e o tratamento tonico, dando-se, porem, alternativas para melhor e para pior.

Se as paralytias observadas em Boston, no inverno de 1866 para 1867, não são identicas ás nossas, e ao *barbiers* da India, a sua notavel analogia com ellas authorisa-nos a mencional-as aqui, assim como o tratamento que melhor as combateu, na esperanza de que, em uma molestia tão rebelde até agora ao tratamento geralmente empregado, não será inutil ensaiar os meios que se mostraram efficazes em casos analogos.

L.

REGISTRO CLINICO.

ALGUNS CASOS DE ANEURISMA INTRA-THORACICO;
AUTOPSIA E COMMENTARIOS.

Pelo Dr. J. F. da Silva Lima,
Medico do Hospital da Caridade.

II.

Aneurisma duplo da aorta thoracica; compressão da trachea, do esophago, e das arterias carotida primitiva e sub-clavia esquerdas; obliteração d'esta ultima na sua origem; morte subita; autopsia.

Joaquina Raymunda, africana, viuva, liberta, de 60 annos de idade, moradora no Rio Vermelho, entrou para a enfermaria d'Assumpção, no Hospital da Caridade, em 12 d'Agosto de 1865; vivia do trabalho do campo, e sempre gozou de saúde regular até ha cerca de quatro ou seis mezes, quando lhe sobreveio o *puxamento*, (*asthma*), que agora a incommoda, e que a trouxe ao hospital; cança quando caminha ou trabalha, e de tempos em tempos é sujeita a fortes accessos de suffocação, respirando com difficuldade e ruido; é de temperamento sanguineo; estatura abaixo do commum; tem o pescoço curto e grosso, e o busto um tanto inclinado para diante; o hombro direito é um pouco mais alto, mas o vertice do thorax é mais cheio á esquerda, onde a fossa supra-clavicular é quasi rasa.

As veias jugulares esquerdas são muito dilatadas, assim como as cutaneas da parte superior do thorax. As jugulares direitas intumescem consideravelmente a cada expiração, e com ellas toda a base do pescoço do mesmo lado, mas esvasiam-se rapida e completamente no começo de cada inspiração, o que as jugulares esquerdas só fazem muito incompletamente, e no fim da inspiração.

Não existe pulso venoso, nem são exaggeradas as pulsações arteriaes; tambem não ha ne-

nhuma em lugar insolito, visivel ou apreciavel ao tacto, em ponto algum do thorax. Não ha edema da face, nem de nenhuma outra parte do corpo.

A respiração é pausada, laboriosa, prolongada, e estridula, como asthmatica; a doente respira quasi sempre com a boca fechada; a falla é quasi sempre appressada, mas logo interrompida por ter a doente de tomar uma longa inspiração; existe ás vezes aphonia, que desaparece em um grande esforço de expiração.

Pereutindo o thorax encontra-se ressonancia normal por toda a parte, menos nas regiões infra e supra—claviculares do lado esquerdo, onde o som é menos claro do que á direita.

A respiração é bronchica á esquerda, no vertice do pulmão; pueril na mesma região, á direita; e em uma e outra ruidosa e sibilante; normal na base de ambos os pulmões.

A expiração prolonga-se por tempo duplo do da inspiração.

O som massivo precordial não excede os limites normaes; a impulsão cardiaca é fraca na região respectiva; ha, porem, um choque, mais sensivel ao ouvido do que mesmo ao tacto, ao nivel da articulação sterno-clavicular esquerda, isochrono á systole ventricular.

Não se ouve sopro, nem outro qualquer ruido anormal, nem no coração, nem no decurso de nenhum dos grandes vasos thoracicos ou cervicaes.

O pulso dá 70 pancadas por minuto, é regular quanto á força e ritmo; é, porem, apenas perceptivel na radial esquerda, differença que se sente até á subclavia; as pulsações da carotida esquerda são mais fracas do que as da carotida e sub-clavia direitas.

A doente continuou a ter no hospital os mesmos accessos de suffocação, que começavam ordinariamente de noite, mas que se prolongavam por dous, tres e mais dias, com algumas curtas remittencias; havia constantemente uma expectoração copiosissima, muito espumosa, de um liquido incoloro, misturado de mucos mais ou menos espesso, viscoso e que era mais abundante quando a respiração era mais difficil; uma tosse pertinaz e rouca, muito semelhante á do croup, acompanhava estes accessos, e diminuia nos intervallos; a respiração era, em taes occasiões, sibilante como na asthma; nos intervallos era calma, porem se a doente fallava, percebia-se logo, nas longas e ruidosas inspirações que fazia, a difficuldade do ingresso do ar nos pulmões.

O juizo que pudé fazer da causa de todas estas desordens nas funcções dos órgãos respiratorios, e nas dos vasos sanguineos accessiveis á vista e ao tacto, foi—que algum tumor com-

primia simultaneamente o bronchio esquerdo, e as arterias carotida e subclavia esquerdas, especialmente esta ultima, e que este tumor era, com toda a probabilidade, um aneurisma da crossa da aorta, comprehendendo o ponto d'emergencia d'estes dous vasos. Outros collogas, que examinaram comigo a doente especialmente os Srs. Drs. Paterson e Galdas, convieram n'esta opinião.

Havia, entretanto, uma objecção, e era que um tumor qualquer que se extendesse da origem da subclavia esquerda, até comprimir o bronchio do mesmo lado não deixaria de comprimir tambem parte do pulmão correspondente, e dar á percussão, na respectiva região, um som notavelmente massivo, o que não acontecia; o som ahi era apenas um pouco menos claro do que do lado opposto.

A permanencia, porem, dos de mais symptomas, sem que nenhum novo phenomeno os explicasse por outra forma, ou os contradissesse, tornou aquelle diagnostico o unico plausivel.

Mais tarde começou a doente a ter alguma difficuldade em engolir alimentos solidos, e a trachea desviou-se sensivelmente para a direita; as pulsações da subclavia esquerda percebiam-se fracamente, e estavam de todo abolidas na radial correspondente, até que, no 1º de dezembro, perto de 4 mezes depois da entrada da doente para o hospital, não se podia reconhecer o menor movimento, nem na subclavia, nem na radial, continuando, todavia, a carotida visinha a pulsar, mais fracamente que d'antes.

As notas até o dia 17 de dezembro mencionam mais alguns ataques de suffocação; n'esse dia, porem, a doente estava placida, respirava como nos seus melhores intervallos, e reconhecia-se alliviada, podendo dormir deitadã, o que, em verdade, só deixava de fazer em quanto duravam os ataques de dyspnéa; as pulsações arteriaes, que havia mais de quinze dias tinham cessado na sub-clavia esquerda, começavam de novo a perceber-se bem distinctas alli, e apenas sensiveis na radial, augmentando gradualmente, até que, do meado de janeiro em deante, facilmente se tomava o pulso no braço esquerdo, sendo, sem duvida alguma, a pulsação da radial mais forte do que era no começo da observação.

Na carotida esquerda as pulsações pareciam diminuir de força progressivamente, mas eram facilmente reconhecidas, e nunca desapareceram no decurso da molestia. Continuou este estado de cousas até o fim de fevereiro, soffrendo a doente os costumados accessos de suffocação mais ou menos prolongados, com curtos intervallos de remissão nos soffrimentos,

até que, no dia 1.º de março, sobreveio um acesso que se prolongou mais do que os outros; a temperatura do corpo foi diminuindo; a respiração foi-se cada vez dificultando mais; havia impossibilidade de conservar-se a doente em outra posição senão assentada, ou recostada; havia suores frios abundantes, e, finalmente, todos os symptomas de uma asphyxia imminente, até que, no dia 7 de março, ás 7 horas da noite, pouco depois de ter tomado alguns goles de chá, a doente cahiu subitamente de costas na cama, e d'ahi a poucos instantes estava morta.

Autopsia, 15 horas depois da morte.

Em presença dos Srs. Drs. Paterson, Caldas, Wucherer, e ajudado por alguns alumnos da escola de medicina, procedi á abertura do cadaver. Nada notavel no habito externo; alem do *rigor mortis*, e o desvio da trachea para a direita.

Aberto o thorax encontramos: um pequeno derrame na pleura esquerda; algumas legeras adherencias dos pulmões á pleura e ao pericardio; ambos os pulmões fortemente congestos, lividos, especialmente na base e posteriormente; a trachea muito desviada para a direita, embaixo, assim como o esophago; um tumor aneurismal do tamanho de um ovo de galinha, situado na crossa da aorta, entre as origens da carotida e subclavia esquerdas; o sacco aneurismal muito menos espesso do que a parede da aorta, e forrado por camadas concentricas de concreções fibrinosas, era mais alto do que largo, e a sua abertura, situada na parede superior da arteria, era oval, podendo admittir as cabeças reunidas dos tres primeiros dedos, e de menor diametro do que a cavidade; depois de tiradas as concreções mais periphericas, as quaes eram esbranquiçadas e granulosas, podia-se facilmente virar o sacco para dentro da aorta; tanto a carotida primitiva como a subclavia esquerda eram comprimidas nas suas origens, e afastadas uma da outra; as suas paredes confundiam-se por um dos lados com o tumor, na extensão de meia pollegada, pouco mais ou menos, mas as suas cavidades não communicavam com a do aneurisma; a carotida communicava com a aorta por uma abertura alongada e estreita, situada ao lado da do sacco aneurismal; a subclavia, porem, estava impervia na sua origem, a qual se reconhecia do lado da cavidade da aorta por uma pequena depressão, situada tambem muito proxima á abertura do sacco; por mais diligencias que eu fizesse, assim como o Sr. Dr. Paterson, não nos foi possível passar o mais fino estylete da subclavia para a cavidade da aorta; a obliteração da arteria era feita por uma especie de batoque fibrinoso adherente ás suas paredes, e prolongando-se para dentro da ca-

vidade arterial por uma especie de cauda solta, de algumas linhas de extensão; todas as arterias que fornece a subclavia estavam pervias sendo para notar que a vertebral era muito mais volumosa do que a do lado direito (1).

Na parede posterior da crossa da aorta havia outro tumor aneurismal, cerca de tres vezes maior do que o primeiro, comprimindo fortemente a trachea de encontro á columna vertebral; o esophago, desviado para a direita com a trachea pelo primeiro aneurisma, passava ao lado esquerdo do segundo sem lhe adherir; a trachea, pelo contrario, adheria por tal forma ao sacco aneurismal, que não foi possível separal-os, e conservam-se unidos na peça pathologica. A cavidade do sacco estava quasi cheia de coalhos, e de concreções fibrinosas, e suas paredes eram mais delgadas do que as do outro aneurisma; no ponto de adherencia com a trachea faltava o sacco inteiramente, supprindo o seu lugar uma porção da face anterior da mesma trachea, da qual se viam quatro anneis perfeitamente nus, depois de tirados os coalhos. A abertura d'este sacco era na parede posterior da crossa da aorta, de figura oval, um pouco maior do que a do outro aneurisma, do qual distava, no ponto mais proximo, uns dous centimetros, sendo a parede da aorta intermedia perfeitamente sã, assim como no resto de sua extensão. O ponto de adherencia do aneurisma á trachea era immediatamente acima da bifurcação d'esta, ficando perfeitamente livres os dous bronchios.

Este aneurisma estava por pouco a romper-se para a trachea, em cuja mucosa havia uma larga echymose no lugar correspondente á adherencia.

Vê-se no precedente caso que os primeiros symptomas da molestia, ou, pelo menos, os primeiros incomodos que accusou a doente foram paroxismos de suffocação em periodos mais ou menos regulares, que ella qualificava de *puxamento*, como vulgarmente é designada a asthma, e que tinham realmente com esta molestia a maior similhaça, havendo até sido, em tempo, tratada como tal. Mas outros symptomas que acompanhavam estes paroxysmos de suffocação, e que persistiam depois d'elles, taes como a differença de nivel dos dous hombros; o som obscuro á percussão na parte superior e lateral esquerda do peito; a differença na força das pulsações das arterias dos membros thoracicos; a dilatação das veias cervicaes esquerdas, e a difficuldade em se esvaziarem, mesmo na posição vertical da doente, quando comprimidas na sua porção mais elevada; a ausencia de lesão

(1) Foram ambas conservadas na peça pathologica.

pulmonar manifesta, de febre etc; todas estas circumstancias me levaram a pensar que um tumor comprimia a trachea ou o bronchio esquerdo, e o tronco venoso brachio-cephalico do mesmo lado, e que este tumor era, com a maxima probabilidade, um aneurisma da crossa da aorta, o qual eu reputava assaz volumoso para comprimir simultaneamente a porção terminal do tubo aereo ou uma das suas primeiras divisões, e a origem das arterias subclavia e carotida primitiva esquerdas. Os livros classicos tem-nos acostumado a ligar a ideia de aneurisma á de ruido de sopro, simples ou duplo, ou modificado por mui variados modos, mas um sopro, em todo caso, acompanhando a dilatação arterial. Ora, tanto n'este como em alguns outros casos por mim anteriormente observados, nenhum ruido de sopro, ou qualquer outro anormal acompanhava os movimentos arteriaes ou cardiacos. A ausencia de ruido, por tanto, não invalidava o meu diagnostico, pois que alguns authores mencionam, e eu já tinha encontrado aneurismas thoracicos sem nenhuma especie de ruido, *silenciosos*, na expressão do Dr. Walshe, o qual sobre este assumpto accrescenta: « a respeito da frequencia relativa d'estes diversos estados acusticos nada posso affirmar de positivo, nem se encontram em parte alguma, que eu saiba, os elementos para isso. Mas o facto de que o ruido é muitissimo menos frequente do que o inculcaria a linguagem da maxima parte dos escriptores, é que não deixa a minima duvida a quem tem o habito da observação clinica. Outro facto não conhecido geralmente, ou que, de ordinario, passa desapercibido, é que as condições do som ou ruido sobre um aneurisma variam não só nos diferentes periodos da molestia, mas até, ás vezes, de dia para dia nas varias posições e em diversas phases do acto respiratorio » (2).

O desvio da trachea, o embaraço na deglutição e a aggravação de todos os symptomas durante muitos mezes, vieram depois reforçar as bases do diagnostico, confirmado mais tarde pela autopsia, com a differença de que em vez de um aneurisma volumoso que comprimisse o bronchio esquerdo, ou a bifurcação da trachea e a origem da subclavia esquerda, havia dous aneurismas pequenos, um em cada um d'estes pontos extremos.

Não deve passar desapercibido um facto que se deu n'este caso, e vem a ser o desaparecimento e reaparecimento das pulsações arteriaes do membro thoracico esquerdo. Poucos observadores terão tido, talvez, sob suas vistas por tanto tempo, um caso de aneurisma em que se

tenham mais claramente manifestado semelhantes phenomenos. O pulso esquerdo, á principio apenas mais fraco do que o direito, desapareceu de todo, havendo completo repouso em todas as arterias até á subclavia, para reaparecer mais tarde, conservando a carotida visinha uma pulsação inferior em força e volume á do lado opposto. A minha interpretação destas occurrencias foi a seguinte: alguns coalhos obstruíram temporariamente a subclavia no todo e a carotida primitiva em parte; dissolvendo-se aquelles, porem, ao nivel d'aquella arteria, ou distendendo-se mais o sacco, tornou-se o vaso novamente pervio. Eu suppunha que ambas as arterias emergiam do aneurisma.

Isto parecia tão bem explicado que nem me occorreu a ideia de que podesse ter acontecido de outro modo. A autopsia mostrou depois quam fallaz e inconsistente era a minha theoria, e que a cousa se tinha passado por mui diverso mechanismo. O pequeno aneurisma originado entre a raiz das duas arterias foi crescendo e comprimindo-as gradualmente, a uma mais do que a outra, e d'ahi a pequenez progressiva do pulso radial, e a sua completa extincção quando a subclavia se obliterou de todo. O reaparecimento ulterior do pulso comprehende-se facilmente considerando que o coalho fibrinoso que obliterou a arteria não se extendia até á origem da vertebral, e que por esta se estabelecera a circulação retrograda, bastante a prover á nutrição do membro, como o indicava o proprio facto da quasi inteira restauração do pulso em pouco mais de quinze dias.

Astley Cooper, e Hodgson observaram casos de obliteração completa da carotida primitiva e da subclavia, por effeito de compressão de aneurisma, factos que me não eram conhecidos ao tempo da observação precedente.

Os paroxismos de suffocação, e a difficuldade de engulir que mais tarde se reuniu aos demais symptomas, ficam inteiramente esclarecidos pela autopsia, e dispensam quaesquer commentarios.

RESENHA THERAPEUTICA.

Extracto de quina em alta dóse no tratamento da pustula maligna. O Sr. Goupil de Paillières sustentou uma these sobre este assumpto, presidida pelo Sr. Bouchardat, cujas conclusões, referidas por este em seu *Annuario de Therapeutica* do anno passado, são as seguintes:

1.º O tratamento da pustula maligna e das affecções carbunculosas deve ser cirurgico e medico.

2.º Deve-se ter pressa em destruir as pustulas.

(2) Op. cit. p. 461.

3.º A cauterisação pelo cauterio actual e pelos causticos potenciaes é insufficiente; ella não destróe senão uma parte do mal.

4.º É preciso preferir-lhe a extirpação e cauterisação quando o tumor é limitado e circumscripto; este methodo desembaraça inteiramente a economia da infecção local.

5.º Depois da operação, curar com uma pomada excitante, e cobrir a região doente com cataplasma feitas com um cozimento forte de quina, depois banhal-as com alcool camphorado.

6.º Se as pustulas tem sua séde nas mãos, nos braços, nos pés e nas pernas, preferir-lhe os banhos de cozimento de quina, addicionados com alcoolatura de arnica.

7.º O extracto de quina em alta dóse é a base do tratamento medico.

8.º É preciso dal-o desde o começo da molestia, na dóse de 6 grammas por vinte e quatro horas; se ha intoxicação, administral-o na dóse de 8 a 10 grammas.

9.º Quando os symptommas geraes tem deapparecido, continual-o em dóse decrescente durante alguns dias.

10.º Quando ha embaraço gastrico, dar um emeto-cathartico ou um laxativo.

11.º Os purgativos drasticos podem occasionar phlegmasias; ao passo que um laxativo no começo será util.

12.º A medicação antiphlogistica é inutil e perigosa.

Poder absorvente da urethra. O Dr. J. L. Cráwcour, no *Southern Journal of Medicine*, refere muitos casos, mostrando que a porção prostática da urethra e o collo da bexiga possuem um poder absorvente muito notavel; de sorte que, levando a estes pontos na extremidade das vellinhas uma pequena quantidade de uma substancia narcotica, seus effeitos se produziam logo com rapidez e intensidade sobre o organismo. O resto do canal da urethra pareceu-lhe inerte relativamente a esta porção.

Tratamento da sarna. Lippert recommenda para este fim o seguinte linimento, segundo lemos no *Annuario* do Sr. Bouchardat: Estoraque liquido—20 grammas; Alcool, 10 grammas; oleo d'oliveira, 5 grammas.

« Mistura-se, e faz-se duas fricções uma á noite e outra pela manhã. Não irrita a pelle. »

Novo meio de expellir a tænia. O *Leavenworth Medical Herald* menciona um novo tratamento empregado n'este sentido pelo Dr. Lortet. Funda-se elle em ser racionalmente necessario para expellir a tænia,—1.º administrar alguma substancia que a mate, ou pelo menos torne-a inerte, sem excitar a

contração dos intestinos; e em segundo lugar, dar aos doente, depois, um purgante oleaginoso brando que remova a tænia sem partil-a. « A inalação do ether, ou sua absorção directa pelo canal intestinal, ou em um xaropé, produz anesthesia no entozoario, que então é levado com violencia até o rectum, d'onde é expellido inteiro e vivo por uma dóse de algum purgativo brando ».

« O Dr. Lortet experimentou este tratamento em poucos casos, mas sempre obteve bom resultado, até em dois doentes nos quaes já tinham falhado todos os outros remedios. Seu methodo é o seguinte:—dar em uma dóse 20 grammas de ether, que em duas horas é seguida por 30 grammas de oleo de ricino. O verme é expellido sem causar dor, inteiro ou quasi inteiro, e sempre com a extremidade cephalica intacta.

Hemorrhagia depois do parto curada pela projecção dos vapores de ether. A *Gazette medicale de Lyon* refere um novo caso em que a celebre invenção de Richardson obteve o mais completo resultado. Os Drs. Broadbent e Harrison depois de tentarem despertar as contrações do utero em um caso de hemorrhagia abundantissima, applicando os medicamentos mais usuaes n'estes casos, e excitando o orgão por operações manuaes, vendo baldados os seus esforços, dirigiram uma corrente de ether sobre a região hypogastrica. O utero começou a contrahir-se quasi immediatamente, e a hemorrhagia cessou dentro de pouco tempo.

CORRESPONDENCIA SCIENTIFICA.

Anchylostomus duodenalis.

ILLM. SNR. REDACTOR.

Li no n.º 31 da *Gazeta Medica*, a noticia (extrahida do *Jornal do Commercio* de 7 de Outubro de 1867) sobre a sessão da Academia Imperial de medicina do Rio, de 12 de Agosto, na qual por occasião de referir-se uma observação cadaverica se tratou da existencia dos anchylostomos em casos de hypoaemia, e fiquei bastante sorprendido, que por alguns illustres membros da Academia, que se occuparam deste assumpto, fosse emitida a opinião: «que em geral não deve ser considerado este verme como causa promotora e unica, *sine qua non* da hypoaemia intertropical, e antes como um effeito desta, ou como causa concomitante da doença, ou como obstaculo á cura pelos remedios que em geral lhe são proficuos,» sem declararem os

factos que os conduziram á formar este juizo comprehensivo.

Poder-se-ha dahi deprehender que a questão sobre a importancia dos anchylostomos na hypoemia está sufficientemente esclarecida, não merecendo mais aprofundado estudo.

Porem, questões sobre causa e effeito não se decidem por opiniões ou por votos, e sim pela apreciação dos factos.

A co-existencia constante dos anchylostomos com a hypoemia está assáz demonstrada, e parece mais logico consideral-os antes como causa, senão unica, ao menos aggravante, do que como effeito (?) da molestia.

Nunca encontrei anchylostomos senão com anemia, e ás vezes em casos em que só elles lhe serviam d'explicação, pois nunca achei anchylostomos sem derramamento de algum sangue nos intestinos; entretanto ha anemia sem anchylostomos, produzida por innumeras causas. A efficacia de certos remedios ant-helminthicos ainda corrobora a etiologia verminosa da molestia.

Como a hypoemia é frequentissima neste paiz e muito mortifera, não convem que arrefeçamos no seu estudo, e no dos melhores meios de combatel-a e que repousemos em uma opinião que, embora respeitavel, não me parece logicamente derivada da observação clinica e da apreciação rigorosa dos factos.

Bahia 23 de Dezembro de 1867.

Dr. O. Wucherer.

EXCERPTOS DA IMPRENSA MEDICA ESTRANGEIRA.

NOTA SOBRE A MOLESTIA DESCRIPTA COM O NOME DE AINHUM, OBSERVADA NOS INDIOS,

Pelo Dr. A. Collas

Médico em chefe da Marinha.

A molestia descripta com o nome de ainhum, (1) pelo Dr. Silva Lima (da Bahia), (2) não é particular á raça negra (ethiopica). Tive occasião de observal-a em Pondichéry, em individuos da raça India (ramo tamoul), quer no periodo d'estado, quer depois da queda natural ou provocada de uma parte do pequeno dedo do pé. Como o ramo tamoul não goza de immuniidade alguma pa-

(1) Ainhum é uma palavra barbara que se devia, aliás, escrever ainhum. Tenho conservado esta palavra, em attenção ao medico que fallou primeiro d'este accidente singular, ao qual, ha muitos annos, eu tinha dado o de *exèrèse spontanea*.

(2) Silva Lima, Estudo sobre o ainhum, traduzido do portuguez pelo Dr. Le-Roy de Méricourt (*Archives de médecine navale*, 867, t. 8.º).

thologica, e suas molestias são as mesmas que as dos outros ramos do tronco ariano, que habita o Indostão, é de crer que todos os Indios sejam sujeitos ao ainhum.

Apezar de algumas dissemelhanças entre o aspecto dos pequenos dedos atacados de ainhum, que tenho encontrado, e o dos dedos doentes descriptos pelo Sr. Dr. Silva Lima, estou perfeitamente convencido de que temos observado casos identicos; elle, sobre individuos da verdadeira raça negra, e eu, sobre individuos da raça ariana cruzada. Uma palavra sobre o cruzamento, antes de ir adiante. Em minha opinião, a raça ou ramo tamoul descende dos povos negros dravidianos pelos primeiros Arianos que invadiram o Indostão, muito tempo antes das grandes migrações brahmanicas. Quer, porque a raça negra não tivesse mais, desde esta epocha remota, sua razão climaterica d'existir, quer, porque no Indostão tivesse a sorte das populações selvagens em contacto com a civilisação, os negros puros completamente desapareceram da terra dos Draviras; e n'esta parte da India, da mesma sorte que nos outros pontos os differentes ramos arianos, os Tamouls constituem, ha seculos, uma raça bem definida. Ella existia como tal muito antes da invasão da península pelos povos que lá introduziram o dogma brahmanico. Resulta d'esta filiação que si se cons'derasse o ainhum como uma molestia particular á raça negra, ter-se-hia o direito de admittir que no Indostão esta molestia se tem transmittido por herança.

Porem, na realidade, os ramos indios da raça ariana, são tão bem constituídos em estado de raça, tão bem coordenados para um paiz em que hoje os negros não podem se acclimar mais do que os brancos; são tão differentes dos negros (de cujas immuniidades climatericas, elles, assim como os brancos, não participam) por sua conformação, e suas aptidões moraes, que me julgo authorisado a pensar que, entre elles o ainhum depende de uma endemia cuja causa ou cujas causas são da mesma natureza que as das outras endemias que os atacam. Demais o *Atharva-veda*, que indica as mutilações leprosas entre as quaes está o ainhum, foi escripto muito tempo antes da invasão brahmanica, e em um paiz muito septentrional para que os negros podessem habital-o.

Nunca vi dedo da mão atacado de ainhum; não o tenho observado senão no dedo pequeno do pé. Não me lembro de ter visto caso de ainhum duplo. Todavia, não duvido de sua existencia.

Se, sobre um pequeno dedo modelado em

cêra, se applicar um laço circular muito delgado atraz da cabeça da primeira phalange, e se o apertarem bem perpendicularmente a seu grande eixo, tendo o cuidado de parar no momento em que a secção estiver quasi completa, ter-se-há um sulco profundo, como *cortado á faca*, formado por duas superficies parallelas, reunidas, por um *pedunculo* central de pequenas dimensões.

Tal é o aspecto dos pequenos dedos atacados d'ainhum que eu tenho observado. A pelle das duas faces do *sulco* era san, normalmente corada, sem ulcerações, sem cicatrizes. Nas mesmas condições estava a que continuava esta sobre a parte do dedo que devia cair e sobre a do côto.

O pedunculo era constituido por uma haste ossea, dura, cujo diametro era apenas o de um pequeno estylête explorador. Era revestido por uma pelle de cor normal, mas excessivamente adelgaçada. A extremidade anterior dos pequenos dedos não estava desviada, e bem que tivesse um certo grão de mobilidade, as duas superficies do sulco (estando o pé em repouso), mantinham-se em um contacto muito estreito, a ponto de não se conseguir sem difficuldade ver o fundo do sulco.

A extremidade ungueal era arredondada, porém antes por diminuição, por absorpção no sentido do comprimento, do que por augmento de volume no sentido transversal. É evidente que o ainhum em um periodo adiantado deve incommodar o andar, e até tornar-o doloroso, quando o solo for desigual.

Não creio que no repouso o ainhum seja doloroso. Quanto á sua origem, nada posso dizer. Com os Indios, quanto á maior parte pelo menos, deve-se no que diz respeito aos commemorativos, proceder como os medicos veterinarios, porque aquelles, ou não sabem, ou mentem.

A amputação espontanea da extremidade ungueal de um pequeno dedo atacado de ainhum, é consequencia natural da marcha da molestia. Pode ser occasionada por um choque, embora pouco violento. Não sei se os Indios teem o habito de praticar esta operação pela ligadura, mas, como seus barbeiros estão muito familiarizados com este processo operatorio, e como sua indicação é precisa, e elles não ousam empregar o instrumento cortante, é mas do que provavel que o ponham em pratica muitas vezes.

Tenho praticado pelo menos tres vezes a amputação do pequeno dedo atacado de ainhum por meio de tesouras de meu estôjo. O pedunculo osseo *era tão duro* que estalava, em vez de ser cortado. É um facto interes-

sante a registrar, porque prova que a absorpção da phalange não é precedida de seu amoldecimento. Vem em apoio da ausencia de ulceração da pelle que não tenho observado. Estas amputações tem sido praticadas sem dor, e sem hemorragia. Esta ultima particularidade deve provir de que, provavelmente, tenho operado em uma epoca adiantada da molestia, entretanto que os casos de que falla o nosso collega da Bahia eram menos antigos.

Ella pôde ainda ter sua causa na conformação do pedunculo. Si esta conformação nos negros não fosse consequencia de uma tentativa de amputação por ligadura, ou de qualquer outro accidente, ter-se-hia duas variedades de ainhum; em uma, o pedunculo seria central e osseo, na outra, seria carnudo e situado fóra do grande eixo do pequeno dedo. (3)

A dor, a hemorragia, a suppuração consecutiva, que nunca observei em Pondichéry, onde não achei senão pedunculos osseos, e onde meus doentes se restabeleceram com grande rapidez, poderiam bem, nos operados da Bahia, não ter outra causa senão a natureza do pedunculo.

Quer o ainhum estivesse em seu periodo d'estado, quer uma parte do pequeno dedo tivesse cahido ou fosse amputada, sempre verifiquei a ausencia d'esta achromia que apresentam as cicatrizes pouco antigas da pelle das raças fuliginosas, e que, durante muito tempo se observa sobre os côtos dos dedos dos leprosos espontaneamente amputados.

Se as faces do sulco tivessem suppurado, não podia pois ser senão em uma epoca remota. Mas, por outro lado, como todas as vezes que eu as observei, estas faces estavam sans, tenho concluido que a ulceração não é um processo necessario das amputações espontaneas de que se trata.

Insisto sobre este ponto da historia natural da molestia, porque o trabalho citado não o elucidou de modo sufficiente, e porque deve parecer natural que uma lesão na continuidade prepare a queda da extremidade ungueal do pequeno dedo. Mas, se de um lado o Dr. Silva Lima indica em sua primeira observação que o sulco circular profundo, estreito e perpendicular ao eixo do dedo, *estava ulcerado*, diz que do lado esquerdo, no mesmo doente, o pequeno dedo estava atacado de ainhum, e que ahí, o sulco, limitado por ora

(3) Em um dos casos do Sr. Dr. Silva Lima, o pedunculo encerrava uma esquirola ossea.

ás faces interna e externa, *não estava ulcerado* (p. 133) Na segunda observação, segundo o dizer do doente, resulta ainda que o sulco quasi circunscrito que se tinha formado pouco a pouco ao redor da dobra do digito plantar ia se cavando cada vez mais; « *ulcerou-se depois* » (p. 135) N'este mesmo doente o dedo pequeno querendo, igualmente atacado de ainhum estava estrangulado ao nivel da dobra do digito plantar pelo sulco pouco profundo, *não ulcerado* » (p. 135). É portanto mais do que provavel; senão certo, que a ulceração é um incidente. Vê-se, com effeito, que se, no doente que é objecto da 2.ª observação, o sulco se tinha ulcerado e suppurado, no momento da amputação, depois de ter afastado as duas bordas do sulco (o que só se ponde fazer incompletamente) o Dr. Silva Lima verificou que o fundo do rego estava só coberto de algumas crostas, e que apenas se via abri uma ligeira humidade, afastando com força os dois labios do sulco (p. 134). É possivel, aliás, qua as ulcerações encontradas sobre os negros escravos do Brasil sejam consequencia de tentativa d'amputação pela ligadura, de pouco a pouco, da séde d'esta transpiração acre, de um cheiro fétido, particular a esta raça, ou enfim seja um accidente ao qual os predisponha a má conformação de seus dedos, de seus pés, ou do modo defeituoso de andar. Não se observam nos Indios, sem duvida em razão de seus habitos de acao que derivam sobretudo da obrigação que lhes impoem os preceitos de sua religião, de lavarem as extremidades muitas vezes por dia, antes de tomar uma refeição, por exemplo.

N'elles os dedos dos pés são, em geral, rectos, muito longos, moveis como os dedos das mãos, e lhes servem de instrumentos. Nos negros, as mais das vezes, são naturalmente desviados; e elles caminham *à plat*; nos Indios, no andar, de suprema elegancia, só uma parte, relativamente muito pequena, da planta do pé, em razão de sua alta abobada, é que pousa sobre o solo. Tambem basta um talento mediocre de observação para distinguir as pegadas que os individuos de cada uma d'estas raças deixam, caminhando, sobre a areia ou sobre um solo humido.

O desvio da extremidade do dedo doente, que eu não tenho encontrado, e que tem sido observado, no Brasil, póde provir da conformação natural do negro.

Em presença do primeiro caso de ainhum bem caracterizado, é difficil não se deixar levar pela ideia de um secção por um laço circularmente applicado. Tal foi minha primeira impressão, tal foi a do Dr. Silva Lima

(p. 134). Mas, esta ideia tem a duração de um relampago. Seria precisa muita sciencia, tempo e resignação para chegar a cavar assim um sulco tão profundo e tão regular. Nem creio mesmo que isto seja possivel, ainda existindo estes tres elementos para o bom exito.

Tambem, em falta de elementos de diagnostico, o meu primeiro caso de ainhum, não foi para mim senão uma monstruosidade congenita, um caso de amputação incompleta, para não dizer um caso de *incertae sedis* absoluto; mas, tendo se apresentado outros casos, resta-me dizer como fui levado a considerar o ainhum como um symptoma de lepra.

Esta terrivel molestia, que não se descreve habitualmente senão de baixo de duas formas (a tuberculosa, e a anethetica), apresenta-se realmente sob tres, que, ás mais das vezes reunidas, podem comtudo existir separadamente e em um estado d'independencia absoluta. As duas formas classicas, deve se acrescentar d'ora em diante aquella que tenho denominado *dactyliana*, porque, do mesmo modo que se encontra leproso ou simplesmente tuberculosos, ou que não apresentem senão maculas anetheticas, tenho observado individuos, que não tinham outros signaes de diathese leprosa, senão alterações na forma dos dedos, ou dos côtos consecutivos á sua amputação espontanea. Era em vão que se observava a pelle; por toda a parte estava livre de tuberculos, de maculas anetheticas ou simplesmente descóradas. Achei, em Bangalore, no dispensario do rajah, um Indio de quarenta annos, muito vigoroso, que tinha perdido todos os dedos das mãos e dos pés.

A data das ultimas amputações devia subir a uma epoca muito remota, pois que nenhum dos côtos apresentava vestigios de achromia, e a pelle da extremidade era tão lisa e tão limpa como a de qualquer outra parte do corpo.

Um exame minucioso me permittio verificar que a pelle não era tuberculosa em nenhum dos pontos, não apresentava nem mancha simplesmente descórada ou adelgada, nem mancha anethetica, e estava livre de toda a descamação suspeita, isto é, de um symptoma que, no diagnostico da lepra, não tem toda a importancia necessaria, importancia que Hippocrates conhecia, e cujo esquecimento, por uma interpretação má de seu texto, fez dar o nome de lepra a uma psoriasis, quando o medico de Cós tinha muito em vista a grande molestia. Assegurei-me igualmente de que os lobulos das orelhas eram pequenos, molles, e sem nenhum engorgita-

mento; e que não existiam no semblante estas dobras cuja immobilitade é suspeita.

Examinei emfim a planta dos pés para procurar estas úlceras, de pequenas dimensões, infundibuliformes, de bordos cortados perpendicularmente na pelle perfeitamente santão intimamente ligados á presença das placas anesthetics que eu tinha aprendido dos medicos indios a concluir ousadamente de sua presença para a existencia d'estas placas. Mas, foi em vão. Tinha pois debaixo dos olhos—n'este momento da existencia do doente—um caso de lepra dactyliana independente e já antiga.

A lepra dactyliana conta muitas variedades: em primeiro lugar indicarei a variedade que tenho chamado *atrophiante*, porque, n'aquelles que são atacados d'ella, os dedos, sobre tudo e em grande escala os do pé (um ou muitos simultaneamente) diminuem de comprimento e de diametro. Depuz no muséo de anatomia do porto de Brest, dois moldes de gesso d'esta variedade, os quaes trouxe da India.

Depois vem a variedade *contracturante*. N'esta, os dedos das mãos ou dos pés são desviados, recurvados, contracturados, alterados em suas formas de uma maneira permanente. A terceira variedade é a *ungueal*, que existe muitas vezes combinada com as duas primeiras, mas que se mostra frequentemente só, como phenomeno do começo da lepra dactyliana n'estas duas primeiras manifestações. N'esta variedade, as unhas são desviadas, atrophias, por assim dizer, até que desapareçam ou augmentem de volume, recurvando-se sobre a polpa do dedo. É um signal precioso de diagnóstico que não tem sido bastante estudado.

Emfim, ha a variedade *amputante*. É o djuzam (amputação, mutilação) dos Arabes, dos quaes tinham elles feito uma verdadeira entidade. N'esta, em um dedo, *muitas vezes bem são*, cuja unha póde ser perfeita quanto á espessura, côr e direcção, se desenvolve, *sempre debaixo da cabeça da phalange* do dedo da mão, ou adiante da phalange do dedo do pé que deve ficar no côto, uma phlyctena cheia de uma serosidade turva de cheiro infecto.

Debaixo da phlyctena, todos os tecidos estão reduzidos a uma massa putrida que tem muita analogia de aspecto com a podridão o hospital; a articulação está aberta. Esta putrefacção não tem invadido a extremidade do dedo alem dos limites da phlyctena. Do lado da extremidade ungueal, é tão claramente limitada, como do lado do osso que deve for-

mar o côto. Só mais tarde, por suspensão da nutrição, é que a morte se apodera da extremidade do lado da unha. A eliminação da phalange é rapida. A cabeça da que fica está san e não tarda a cobrir-se de vegetações de boa natureza. Em breve a cicatriz é completa, a achromia desaparece, e o tecido cicatricial se absorve tão perfeitamente, que em vão se procura os vestigios da cura de uma amputação *por segunda intenção*.

É exactamente o que acontece quando uma parte do pequeno dedo do pé, atacado de ainhum, destaca-se espontaneamente, ou é separada pela tesoura do cirurgião. O côto do pequeno dedo é exactamente semelhante ao que é consecutivo a uma amputação espontanea. Compreendo bem que isto não é razão sufficiente para estabelecer que o ainhum seja um symptoma de lepra. Todavia, não ha, na opinião que professo, nada que não seja accetável, sobretudo si se attender que a lepra é endemica na India, e que faz ahí tão grandes destruições em seus habitantes, como nos povos africanos.

Em um individuo atacado de lepra dactyliana, e que está a perder os dedos das mãos ou dos pés, o processo pathologico pode variar, si se trata do pequeno dedo do pé ou dos outros dedos; *porém o resultado é o mesmo*. São actos differentes d'esta molestia que disforma o individuo mais do que o destrõe.

Se esta absorpção circular concentrica dos elementos anatomicos do pequeno dedo sobre uma superficie que não tem um millimetro d'extensão, sem amollecimento do osso, sem alteração da pelle, pois que eu a tenho achado simplesmente adelgada sobre a porção ossea que liga ao côto a parte que vai cahir, é na realidade muito estranha, o processo do djuzam não é o menos. Eis um dedo são. De repente, desenvolve-se uma phlyctena; em baixo d'esta, está tudo morto, não sobre todo o appendice digital, mas sobre uma zona limitada, além da qual a mortificação não é senão consecutiva.

Logo que a mortificação existe, é ainda limitada. É mais ou menos circular, e collocada de tal sorte que a cabeça da phalange ou do metacarpiano do côto se cobre rapidamente, com facilidade, sem que se observem nunca estas desnudações osseas que se seguem ás amputações feitas por uma mão inhabil. (4)

(4) É evidente que, se a constituição for miseravel, as feridas procedentes das amputações espontaneas terão a sorte de todas as feridas com séde em um organismo pouco sadio. Mas, se a constituição não estiver atacada pela lepra, esta dyscrasia em nada influirá na cura das feridas. Fui muito feliz em fazer partilhar de

A absorpção que cava o sulco linear do ainhum é, a não ser por sua marcha concentrica, essencialmente differente do processo que na variedade atrophiante da lepra dactyliana, reduz o comprimento e o diametro de um dedo, quando os dedos lateraes ficam perfeitamente sãos?

Não devo deixar de notar que a pelle dos pés do Africano que forneceo o assumpto da 2.^a observação (ultimo paragrapho) apresentava caracteres os mais frequentes nos leprosos. Quero fallar d'este *furfur*, (5) de que se tratou mais acima, e que observei na Índia, pela primeira vez, como unico symptoma concomitante da lepra dactyliana, em um homem, cujo nome não esqueci por excellentes razões. Este homem, chamado Perissamy, de bella estatura, admiravelmente bem feito, apenas de idade de 30 annos, mostra-me, pouco tempo depois de minha chegada ao paiz, um dedo indicador gangrenado acima da primeira phalange. Ignorando sua lingua, convencido de que tinha noventa e nove probabilidades contra uma de que elle não me diria a verdade, se eu o interrogasse, e disposto por consequencia a não acreditar-o, ainda que elle não mentisse, amputei-o, attendendo somente á indicação do momento. Alguns mezes mais tarde, o mesmo accidente. Ainda que muito reprehendido, amputo-o de novo, diante de indicações incontestaveis para qualquer que não conheça ainda a marcha do djuzam.

Pela terceira vez, Perissamy consultou-me, mas eram passados tempos, eu tinha aprendido, e foi então que examinando com cuidado a pelle, verifiquei que no dorso das mãos, apresentava os caracteres da pelle do dorso dos pés de Joaquim, o individuo da segunda observação do Dr. Silva Lima. Os medicos tamouls davam a esta alteração da pelle o nome de *caroupou kusham* (lepra negra). Se não me apresso a concluir, comprehender-se-ha quanto é util que aquelles de nossos irmãos que exercem na Índia, examinem com cuidado todo o corpó dos individuos atacados de ainhum que elles tiverem occasião de observar. Terão por dever indagar com cuidado se a parte doente não foi séde de uma ulceração; verificar a forma, a direcção da extremidade ungueal, a direcção do sulco a natureza do pedunculo, e se, como eu, não

minhas convicções aos meos ao nospicio colonial de S. Denis, na Reunião, por occasião de tratar-se de um leproso em quem hesitavam em amputar uma perna. O successo foi completo.

(5) Depois, tenho achado este *furfur* em grande numero de leprosos.

tiverem os meios de fazer a anatomia pathologica da parte destacada, deverão remettel-a a uma authority competente, conservada em glicerina.

Se não fiz conhecer mais cedo a existencia d'este *accidente* singular na Índia, é porque contava descrevel-o, publicando minhas observações sobre a lepra.

Entretanto, pensei que devia ser util collocar o que sei sobre o ainhum ao lado do trabalho de nosso honrado collega da Bahia, menos para completal-o do que pelo interesse da geographia medica. Terminarei dizendo que na Reunião, onde, para procurar o ainhum e uma outra molestia do pé, examinei os pés de um grande numero de creoulos e de Africanos (costa oriental d'Africa, e habitantes de Madagascar), nunca observei a molestia que é objecto d'esta nota.

NOTICIARIO.

Agradecimento.—Fomos obsequiados pelo Sr. Dr. V. Saboia, oppositor da secção de sciencias cirurgicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e cirurgião adjunto do hospital da Santa Casa da Misericordia, com um exemplar de cada uma de suas obras.

São as seguintes:

Ensaio sobre o tratamento radical das hernias reductiveis inguinaes; publicado em 1861.

Do aborto considerado debaixo do ponto de vista obstetrico; 1865.

Da conducta que deve ter um parteiro ante as apresentações da espadua, sem ou com procidencia do braço do feto; 1866.

Lições de clinica cirurgica, feitas no hospital da Santa Casa da Misericordia durante os mezes de Agosto, Setembro e Outubro de 1865; publicadas em 1866.

Agradecemos ao author, e annunciemos com prazer a recepção d'estes trabalhos importantes, sobre os quaes opportunamente diremos algumas palavras.

O Sr. Dr. Saboia ja tem adquirido uma reputação notavel e bem merecida por sua dedicação ao estudo, bastantemente provada por suas obras tanto mais dignas de apreço quanto são raras em nosso paiz os trabalhos d'este genero.

Recebemos tambem do Sr. Dr. J. J. da Silva Amado, de Lisboa, seu *Estudo sobre as hernias parietaes da bexiga, e sobre os calculos vesiciaes encarcerados.* Agradecemos ao illustre cirurgião do hospital de S. José a offerta de seu importante trabalho.

Condecorações ao Corpo de Saúde da armada.—Por decreto do Ministerio do Imperio, de 28 de Dezembro, foram condecorados os officiaes do corpo de saúde da armada, abaixo designados.

ORDEM DO CRUZEIRO.

Cavalleiro—O 2.º cirurgião Dr. Luiz Carneiro da Rocha.

ORDEM DE CRISTO.

Cavalleiros.—Os 1.ºs cirurgiões Dr. Manoel Baptista Valfádao e Dr. Pamphilo Manoel Freire de Carvalho; o 2.º cirurgião Dr. Manoel Simões Daltro e Silva; e os 2.ºs cirurgiões de comissão Francisco de Paula Pereira Tavares e António Pereira de Mendonça.

ORDEM DA ROZA.

Dignitario.—O cirurgião d'esquadra Dr. Carlos Frederico dos Santos Xavier de Azevedo.

Officiaes.—O cirurgião de divisão Dr. Thomaz Antunes de Abrêo; o cirurgião de divisão graduado Dr. Procopio Pedroso Barreto d'Albuquerque; os 1.ºs cirurgiões Drs. João José Damazio, Pedro Manoel Alvares Moreira Villaboim, e José Caetano da Costa; e o 2.º cirurgião de comissão Justiniano de Castro Rebello.

Cavalleiros.—Os 1.ºs cirurgiões Drs. Luiz Augusto Pinto, e José Marcellino de Mesquita; e os 2.ºs cirurgiões Drs. Joaquim Carlos da Roza, Amedeo Prudencio Masson, e Severiano Braulio Monteiro; e o 2.º cirurgião de comissão Joaquim Manoel d'Almeida Vieira.

Adepto fervoroso.—O correspondente de Paris para o *New-York Medical Record*, refere o seguinte caso realmente divertido: «Um dia, ha pouco tempo, o servente da enfermaria do Dr. Fouquier, appareceu com os olhos róxos e a face cheia de contusões. O que é isto, perguntou-lhe o Dr. Fouquier, com sua polidez natural.

«Bati-me com o enfermeiro do Sr. Dr. Bonillaud, mas elle soffreo mais do que eu. Fizeste mal, e por que te batestes com elle. Por que elle teimava que é preciso sangrar-se sempre na febre typhoide! A seriedade do medico não se pode sustentar com esta resposta inesperada.

Se nos lemurarmos, diz o correspondente, de que o Dr. Bouillaud é o author do affamado systema da sangria na pneumonia, duas vezes por dia, *coup sur coup*, e extende suas tendencias sanguinarias até a febre typhoide, ficará facilmente explicado o enthusiasmo belligerante de seu humilde subordinado.»

Experiencias com a espingarda Chassepot.—Diz o *British Medical Journal*, que o Dr. Sarazin, professor da Faculdade de Strasburgo, fez, com o auxilio de diversos cirurgiões, uma serie de experiencias sobre cadaveres, com o fim de verificar o caracter das feridas produzidas pela espingarda Chassepot.

«Fizeram-se tambem experiencias comparativas com a carabina dos caçadores. As principaes conclusões foram: que, em curta distancia o orificio de sahida da bala é enorme, de sete a treze vezes maior do que a bala mesma. As arterias e veias são cortadas transversalmente; os musculos arrancados e reduzidos a polpa; os ossos, comminuidos em uma extensão consideravel, e muito desproporcional ás dimensões do projectil. A carabina produz effeitos muito menos desastro-

sos, e analogos aos que são descriptos nos tratados de cirurgia militar.»

Por cá não acontece o mesmo.—O tribunal de Cassação condemnou definitivamente um pharmaceutico de Beaugency, Luiz Carlos Mullot, a 500 francos de multa, e custas de appellação, por ter vendido, sem receita, um purgante de sulfato de potassa, manná e senne.

Entre nós ha liberdade para muito mais senão de direito, ao menos de facto. Temos pharmacias sem pharmaceuticos diplomados, temos pharmaceuticos que dão consultas medicas e cirurgicas, e tiram d'isto um grande proveito!

E estas invasões de direitos passam impunemente, e de certo modo ja se tem tornado a norma do viver de muitos, que abusam da credulidade do povo e da inercia das autoridades.

Os pantanos, nossos inimigos.—Com esta epigraphe, diz o *British Med. Journal*, que o Sr. Lombard, de Genebra, mostra, com uma grande colleção de documentos estatisticos, que o inverno e a primavera são as estações de maior mortalidade no Norte e centro da Europa.

«No Sul, pelo contrario, o verão e o outomno são as estações mais destruidoras; porem, o miasma pantanoso, onde existe, trasforma o periodo e o caracter da mortalidade. A mesma influencia, como mostrou o Sr. Limmôneau, é a grande obstrucção á acclimação dos Europeos nos Paizes quentes. É ao esgotamento perfeito do sólo que devem tender os nossos esforços em ambos os casos.»

Frio excessivo.—A respeito do frio extraordinario que houve na Inglaterra, no anno passado, diz o *British Medico Journal*, que o Dr. Plant escreve o seguinte á *Pall Mall Gazette*: «Deve interessar aos nossos leitores saber que passamos pelo tempo mais frio que se tem experimentado na Inglaterra, n'esta estação, ha trinta e um annos. A temperatura média dos primeiros cinco dias de Outubro, foi somente de 43 grãos, havenda pois um deficit de 9 grãos.»

«O dia 4 de Outubro foi extremamente frio. A temperatura media foi de 37 grãos, ou 13 grãos abaixo da media usual. Só em 1836 houve tanto frio na primeira semana de Outubro.

Impressões maternas. A crença, já muito vulgar, de que as emoções maternas durante a gravidez influem muito na conformação organica das creanças, accrescentamos uma prova muito valiosa, no seguinte caso referido pelo Sr. Garraway, no *British Medical Journal*:

«Uma mulher que estava prenhe, sem consciencia d'isto, mas que posteriormente soube que já o estava ha seis semanas, vio um rato se encamihando para si. Assustou-se, agarrou com a mão direita no braço esquerdo abaixo do cotovello, e fechou os olhos. A creança, no fim da gestação, nasceu sem o antebraço esquerdo, como se tivesse sido amputado abaixo do cotovello, e totalmente cega,—amaurotica.»

GAZETA MEDICA DA BAHIA

ANNO II.

BAHIA 31 DE JANEIRO DE 1868.

N.º 38.

SUMARIO.

I. O BERIBERI.—II. O Diagnostico dos tumores do seio III. REGISTRO CLINICO.—Caso fatal de febre septica em segulda, porem não ligado, à lithotricia. IV. CORRESPONDENCIA SCIENTIFICA — A cura radical do hydrocele (sem injeccão), e a uretrotomia interna, segundo a pratica do Dr. Maisonneuve. V. EXCERPTOS DA IMPRENSA

MEDICA ESTRANGEIRA.—O Beriberi não é uma molestia exclusivamente propria da India; observa-se nas Antilhas e no Brazil.—VI. VARIEDADE.—VII. NOTICIARIO.—VIII.—BOLETIM MEDICO—GRAPHICO —

O Beriberi.

No lugar competente transcrevemos dos *Archives de Medecine Navale* um artigo do Sr. Dr. Le Roy de Méricourt a proposito da analyse feita pelo *Siglo Médico* do trabalho publicado pelo nosso distincto collaborador o Sr. Dr. Silvá Lima sobre a molestia que aqui tem reinado epidemicamente, caracterisada por paralytia, edema e fraqueza geral.

N'este artigo o author confronta o quadro symptomatico da molestia estudada e descripta pelo nosso collega nas columnas d'esta Gazeta, com uma doença semelhante, chamada dos *engenhos* (*des suceries*) nas Antilhas, onde tem sido observada e foi descripta pelo Dr. Henri Dumont; e d'esta comparação, e da analogia que apresentam as duas molestias com o beriberi da India, resulta a opinião que forma o Dr. Méricourt sobre a identidade de natureza d'ellas, de accordo, quanto á epidemia da Bahia, com o nosso distincto collega; opinião que o Dr. Méricourt claramente exprime na epigraphe do seu artigo:—*o beriberi não é uma molestia exclusivamente propria da India; observa-se nas Antilhas e no Brasil.*

Transcrevemos litteralmente o resumo descriptivo da molestia extrahido pelo *Siglo Médico* e as reflexões do Sr. Dr. Méricourt, para que os profissionaes apreciem, sobre este assumpto que tem sido objecto de tantas duvidas, o juizo de uma authoridade muito competente, pois o Sr. Méricourt, author de uma memoria sobre o *beriberi*, publicada com a cooperação do Sr. Fonssagrives em 1861, declara terminando o seu artigo que—*comparando attentamente as descrições do beriberi recentemente publicadas pelos observadores que tem tido occasião de encontrar esta affecção particularmente nos Indios, e as da molestia chamada dos engenhos nas Antilhas e da molestia estudada na Bahia pelo Dr. Silva Lima, não se póde deixar de re-*

conhecer de ambos os lados uma notavel analogia, senão uma identidade completa nos phenomenos principaes. » P.

O DIAGNOSTICO DOS TUMORES DO SEIO

pelo Dr. Thomas Bryant.

As lições clinicas do Dr. Bryant no Guy's Hospital nos fornecem o assumpto importante d'onde deduzimos estas considerações sobre o diagnostico dos tumores do seio. O illustre cirurgião elucidou com muita clareza este ponto indubitavelmente difficillimo da pathologia cirurgica.

O diagnostico dos tumores tem sido desde muito tempo o objecto da investigação de mui habéis praticos, e muitas vezes um escolho sondado debalde pelos mais peritos. O microscopio tem espalhado a luz n'este terreno, mas este meio não é sempre applicavel, e o clinico sente muitas vezes a necessidade de formar o seu diagnostico, ainda que não possa collocar a substancia do tumor no campo do microscopio.

O Dr. Bryant discute com proficiencia a questão, encara a difficuldade do diagnostico, fundado sempre sobre probabilidades, a necessidade de uma intelligencia clara, de uma observação profunda, de um juizo seguro, para apreciar o valor dos symptomas, comparal-os entre si, pesar o numero das probabilidades, e da analyse rigorosa de todos estes dados fornecidos pelo caso morbido, inferir um diagnostico correcto, um conhecimento exacto da natureza da molestia, do qual depende o tratamento que deve ser empregado.

O illustre professor indica os meios principaes de chegar a este conhecimento quando se trata de um tumor do seio. Os commemorativos, a historia exhibida pela doente, os phenomenos fornecidos pela inspecção, e os symptomas revelados ao exame manual, são as bases do juizo clinico, e da indicação the-

rapençã. O accordo dos resultados ministrados pela historia e marcha da molestia, pela apparencia symptomatica e pelo estado do orgão conhecido pelo tacto, pode levar ao medico uma convicção bem proxima da certeza, e em nenhum caso se poderia dispensar qualquer d'estes meios de investigação, ainda confiando muito em um só d'elles.

Para proceder methodicamente o professor Bryant dividio em tres classes os tumores que podem affectar o seio: 1.ª tumores inflammatorios; 2.ª tumores innocentes ou adenoides; 3.ª tumores malignos.

Não se occupou com a inflamação aguda do seio, porque esta é facil de diagnosticar pelos symptomas, quer geraes, quer locaes, como o calor, o rubor, a tumefacção, a dor e a exsudação plastica, que acompanham sempre a inflamação.

O assumpto principal foi a distincção pathologica e clinica entre os tumores innocentes ou adenoides e os tumores cancerosos. Um dos symptomas differenciaes mais importantes é o seguinte:—Os tumores simples em seu crescimento separam os tecidos, mas nunca os infiltram; os cancerosos, em geral, os infiltram, e raras vezes os separam. O tumor innocente, por maior que seja o desenvolvimento á que tenha chegado, e por mais longa que seja sua duração, não faz mais do que introduzir-se entre os tecidos, separando-os; poderá absorver os ossos, porem nunca invade-os com sua substancia mesma; poderá distender a pelle, adelgaçal-a, rompê-la, formando uma ulcera, mas os bordos d'esta são como que cortados e nunca se os encontra infiltrados com os elementos proprios do tumor.

O tumor canceroso, pelo contrario, tem o privilegio usurpador de apropriar-se de tudo quanto o cerca. Desenvolvendo-se por baixo da pelle, o cancro une-se logo a ella, colla-se intimamente a sua superficie infiltra-lhe seus elementos, de modo que ulcerando-a, os bordos da ulcera se acham espessos, endurecidos e impregnados a principio, e depois completamente transformados no producto canceroso. Assim procede o cancro com todos os elementos que o cercam; invade-os e assimila-os a si mesmo.

Este ponto differencial caracteriza bem as duas especies de tumores, mas ha ainda outro que o auctor menciona e que merece tambem seria attenção.

«Os tumores simples ou innocentes affectam o paciente somente por sua influencia local, e não tem tendencia a multiplicar-se em outros tecidos, nem a involver os vasos

absorventes com os quaes estão em conexão».

«Os tumores cancerosos não só affectam o doente por sua influencia local, mas tem uma tendencia maravilhosa a multiplicar-se em qualquer parte do corpo, mais particularmente na interna, e nunca existem em qualquer periodo, sem implicar os lymphaticos da parte com que estão em conexão».

Este caracter differencial é sem duvida alguma de grande importancia, mormente nos primeiros periodos da molestia. No caso de um tumor cuja natureza fosse duvidosa por suas condições geraes e locaes, a presença ou ausencia de um ganglion absorvente endurecido, não inflammado, valeria muito na solução do problema; porque é tão raro encontrar ganglions endurecidos em um tumor simples, como é raro que elles não appareçam em um tumor canceroso.

Depois de distinguir assim, em geral, as duas especies de cancos, o Dr. Bryant entra na apreclação analytica minuciosa do valor dos diferentes signaes fornecidos pelas tres fontes do diagnostico, e aponta as provas ministradas pela historia do caso, pela inspecção, e pelo exame manual.

Na historia da molestia acha a considerar a idade, a condição social da doente, e a duração do tumor.

É de grande importancia para o diagnostico o conhecimento da idade da doente; as estatisticas do Dr. Bryant o provam exuberantemente.

Em uma analyse de 54 casos de tumores adenoides, achou elle que mais de 50 por cento occorreram em mulheres de menos de 24 annos, e que em 222 casos de cancro nem um só occorreo até esta idade.

O resumo de suas estatisticas é o seguinte:

	Tumores adenoides.	Tumores cancerosos.
Menos de 32 annos	61 por 100	12 por 100.
Mais de » »	35 por 100	82 por 100.

Estes factos nos levam a crer que um tumor apparecendo no seio de uma mulher de menos de 32 annos será provavelmente de natureza innocente, e que na mulher de mais de 32 será mais provavelmente maligno, e esta probabilidade estará na razão directa do augmento da idade da mulher.

Assim, diz Bryant:—» no tumor do seio de uma mulher de mais de 40 annos, não diagnostiqueis tumor simples, sem que tenhais evidente convicção de que não existe cancro. Só em casos excepçoes é que o cancro ataca os moços e o tumor adenoides apparece nos velhos. Na Sociedade Pathologica apre-

sentou o mesmo Dr. Bryant um exemplo de tumor adenoide em uma mulher de mais de 70 annos de idade.

O conhecimento da *condição social* da doente auxilia tambem o medico a formar seu juizo sobre a natureza do tumor. Na estatistica d'este illustre cirurgião se vê que metade do numero dos tumores adenoides eram occorridos em mulheres solteiras, em quanto que somente uma quarta parte dos cancos tinham occorrido entre estas. Dois terços das mulheres atacadas de cancos, eram casadas; e quanto ás que n'este estado foram atacadas de tumores adenoides, em dezoito casõs, onze o foram durante a prenhez e duas durante a amamentação. Quando o cancro ataca as mulheres solteiras, é, de ordinario, em um periodo da vida mais precoce do que nas mulheres casadas. « As molestias cancerosas ordinariamente atacam a glandula no periodo de sua decadencia funcional; e esta decadencia é mais precoce nas mulheres solteiras do que nas casadas. Os tumores innocentes ou adenoides apparecem na glandula durante seu periodo de actividade funcional, e este periodo é nas solteiras a puberdade, e nas casadas a prenhez ou o alleitamento ».

A duração da molestia estabelece mais uma presumpção sobre sua natureza. O tumor canceroso percorre geralmente seu curso em 2 ou 3 annos, em muito menos tempo do que o tumor adenoide. Comtudo, em casos raros, o tumor canceroso pôde existir até além de 10 annos, mas o estado da doente mostra então que se acha perto de uma terminação fatal. O tumor innocente, pelo contrario, pôde existir durante muitos annos, e se a esta longa duração se reunirem as circumstancias de ter o tumor apparecido durante a mocidade, no periodo de actividade funcional da glandula, e ter a apparencia característica dos tumores simples, podemos determinar, com segurança quasi completa, a natureza benigna da affecção.

Para isso, porem, é mister que, depois de termos obtido informações precisas sobre estes pontos principaes da historia da molestia, entremos em um exame cuidadoso acerca do estado local do orgão, e das condições pathologicas em que elle se acha.

Procedendo á *inspecção* rigorosa veremos o estado da pelle que cobre o tumor. Se o tumor já tem alguns mezes de duração, e a pelle que o reveste é movel e san, e com maior razão, se o tumor já conta annos, e o tegumento que o cobre, apesar de estar mui distendido, não se acha adherente ou assimilado a

elle, devemos presumir que se trate de um tumor benigno.

E esta presumpção chega ás raias da certeza, quando o tumor já antigo, tem produzido a distensão da pelle a ponto de rompê-la, e as margens da ruptura não se acham espessas nem infiltradas, e pelo contrario apparecem isentas da molestia, limpas, sem infiltração e como se fossem produzidas por um corte.

Estes signaes externos são de muito valor, pois os caracteristicos do cancro são, como já vimos, directamente oppostos, como resultantes de sua propriedade usurpadora. Nos primeiros tempos da existencia do cancro a pelle vai adherindo ao tumor, e torna-se depressida ao seu nivel; depois esta retracção fica ainda mais manifesta, e afinal, a pelle torna-se infiltrada, e ulcera-se, ficando mais patente a infiltração no espessamento dos bordos da ulcera.

(*Continua.*)

P

REGISTRO CLINICO.

CASO FATAL DE FEBRE SEPTICA EM SEGUIDA, POREM NÃO LIGADO, Á LITHOTRICA.

Pelo Dr. J. L. Paterson.

Quasi na mesma epocha em que se deu o caso funesto de febre septica publicado por mim na *Gazeta Medica* de julho ultimo (1) occorria outro na minha pratica, em circumstancias, se é possivel, mais afflictivas ainda.

Um fazendeiro de 42 annos de idade, de alem do Jonzeiro, veio consultar-me a casa, na manhã de 29 de maio, por padecimentos que já duravam mais de anno, e cuja historia me levou a suspeitar a presença de calculo na bexiga.

Sondei-o logo, e verifiquei a exactidão do meu anterior diagnostico. Mas, como elle tinha vindo a pé de grande distancia, (da Soledade), não fiz mais prolongado exame, e prometti ir vel-o na sua residencia no dia seguinte, afim de proceder a mais accurada investigação do caso. Fui; e como a uretra era larga, e elle, a todos os mais respeitoes, em estado de excellente saude, levei comigo o lithotritor dentado, de tamanho ordinario, resolvido, se encontrasse a pedra, segundo m'o fazia crer o ligeiro exame da vespera, e se ella fosse de tamanhó apropriado ao instrumento, a quebral-a desde logo.

(1) V. n. 26 pag. 47.

Extrahida a urina, foram injectadas 4 1/2 onças d'agua tepida, e introduzido o lithotritor, e, aprehendido o calculo, que media pouco mais de meia pollegada, foi este logo esmagado, assim como, successivamente, alguns dos seus maiores fragmentos. Procedi, comtudo, cautelosamente, por não conhecer o grau de tolerancia da bexiga, e não prolonguei a sessão por mais de quatro minutos. A sahida não trouxe consigo a agua da injeccão de trito algum. No decurso dos dous seguintes dias, entretanto, passaram alguns grandes fragmentos, sendo singularmente auxiliada a sua sahida não só por ser naturalmente espaçosa a uretra, como tambem porque vinha acabar quasi hypospadicamente na glaude. Os fragmentos asperos causaram irritação consideravel no collo vesical, e 4 dias depois, sendo de novo tentada a operação, a agua injectada foi immediatamente expellida, e addiou se por dous dias a sessão, depois dos quaes se poudo conseguir o intento, mas unicamente com 3 onças de liquido na bexiga. Foi empregado o mesmo lithotritor da outra vez, e durante o mesmo espaço de tempo. Foram esmagados varios fragmentos, passando alguns outros intactos pela fenda do instrumento. Como da primeira vez, não sahio de trito algum na occasião, e sim no decurso do seguinte dia, e nos dous subsequentes, em grande copia. Mais tres sessões similhantes, com intervallos de 3 ou 4 dias, mas com o lithotritor liso e chato, completaram a operação, e na quinta sessão, em 17 de junho, (a primeira tinha sido em 30 de maio), o de trito do unico fragmento encontrado e esmagado sahio logo, ao contrario do que tinha acontecido nas anteriores occasiões, convencendo-me de que nenhum outro fragmento restava.

Cessou inteiramente desde então toda a irritação da bexiga. Era na manhã de uma segunda feira. No resto d'esse dia, na terça e na quarta não houve soffrimento de especie alguma, e, de facto, nunca depois tornou a haver o minimo incommodo que podesse referir-se aos órgãos urinaes.

Na noite da quarta para a quinta feira, entretanto, foi subitamente acometido o enfermo por uma dor logo acima do malleolo interno da perna esquerda, acompanhada de violento calefrio, e seguida de febre intensa. Quando o visitei na manhã seguinte encontrei-o ainda n'este estado, e a tentativa do mais leve exame da parte affectada arrancava-lhe gritos, posto que abi se não encontrasse, para explicar tamanho soffrimento, senão uma pequena mancha vermelha que não excedia a de uma mordedura de pulga, e

cercada de uma tumefacção apenas perceptivel.

Apezar do tratamento conuiu no mesmo a febre, e no dia seguinte appareceram outras pintas similhantes em diversas partes do corpo, em numero de 10 ou 12. Ainda que mui dolorosas todas, nenhuma o era tanto como a primeira. Estavam situadas em todas as regiões:—uma no joelho da perna do lado opposto; uma sobre a ultima costella; duas nas nadegas; uma ou duas nas cabeças dos dedos dos pés, e uma na face.

Iam ellas de dia em dia augmentando de tamanho, assim como a inchação que as circumdava, e a primeira, e uma ou duas das outras chegaram a uma suppuração imperfeita; pois ainda depois de terem sido abertas, e descarregado algum pus, a tumefacção e a apparencia de irritação não diminuíram de modo algum; pelo contrario, com o correr do tempo, tanto ellas como as partes circumvisinhas tomaram um aspecto cada vez mais livido, e, para o fim, gangrenoso, tendo succedido á dor aguda e urente da invasão, uma dor surda com peso e dormencia. Os symptomas geraes iam de harmonia com a marcha dos locaes; a febre intensa e ardente do principio foi seguida de um estado typhico adynamico, diminuição de todas as secreções, e perda total do appetite, e terminando em delirio murmuroso e fraco, insensibilidade, completa prostração das forças, e morte no 17º dia.

Parece-me fora de duvida, pela precedente historia do caso, que a febre septica fatal coincidiu apenas casualmente com as operações emprendidas para a cura do calculo, e é egualmente claro que ella se originara da introduccão na economia de algum veneno animal virulento, derivado não sei de onde.

E, todavia, digno de nota que a casa em que morava o doente está situada no fim de um valle, com a frente para elle, o qual é lavado pela forte brisa da tarde, que no seu caminho passa por sobre o matadouro público, a pequena distancia, e pelos campos que lhe ficam alem.

CORRESPONDENCIA SCIENTIFICA.

A CURA RADICAL DO HYDROCELE (SEM INJECCÃO), E A URETROTOMIA INTERNA, SEGUNDO A PRATICA DO DR. MAISONNEUVE.

Um compatriota nosso, e alumno distincto da faculdade de medicina de Paris, em uma carta que ultimamente nos dirigiu, obsequiou-nos com uma breve descripção dos processos

adoptados pelo Sr. Maisonneuve na operação para a cura radical do hydrocele, e para a divisão interna dos apertos da uretra.

A cura radical do hydrocele sem injeção não é cousa nova; além do sedenho, acupunctura, e outros expedientes mencionados em todos os livros modernos de cirurgia, o Sr. Humphry, de Cambridge (*Holmes System of Surg.* tom. IV pag. 556) e parece que também o Sr. Butcher, de Dublin, já ensaiaram o oxido rubro de mercurio levado em pequena quantidade na ponta de uma tenta ao contacto com a tunica vaginal, e outros cirurgiões teem procurado por varios meios irritar mechanicamente esta membrana com o fim de obter a cura do hydrocele.

A uretrotomia interna com os instrumentos de Maisonneuve também não é estranha aos nossos leitores; muitos a conheceriam já, ou por intermedio da imprensa medica estrangeira, ou por terem visto pratical-a, ou quando nós reproduzimos o que sobre este assumpto escreveu tão habilmente o illustre professor da escola de Lisboa, o Sr. A. M. Barbosa (*Gaz. Med.* n. 1 p. 9), e publicamos as reflexões que sobre o mesmo assumpto nos enviou o nosso distincto collega o Sr. Dr. Ernesto Moreira (id. n. 7 p. 80). Não obstante, damos abaixo a descripção dos processos d'estas operações colhidos por testemunha ocular, operações que teem sido apregoadas entre nós com apparatus mysterioso nos jornacs diarios, da corte especialmente, como se hoje pudesse haver segredos e mysterios na sciencia, a não ser para os leigos, para os ignorantes, ou para os que não querem ler. É raro o dia em que se não vejam pomposamente annunciadas operações de hydrocele sem injeção, e de uretrotomia interna, e, infelizmente, ao lado da Salsa de Bristol e das pilulas de Holloway!

Receiamos os abusos de taes operações, mas temos esperanças de não voltarem os tempos de se praticar com apparencia de segredo o que é, e deve ser conhecido de todos, e, até certo ponto, do publico em geral, a quem são calculadamente dirigidos taes pregões, em descredito de uma profissão liberal e nobre, quando sabe, como deve, sustentar o seu caracter.

As operações para a cura radical do hydrocele sem injeção, e a uretrotomia interna, do Dr. Maisonneuve, proclamadas com tanto estrondo ao publico incompetente, são, nem mais nem menos, como as descreve em breves palavras o nosso jovem correspondente, e como as conhecem todos os facultativos que acompanham os progressos da sciencia, sem se deixarem levar nem pelo prestigio de um nome illustre nem pelos attractivos da primeira novidade,

sem a critica e reflexão que devem guial-os na pratica esclarecida e conscienciosa da nossa arte.

L.

Processo do Dr. Maisonneuve, cirurgião do hospital Hotel-Dieu, de Paris, para a cura radical do hydrocele.—O processo do Dr. Maisonneuve, assim denominado, não por ter sido elle o inventor, porem sim por ser dos cirurgiões dos Hospitacs de Paris elle o unico que o põe em pratica, consiste no seguinte:

Primeiro tempo da operação. Puncção. Este primeiro tempo da operação é praticado com um *trocate*, que differe dos ordinariamente usados no seguinte: o *trocate* é destituído de *stilette*, o qual é substituído pela extremidade da canula que é cortada em bico de flauta, e que preenche ambos os fins dos *trocates* ordinarios, isto é, de canula e de instrumento perforante. Esta modificação do instrumento é propria de Maisonneuve.

A vantagem que elle attribue a este *trocate* é de annunciar ao operador a sua chegada na cavidade, pela sahida instantanea do liquido.

Segundo tempo. Evacuação do liquido.

Terceiro tempo. Neste tempo em vez de empregar a injeção com a *tintura d'iode*, Maisonneuve serve-se da cauterização ligeira da tunica vaginal pelo *nitrate de prata*, a qual é feita da maneira seguinte: introduz-se na cavidade vaginal pela canula um simples *stilette* metalico, que leva em sua extremidade uma gotta de *nitrate de prata* solidificado, e movendo este *stilette* em diversas direcções, cauterisa varios pontos da tunica vaginal, até completa dissolução da gotta de *nitrate de prata*. Feito isto, elle retira o *stilette* e depois a canula. Como consequencia desta cauterização desenvolve-se uma inflammação identica á que é produzida pela *tintura d'iode*. O resto do tratamento é o ordinariamente empregado.

Uretrotomia interna.

Achamos conveniente mencionar como um dos pontos da pratica deste cirurgião o emprego, feito frequentemente por elle, da *uretrotomia interna* nos casos de estreitamento uretral segundo o seu processo.

Processo. Apparelho instrumental.

Uma sonda de gomma elastica, cujo diametro é proporcional ao grau de estreitamento, e que tem por fim, articulando-se com a bainha do uretrotomo, conduzi-lo atravez do estreitamento que já tem sido atravessado por ella. Esta articulação se faz por meio de uma rosca de parafuso situada na extremidade externa da sonda.

Uma bainha metálica, curva como uma sonda da mesma natureza, apresentando na sua concavidade um rego que dá passagem a lamina do *uretrotomo*.

A lamina do *uretrotomo* é triangular, situada sobre uma das extremidades de um stilette metálico, que passa pelo rego da bainha. Esta lamina triangular apresenta tres bordos, um pelo qual ella adhire ao stilette, e dois outros cortantes; dos tres angulos ha um que olha para cima, é intermediario aos dois bordos cortantes, e é rombo.

Processo operatorio.

O operador introduz até á flexiga a sonda conductora, sobre ella articula a bainha do *uretrotomo* que é condusida atravez do estreitamento; um ajudante mantém o penis enquanto o operador, segurando a sonda com a mão esquerda, e deprimindo-a fortemente sobre a parede inferior da uretra, faz passar com a outra mão a lamina pelo rego da bainha. Essa lamina em sua passagem pelo canal poupa as partes sans e corta os pontos estreitados da uretra, quer na entrada, quer na sahida. Feito isto retira-se o instrumento, e introduz-se na uretra uma sonda de gomma elastica, que se conserva por 48 horas, e que tem por fim impedir o contacto da urina com a ferida feita pelo instrumento.

Este processo não é moderno, porem julgamos conveniente menciona-lo, como um ponto da pratica especial deste cirurgião.

Paris 23 de Dezembro 1867.

I. R. DE SOUZA UCHOA.

EXCERPTOS DA IMPRENSA MEDICA ESTRANGEIRA.

O Beriberi não é uma molestia exclusivamente propria da India; observa-se nas Antilhas e no Brazil.

Desde a redacção da memoria que o Sr. Fonssagrives e nós publicamos nós *Archivos geraes de Medicina* (1) sobre o complexo de phenomenos morbidos designados na India, e pelos medicos inglezes e hollandezes sob o nome de *Beriberi*, temos sido occasião (2) muitas vezes de adiantar que os authores de geographia medica, tinham-se appressado muito em assignar limites estreitos ao domi-

(1) *Memoire sur la caracterisation nosologique de la maladie connue vulgairement dans l'Inde sous le nom de Beriberi. In Archives générales de médecine*, n. de Setembro 1861.

(2) Vid *Archives de méd. nav.* t. 2.º, p. 10, et *Guide du médecin praticien* de Valleix, 5.ª edição, t. 1.º f. 566;

nio geographico d'esta molestia, que elles tinham restringido a certas partes do littoral da India aquem e alem do Ganjes.

A emigração indiana permittio a muitos de nossos collegas da Marinha Imperial, embarcados em grandes transportes, observar, no mar, verdadeiras epidemias de Beriberi, não só em quanto atravessavam da costa de Malabar para as Antilhas francezas, mas tambem durante o trajecto de reconciliação de numerosos engajados indios que voltavam a Pondichery depois de ter passado muitos annos em Guadeloupe. (3)

Documentos que temos podido recolher desde a publicação do nosso primeiro trabalho, tendem a provar que não só o Beriberi não se observa exclusivamente em certas partes da Asia, mas ainda, que esta molestia ataca individuos de raças muito diferentes. Neste caso, como em muitos outros, são as differenças de denominação dadas, segundo os paizes, a molestias semelhantes, que tem contribuido para entreter o erro sobre esta questão de pathologia cuja historia apresenta ainda muitos pontos a elucidar.

Em apoio de nossa asserção citaremos muitas passagens de um relatorio do Sr. Barão Larrey sobre uma memoria manuscripta do Dr. Henri Dumont, relativa á *molestia chamada dos engenhos (des sucreries)*. O trabalho do qual o Sr. barão Larrey deu conta á commissão scientifica do Mexico é intitulado— *investigações sobre as molestias das raças que não contraem a febre amarella*; é datado do mez de Agosto de 1865, de Cadernas (Cuba). A molestia chamada *des sucreries* é denominada no paiz *Hinchazon de los Negros y Chinos*; (4) não é nova nas Antilhas onde se empregam trabalhadores de raça africana. «Esta molestia faz annualmente numerosas victimas entre os negros, e se manifesta ora sob a forma esporadica somente, ora sob a forma epidemica...., As mulheres parecem muito raramente atacadas. A molestia não poupa a raça chinesa. Fraqueza, fadiga, languidez com dores nos membros, perturbações digestivas, constipação e insomnia, são os prodromos. Um estado pronunciado de desfallecimento para o trabalho annuncia o começo da affecção.

«Fraqueza persistente e progressiva nos membros inferiores, sensação dolorosa na

(3) *Rapport (manuscript) sur le voyage du Jacques-Cœur de la Guadeloupe à Pondichery* (de 20 de Julho a 14 de Dezembro de 1863) por Richaud, medico de 2.ª classe.

(4) Da-se nas colonias hespanholas da America o nome de *chinos* aos mestiços d'Europeos e de individuos pertencentes ás diversas raças de cor d'America.

região cardíaca, atonia das vias digestivas, edema das extremidades, propagando-se depois ao tronco, ao pescoço e ao semblante; infiltração serosa do parenchima das visceras, succedendo ao edema exterior, pouca ou nenhuma reacção febril, desigualdade do pulso coincidindo com perturbações profundas da circulação; nada de notavel nas funções dos órgãos digestivos; nenhuma hypertrophia do baço; algumas perturbações do systema nervoso cerebro-espinhal; persistencia da fraqueza muscular dos membros inferiores e diminuição notavel do suor e das urinas: tal é o complexo dos symptomas do primeiro periodo.

« Acha-se no segundo periodo, inteiramente ligado ao primeiro, a infiltração mais geral, os derrames mais multiplicados nas cavidades serosas, uma alteração progressiva dos liquidos, e emfim a ataxia á qual o doente succumbe muitas vezes.

« O signal exterior mais caracteristico no complexo da molestia é a edemacia da face, a inchação do corpo, e o edema dos membros, dando ao individuo um aspecto que o Sr. Dumont pode comparar ao emphysema generalizado, em seu primeiro desenvolvimento.

« A morte vem por desordens mais profundas da circulação; hypertrophia e enfraquecimento progressivo dos ruidos do coração; diminuição dos movimentos respiratorios, com dyspnéa, asthma e suffocação ou asphyxia, e vomitos depois; prostração, resfriamento da pelle e das extremidades, anciedade precordial, perturbação da vista, e agonia de algumas horas, com a conservação, até então, das faculdades intellectnaes.

« Entretanto, a cura póde sobrevir em certos casos por uma medicação intelligente e activa. Os revulsivos externos, as fricções estimulantes, os sinapismos, vesicatorios, etc, parecem mais efficazes do que os outros meios.

« A reacção suprime as secreções anoma-las, restabelece a circulação e a respiração, não deixando afinal aos doentes senão um estado de fraqueza paralytica, mais ou menos notavel, e mais ou menos prolongado tambem.

Este periodo de reacção, quando sobrevem constitúe o terceiro periodo da molestia. Ella póde tornar-se depois chronica, sem deixar de ser grave por si mesmo ou por diversas complicações.

« A terminação, mais frequente pela morte do que pela cura, sobrevem ora depois de recahidas, ora se opera por crises favoraveis.

« A anatomia pathologica demonstra sobretudo um engorgitamento notavel das regiões inguino-crurales; uma fluidez do sangue ve-

noso offerecendo ao ar um aspecto gelatiniforme, uma hypertrophia da pelle das pernas, a infiltração do tecido cellular sub-aponevrotico e das membranas serosas, com derrame nas cavidades splanchnicas do craneo, do rachis, do peito e do ventre ».

Em seu relatorio, o Sr. barão Larrey, impressionado pelas similhanças que apresentam esta descripção e o quadro que tinhamos traçado do Beriberi em nossa memoria, não hesitou em perguntar a si mesmo se o Beriberi da India e a molestia, observada nas Antilhas, chamada *dos engenhos*, não eram uma unica e mesma affecção.

Ultimamente achamos no *Siglo Medico* (n.º de 28 de Abril de 1867) a analyse de uma noticia extensa que o Dr. J. F. da Silva Lima, medico do Hospital da Caridade da Bahia, publicou no jornal de medicina d'esta localidade sobre uma molestia que reina ali de um modo epidemico, e que é caracterizada por *paralysis, edema e fraqueza geral*. Eis a traducção do artigo que extrahimos do *Siglo Medico*.

« Só ha alguns annos é que se dá attenção a esta molestia que não reinava anteriormente ou passava desappercebida. Ella parece ter tomado recentemente um grande desenvolvimento porque este medico e muitos dos seus collegas tem visto numerosos casos cuja terminação tem sido funesta.

Muitas observações minuciosas tem sido recolhidas com cuidado com o fim de chegar a chamar a attenção dos praticos da provincia da Bahia e das outras partes do Brazil sobre esta entidade morbida novamente estudada.

« Esta molestia não se manifesta sempre de um modo uniforme, e os symptomas mais salientes não são os mesmos em todos os casos. Com effeito, em uns é a paralysis que predomina, em outros é a anasarca. Por isso o Dr. Silva admite tres formas principaes: uma que é caracterizada pela paralysis; outra pelo edema; e a terceira que se poderia chamar mixta offerece estes dois phenomenos morbidos em um gráo quasi igual d'intensidade.

« Na primeira forma ou forma paralytica a molestia começa por um máo estar indefinivel, um sentimento de fraqueza geral e de inaptidão para qualquer exercicio; em alguns casos o appetite diminúe e ha uma sensação de plenitude no epigastrio; sobreveem dores vagas nos membros inferiores que se assemelham ás dores do rheumastimo muscular; em breve as extremidades inferiores ficam entorpecidas e a sensibilidade cutanea obtusa. Depois de certo numero de dias, segundo a

rapidez da marcha da molestia, os membros vacillam sob o peso do corpo; acontece ás vezes que o doente abusando do gráo de suas forças, cabe quando procura caminhar, até que por fim renuncia ao movimento, não se passa muito tempo sem que a paralyisia se mostre completamente. As vezes os membros superiores se paralisam mais ou menos; ficam a principio como que entorpecidos; depois um ou muitos dedos, algumas vezes todos, são séde de formigamentos; a abolição do sentido do tacto faz com que os doentes não possam se servir da mão, nem para comer, nem para segurar os objectos. A compressão exercida sobre os musculos paralyisados é muito dolorosa. Ao mesmo tempo que estes symptomas se manifestam, ou pouco depois, o doente sente no tronco uma constrictão forte, como se estivesse prêso em um circulo de ferro, primeiro em torno da base do peito e successivamente até abaixo das axillas. No epigastrio sobrevem uma sensação de plenitude e de pressão, como se houvesse ahí uma barra de ferro, na expressão dos doentes. A medida que estes phenomenos apparecem, a dyspnéa se torna cada vez mais dolorosa; *um certo gráo de edema se manifesta nas extremidades inferiores*; os tegumentos ficam pallidos e ligeiramente cyanosados; a anciedade respiratoria augmenta; habitualmente se observam então movimentos convulsivos parciaes nas massas musculares; ligeiros movimentos choreicos nos braços e nas mãos, raras vezes nos membros inferiores. O pulso se accelera e enfraquece, a urina diminúe e toma uma cor de café; apparecem suores frios, viscosos, e a morte sobrevem por asphyxia.

« Na segunda forma, chamada edematosa, os primeiros symptomas que chamam a attenção do medico, são a difficuldade de respirar e o augmento de volume das pernas que são ao mesmo tempo séde das dores rheumatoides; existe um sentimento de peso nos pés, uma canseira geral que se manifesta sobretudo quando se tem de subir uma escada ou uma ladeira. A compressão dos musculos gemeos é mais ou menos dolorosa. Um pouco mais tarde, a fadiga augmenta ao menor exercicio muscular; o doente se assusta, e difficilmente se deixa tranquilisar. O edema que é duro, resistente, a principio circumscripto, se estende ás pernas, á face, ao tronco e aos braços; á medida que elle augmenta, a difficuldade de mover os membros e de respirar augmenta gradualmente; as urinas são raras, a pelle se descóra no começo e depois torna-se livida e fria; os

pulmões se congestionam, o figado augmenta de volume e se mostra doloroso á pressão; e d'esta forma a morte vem tambem por asphyxia, por congestão visceral, e ás vezes tambem como o Dr. Silva verificou em duas autopsias, por embolia da arteria pulmonar.

« Na terceira forma, chamada mixta, a molestia se manifesta quer pela paralyisia das extremidades inferiores, quer pelo edema sem paralyisia, quer pelos dois phenomenos morbidos ao mesmo tempo. Depois esta dupla serie de symptomas vão crescendo parallelamente ou desigualmente e então a forma se appproxima mais ou menos de uma das duas precedentes. A asphyxia de ordinario põe o fim a esta especie de anciedade. »

« Esta molestia se prolonga geralmente muitos mezes, apresentando em seu curso diversas vicissitudes. A morte é sua terminação ordinaria. »

Comparando attentamente as descripções do Beriberi, recentemente publicadas pelos observadores que teem tido occasião de encontrar esta affecção particularmente nos Indios (5), e as que acabamos de reproduzir da molestia chamada *dos engenhos* nas Antilhas, e da molestia estudada na Bahia pelo Dr. Silva, não se pôde deixar de reconhecer, de ambos os lados, uma notavel analogia, senão uma identidade completa nos phenomenos principaes. O predominio dos accidentes paralyticos, em certos casos, não poderia ser motivo para repellir, *a priori*, esta afinidade legitima. Nós a achamos assigualada nos trabalhos dos medicos hollandezes e inglezes, e o Dr. Silva mesmo foi levado a estabelecer uma forma mixta na qual a paralyisia caminha a par com os phenomenos de hydropesia. Nós nos limitaremos por hoje, n'esta nota, a submeter estes documentos a nossos collegas, até que retomemos com mais desenvolvimento esta interessante, mas difficil questão de pathologia exotica, que nos esforçamos por elucidar.

A. LE ROY DE MERICOURT.

(Archives de Médecine Navale.)

VARIÉDADES.

Arcusa do Professor Græfe. A proposito da noticia que publicaram alguns periodicos de que o governo francez offerecêra ao celebre ophthalmologista de Berlim, o Dr. Græfe,

(5) Vid. o artigo *Beriberi* de Julio Rochard no *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1866, tomo 4.º, pag. 772 e *Beriberi* no *Guide du médecin praticien* de Valleix, 5.ª edição, Paris, 1866, t. 1.º, p. 563.

uma cadeira de ophtalmologia na Faculdade de Medicina de Paris, e que este a recusara, occorreo-nos á lembrança uma recusa semelhante do grande Hypocrates ao Rei Artaxerxes, que o convidava com as mais lisongeiras promessas para ir exercer a medicina em sua Côrte.

Não obstante acreditarmos que o Dr. Graefe não tem acerca da França a mesma opinião que Hypocrates fazia da Persia, achamos muita paridade entre os dois factos pela independencia e magnanimidade que revelaram os dois medicos rejeitando as honras que lhes offerencia o estrangeiro

Transcrevemos aqui integralmente da *Luz da Medicina* pelo Dr. Francisco Morato Roma, (Medico da Camara de S. Magestade, do Santo Officio da Inq., Cavalheiro professo da Ordem de Christo em Lisboa, 1672.) a correspondencia havida entre Hypocrates e o Rei da Persia por intermedio do Prefeito de Hellesponto.

Carta que El-Rei Artaxerxes escreveu ao Prefeito do Hellesponto, para persuadir a Hypocrates quizesse ir para sua Côrte.

Rex Regum magnus, Hystanidi, Hellesponti Præfecto.

Hypocratis medici Cui, ab Æsculapio originem ducentis, gloria Artis etiam ad me pervenit. Dato igitur ipsi auri quantum voluerit, & reliqua ab eunde quibus opus habet & ipsum ad nos mittito. Nam optimatibus Persarum æqualis erit, & si quis alius bonus vir est in Europa, eum domus Regiæ amicum facito, & nihil divitiis pareens, viros enim invenire, qui consilio præstent non est facile. Vale.

Carta do Prefeito do Hellesponto para Hypocrates. Magnus Hellesponti Præfectus Hypocrati ex Asclepiadis prognato gaudium.

Magnus Rex Artaxerxes te opus habet et misit ad nos Præfectos jubens tibi argentum et aurum & reliqua quibus opus habes & quæcumque voles dare. te brevi ad se mittere. Fore enim te optimatibus Persarum æqualem. Tu itaque cito adsis. Vale.

Resposta d'Hypocrates.

Hypocrates Medicus Hystanadi Hellesponti Præfecto gaudium.

Ad Epistolam quam misisti, a Rege venisse adferens, mitte Regi, quæ dico, quam celerri-

me scribens: quo & victu & vestitu & domo & omni ad vitam sufficienti opulentia fruimur. Persarum autem divitiis uti, fas mihi non est; neque barbaros homines a morbis liberare qui hostes sunt Græcorum.

Operação arrojada. O *Medical Times & Gazette* refere assim um caso de extirpação do baço pelo professor Kœberlé:

« O professor Kœberlé, de Strasburgo, é sem duvida um dos cirurgiões mais temerarios da França. A seus numerosos casos de ovariotomia e a diversos casos de extirpação do utero inteiro, ajuntou agora um de extirpação de um baço hypertrophiado, pesando 6 kilogrammas e meia ou cerca de 13 libras (te 16 onças). O paciente, de idade de 42 annos, estava completamente bom até o fim de 1864, quando começou a lhe apparecer uma tumefacção do abdomen, que continuou a augmentar e foi depois acompanhada de ascite. Era devida evidentemente a uma hyperthrophia do baço que em Setembro de 1867 tinha 45 centímetros d'extensão. Continuando a progredir o hyperthrophia, e sendo improficuos os remedios internos, foi determinada a operação. Fez-se a incisão da linha alva, na extensão de 30 centímetros, e a parte inferior do baço foi facilmente puxada para fóra. Os vasos, que estavam enormemente dilatados foram ligados em seis ou sete lugares e divididos entre as ligaduras. A arteria splenica igualava em volume a femoral, e a veia tinha 2 1/2 centímetros de diametro. A parte superior do baço se achava intimamente adherente ao diaphragma, e foi destacada com muita difficuldade.

Durante a operação perdeu-se nma quantidade de sangue consideravel, os pequenos vasos continuaram a gottejar abundantemente, o sangue se coagulava com muita difficuldade, e grande quantidade corria tambem da superficie das adhesões rotas. Esta hemorragia nunca foi definitivamente sustada, porque as ligaduras não podiam ser applicadas aos pequenos vasos situados profundamente. O doente que tinha sido operado de baixo da acção do chloroformio, nunca recobrou a consciencia, e succumbio exhausto pela hemorragia. O baço tinha 40 a 50 vezes o tamanho natural, mas em aspecto ou consistencia nada offerencia de anormal. »

« O Sr. Kœberlé, acrescenta o Med. Times, diz em verdade que sua operação deve ser considerada uma das mais ousadas na cirurgia, e parece não pouco orgulhoso com isso.

Transcrevemos este facto antes como uma admoestação, do que como um exemplo. »

A causa da osteomalacia. O Dr. Drivon, diz o *Medical Record*, depois de diferentes analyses, concluiu que na osteomalacia a causa do amolecimento é a presença nos ossos do acido lactico e dos lactatos, que obram como dissolventes dos phosphatos e carbonatos.

A ligadura da arteria lingual. O Sr. Demarquay, segundo lemos no *British Medical Journal*, ligou oito vezes a arteria lingual, e recommenda esta ligadura como um preliminar indispensavel para a remoção dos tumores situados nas partes profundas da lingua, afim de evitar a hemorragia. « Tres vezes ligou ambas as arterias linguaes afim de conseguir a atrophia de tumores cancerosos da lingua, e prolongar a vida dos pacientes; e sempre com vantagem. O melhor processo é o de Blandin Bedard, que, segundo o Sr. Demarquay, foi o primeiro que propoz a ligadura da arteria lingual; mas Harvey predisse os usos cirurgicos das ligaduras de arterias no tratamento dos tumores. »

« O Sr. Mirault (d'Angiers) foi o primeiro em França que ligou a arteria lingual; depois Flaubert, Roux e Maisonneuve; Liston e Moore na Inglaterra; e finalmente o Sr. Demarquay que apresentou recentemente uma memoria sobre este ponto.

Proporção entre os nascimentos e obitos em todo o mundo. Segundo diz o *Lancet*, pelas estatisticas se tem chegado ao calculo de que a população do mundo sobe de mil e duzentos a mil e trezentos milhões de pessoas, e que o numero de mortes em cada anno é de trinta e dois milhões. Por este calculo as mortes seriam quasi 88,000 em cada dia; ou 3,600 por hora, ou 60 por minuto; e assim cada segundo leva á eternidade uma vida humana de uma qualquer das partes do mundo. Porem, a reprodução mostra seu poder superior; porque calculando os nascimentos annuaes provaveis sobre o globo, chega-se a um resultado que

mostra que enquanto morrem 60 pessoas por minuto, nascem 70 creanças, e assim a população vai se augmentando. »

NOTICIARIO.

Cholera-morbus.—Continúa a grassar este flagello no exercito e em Corrientes, e na esquadra tem havido ainda casos, especialmente nas praças recém-chegadas.

Em Buenos-Ayres a cholera tem diminuido, mas tem se extendido em grande escala para o interior, tendo ja penetrado nas fileiras dos revolucionarios.

Em Montevidéo tem apparecido tambem muitos casos. Em uma correspondencia d'esta cidade para o *Diario do Rio de Janeiro* lê-se o seguinte:

« Poucas são as ruas que não tem sido visitadas por este terrivel flagello. »

« A mortalidade no dia 13 attingio o algarismo de 70, sendo a maior parte de cholera. »

Entretanto, quando todos sabem que estes logares se acham infeccionados pela cholera, quando os jornaes annunciam assim diariamente que o perigo está inminente sobre nós, só as authoridades parecem dormir o somno da indiferença!

Para fundamentar esta asserção basta transcrever o seguinte artigo do *Jornal da Bahia* de 28 do corrente:

« Não ha quem não saiba os dolorosos e enormes estragos, que este fatal flagello está causando em Buenos-Ayres; a mortalidade tem por vezes attingido n'aquella cidade proporções desanimadoras: o vapor *inglez Cordova* que se acha fundeado em nosso porto, de lá partio, e tal era o terror que grassava em ambas as margens do Prata, que em Montevidéo as authoridades não consentiram que elle communicasse á terra; pois bem, aqui entrou e aqui está sem ter-se-lhe posto o menor embaraço, não obstante ter trazido carta suja, e correr a noticia ja anteriormente de que no Rio de Janeiro tinha apparecido um caso sporadico de cholera.

« Nenhuma precaução se tomou, permittio-se ao navio a livre pratica.

« Em 1835 a cholera invadio-nos trazida por um navio que aqui entrou: fazem 13 annos a 21 de Julho: já esqueceo-se, não se aproveitou a lição, deixou-se a população exposta a ser victima d'essa medonha molestia.

« Este procedimento mostra o muito zelo que tem o governo pela saúde publica.

« Talvez aqui se não acredite nas quarentenas, quando em toda parte tem se reconhecido ultimamente serem ellas até certo ponto uteis e efficazes.

« Ha poucos dias foi S. Ex.^a á Bom Despacho tratar de lazareto: dar-se ha o caso, que pretenda collocar os cholericos n'aquella ilha, na porta do reconcavo, quando tem no morro de S. Paulo uma fazenda comprada para tal fim em 1856 ou 1857? »

O *Jornal da Bahia* tem razão; estas censuras cabem inteiras ás authoridades competentes, ás quaes ha muito a imprensa uedica e diaria reclamam as providen-

eias necessarias, e estas, depois de tantas instancias, não tem passado de *trocãs de officios!*

Referem-nos ainda um facto mais tristemente comprobatorio do desprezo das medidas hygienicas entre nós, e para elle chamamos a attenção da Inspecção de Saude do Porto. Consta-nos que entrou ha dias e se acha em nosso porto a barca hamburgueza *Victoria*, vinda de Santa Catharina, e que aqui como lá foi admittida a livre pratica, não obstante terem fallecido a seu bordo cerca de 50 colonos de cholera morbus!

Ha tres annos que a cholera nos ameaça; por diversas vezes nos tem batido a porta, o só a Providencia nos tem preservado d'ella, porque, compezar o dizemos, os vigias dormem, e o nosso porto tem sido franqueado ao terrivel contagio, não por convicção, não porque a sciencia não tenha sancionado as quarentenas, e sim, (verdade lamentavel!) por delexio!

Santa-Casa da Misericordia do Rio de Janeiro.—Do *Jornal do Commercio* trancrevemos o seguinte excerpto do relatório do gabinete estatístico medico-cirurgico do hospital geral da Santa Casa da Misericordia e enfermarias publicas, do quinquennio compromissal de 1 de Julho de 1861 a 30 de Junho de 1866, apresentado ao Sr. Provedor Conselheiro Zacarias de Góes Vasconcellos, pelo Dr. Luiz da Silva Brandão, director do gabinete estatístico:

« Tratarão-se durante o quinquennio decorrido de 1 de Julho de 1861 a 30 de Junho de 1866, 61,437 doentes, dos quaes 51,321 obtiverão alta curados, e 8,963 succumbirão, ficando em tratamento no dia 30 de Junho de 1866 1,153; estes ultimos, porém, não figurão na presente estatística, porque não se achando todas as papellias com os seus competentes diagnosticos, por não ser isso possível, delles tratarei no futuro relatório.

• Dos 60,231 doentes tratados, 51,699 erão do sexo masculino, e 8,533 do sexo feminino.

• Na secção medica tratarão-se 42,141 doentes, dos quaes 16,281 do sexo masculino e 1,862 do feminino.

• Dos 51,321 doentes que obtiverão alta erão 45,426 do sexo masculino e 5,895 do sexo feminino, sendo da secção medica 34,167, dos quaes 29,922 do sexo masculino e 4,245 do feminino; da secção cirurgica 17,154 dos quaes 15,504 do sexo masculino e 1,650 do feminino.

• Fallecerão 8,963, sendo 6,273 do sexo masculino e 2,690 do feminino; da secção medica fallecerão 7,974, dos quaes 5,496 do sexo masculino e 2,478 do feminino; da secção cirurgica 989, dos quaes 777 do sexo masculino e 212 do feminino.

• Dos 60,284 doentes tratados e que figurão nos mappas annexos, 51,313 pertencem ao hospital geral da Misericordia, e 8,971 a enfermaria publica de Nossa Senhora da Saude, dos quaes fallecerão 7,809 no hospital da Misericordia e 1,154 no da Saude.

• A mortalidade geral foi de 14,5 para 100. No sexo masculino a mortalidade foi de 8,2 e no feminino de 3,2 para 100.

« A mortalidade de 14,5 % parecerá muito elevada e desfavoravel aquelles que ignorão quaes as condições dos doentes que se recolhem ao Hospital, em que estado são elles recebidos, quantos dias de molestia já trouxeu, que influencias actuão sobre o organismo de taes individuos, mesmo depois de accommettidos pelas molestias.

« Attendendo-se que no numero dos fallecidos estão incluídos 369 doentes que entrarão moribundos, que morrerão logo depois de entrar 273, e nas primeiras 24 horas 420, e nas primeiras 48 horas 523; levando-se em linha de conta que raro é o individuo pobre que procura os recursos das enfermarias logo que se sente doente; que quando abandonão os seus trabalhos para tratarem-se, é quando já as molestias têm chegado a um adiantado grão de seu desenvolvimento, circumstancia que diminue as probabilidades da cura; apreciando-se devidamente a influencia que exerce na mortalidade a pratica seguida pelos senhores de escravos, que os remmettem para o hospital da santa casa da Misericordia logo que seus medicos declarão que os considerão irremediavelmente perdidos; dando-se a parte que lhe compete nos resultados da estatística a circumstancia de ser a grande maioria, se não a totalidade, dos doentes tratados no Hospital, individuos muito pobres, que vivem em luta perenne contra as principaes e mais indispensaveis regras hygienicas, a enormidade da porcentagem perde o valor que a primeira vista parece ter.

• Nem outras são as causas que augmentão o numero dos mortos; e a prova ahi temos nas numerosas curas obtidas em doentes que entrarão para as enfermarias em tempo competente, mesmo quando affectados de molestias gravissimas.

Rectificação. O excerpto que publicamos no ultimo numero,—sobre a molestia descripta com o nome de *ainhum*, observada nos Indios, pelo Dr. A. Collas, é extrahido dos *Archives de Médecine Navale*, o que por esquecimento não foi declarado. Na segunda linha da primeira nota deve-se ler *ainhoum* e não *ainhum* como está escripto.

Sanguesugas para Londres.—Segundo diz o *Argus*, a exportação de sanguesugas da Australia para o mercado de Londres tem chegado a mui alta escala. Um annuncio de um jornal de Echuca convidava os negociantes d'aquelle genero a apresentarem suas propostas para o fornecimento de 300,000 sanguesugas em Novembro, 500,000 em Dezembro, e 500,000 em Janeiro.

Questão anthropologica.—Em um meeting internacional de anthropologistas, havido ultimamente em Paris, o diz Sr. Quatrefages, o *British Medical Journal*, um dos sabios mais eminentes da França, propôz a questão—se os primeiros habitantes da Europa foram brancos ou negros. « O Sr. Quatrefages pensa que os brancos precederam em toda parte os negros que descendem d'elle. O principal argumento que elle invoca em favor de sua opinião é o seguinte: Todos os viajantes que tem vivido em paizes onde só habita a raça negra, tem observado que nascem ahi algumas creanças de cor mais palida, menos distante do typo branco. Isto, diz o Sr. Quatrefages, pôde se explicar pela influencia dos antecessores brancos, cujo typo reaparece excepcionalmente entre os descendentes negros. Este reaparecimento do typo antepassado é o que se chama atavismo; e, como as creanças negras nunca apparecem entre as raças brancas, deve-se inferir que os negros descendem dos brancos, e os brancos não descendem dos negros. »

Ha electricidade animal?—A esta pergunta que pareceria escusada depois das experiencias e observações de muitos electro-physiologistas, e especialmente de Matteucci, Dubois Reymond, Remak e Raddliffe, o Sr. Schultz-Schultzenstein responde negativamente. Este physiologista crê que as indicações electricas attribui-

das por aquelles experimentadores ás acções vitas dos tecidos, são simplesmente devidas ao sal e a agua empregadas em suas experiencias. Suas conclusões escriptas no *Popular Science Review* pretendem mostrar dogmaticamente que a *electricidade animal é uma illusão*:

1.ª A supposição de que o musculo vivo produz electricidade é incorrecta. Se forem introduzidas agulhas na pata de um animal vivo, e postas em comunicação com um galvanometro, nenhum desvio se produzirá n'agulha d'este.

2.ª Os musculos removidos do corpo dão signal de electricidade, mas é por causa da combinação do tecido que se decompõe, com o oxygenio do ar.

3.ª A agua salgada produz decididamente um desvio n'agulha do galvanometro. Isto explica porque a carne, como a do porco, que é salgada, dá signal de electricidade.

4.ª A supposta corrente electrica do musculo humano é causada pela agua salgada em contacto com o tecido.

5.ª Nos tecidos morbidos a corrente electrica se deriva da decomposição dos tecidos.

6.ª A electricidade das secreções se produz semelhantemente.

Influencia do calor sobre a contracção muscular.—O *British Med. Journal* noticia que o Sr. Chmoutevich apresentou á Academia Franceza uma nota importante em que mostra que o calor tem muito maior acção sobre a determinação da contracção muscular, do que geralmente se suppõe. O author fez suas experiencias sobre os gastrocnemios das rãs, e suas conclusões são as seguintes.

1.ª A força mecnica do musculo augmenta de trinta a trinta e tres grãos (centigrados) segundo seu comprimento e tensão.

2.ª Se a temperatura for elevada acima de trinta e tres grãos, a força do musculo diminue, até que, tornando-se a temperatura mais alta, chega um ponto que se póde chamar o zero de acção.

3.ª Experimentando com dois musculos, em iguaes condições, excepto de temperatura, acha-se que o que é submettido a uma temperatura mais alta perde seu poder de contracção mais rapidamente do que o outro.

4.ª O trabalho total de um musculo (representado pelo peso que elle póde sustentar) é sempre maior na temperatura baixa do que n'alta.

5.ª A explicação do augmento do trabalho mechanico durante a elevação da temperatura se acha no facto de que a elasticidade do musculo augmenta com a temperatura.

Ainda um novo processo para conservação de peças anatomicas.—Além do processo do Professor Brunetti de que já demos noticia, cuja publicação foi tão brilhantemente applaudida no Congresso Internacional, e cujas provas authenticas foram apresentadas na Exposição Universal, excitando até o enthusiasmo dos profissionais, um novo processo, do Sr. Von Vetter, acaba de ser publicado. Ajunta-se a 7 partes de glicerina a 22ª uma parte de assucar trigueiro novo e meia parte de nitro, até que se forme um ligeiro deposito no fundo do vaso. Mergulha-se então a peça que se deseja conservar, e deixa-se n'esta mistura por um tempo proporcionado a suas dimensões; uma mão, por exemplo, poderia ficar oito dias no liquido. Quando é tirada a peça, está rigida como um pedaço de madeira, mas se for suspensa em um lugar quente e secco, os musculos e articulações recuperam sua molleza.

Baletim bibliographico.

H. Beaunis et A. Bouchard.—Nouveaux elements d'anatomie descriptive, et d'embryologie. 1 vol. in 8.º de 1050 pag. com 104 figuras intercaladas no texto, Paris, 1868.

Boussu (Dr. Antonin).—Nouveaux compendium medical à l'usage des medecins praticiens. 2.º edition, Paris, 1867.

Dr. V. de Saboia.—Lições de clinica cirurgica. Rio de Janeiro, 1866.

Chambers (Thomas King).—The indigestions; or diseases of the digestive organs functionally treated. London, 1867.

Wilson Fox.—On the diagnosis and treatment of the varieties of dyspepsia, considered in relation to the pathological origin of the different forms of indigestion. London, 1867.

Villemain.—Etudes sur la tuberculose.

Dupont (de Monteux).—Testament Medical.

Castorani.—Memoire sur le traitement des taches de la cornée

Pavy.—A treatise on the function of digestion: its disorders and their treatment. London, 1867.

Cazin.—Traité pratique et raisonné des Plantes medicinales indigenes. 1 vol. in 8.º de 1100 pag., com um atlas de 200 plantas. Paris, 1858.

Byford.—The practice of Medicine and Surgery applied to the diseases and accidents incident to Women. Second edition enlarged. Philadelphia, 1867.

Germain Sée.—Leçons de pathologie experimentale. 2.ª impressão. Paris, 1867.

Demarquay.—De la glycerine, de ses applications à la médecine et à la chirurgie. 3.ª edição.

Fano.—Traité pratique des maladies des yeux. 2 vol. in 8.º, Paris.

Le Roy d'Etiolles fils.—Traité pratique de la gravelle et des calculs de la vessie. 1 vol. in 8.º, Paris.

Henry Hartshorne.—Essentials of Principles and Practice of medicine. A Handy-book for students and practitioners. Philadelphia, 1867.

Austin Flint.—The physiology of Man: designed to represent the existing state of physiological science as applied to the functions of the human body. New-York, 1867.