

SUMMARIO.

I. CIRURGIA.—I. Apontamentos sobre molestias das vias urinarias. Pelo Dr. Alexandre Paterson II. Considerações sobre os calculos da prostata. Por J. R. de Souza Uchôa. II. RESENHA THERAPEUTICA.—I. A etherisação local nos vomitos incoercíveis. II. Emprego hypodermico do centelo contra as hemorrhagias post-partum. III. Um antidoto simples do cyanureto de potássio. IV. O opio como antidoto da belladona. V. Tratamento da pneumonia pela ipecacuanha em alta dose. VI. O chloral e suas virtudes therapeuticas VII. O per-

chlorureto de ferro no tratamento do rheumatismo. VIII. EXCERPTOS DA IMPRENSA MEDICA.—Diagnose da syphilis cerebral. Dissertação inaugural apresentada á Faculdade de Medecina da Universidade de Zurich por Frederic Hess. IV. NOTICIARIO.—I. As paralytias no Maranhão. II. As anginas agudas ou graves e os caracteres sphygmographicos do pulso. IV. Nova base para a classificação medico-legal dos ferimentos. V. Insalubridade dos fogões de ferro fundido ou batido.

CIRURGIA.

APONTAMENTOS SOBRE MOLESTIAS DAS VIAS URINARIAS.

Pelo Dr. Alexandre Paterson.

(Conclusão da pagina 161.)

Retenção d'urina. A retenção d'urina pode ser *completa* ou *parcial*. *completa* quando não sae urina alguma, e *parcial* quando ella sae continua e lentamente; pode cahir apenas por gottas; é, de facto, mais um estado d'incontinencia do que de retenção para o operador superficial, mas a sahida constante da urina por gottas deve logo trazer-nos a suspeita, visto ser um symptoma muito mais frequente de retenção do que de incontinencia, a qual, em verdade, raras vezes se encontra. Esta apparente incontinencia é produzida pela excessiva distensão da bexiga, de onde, por assim dizer, transborda a urina.

A retenção pode ser resultado de aperto da uretra, ou de hypertrophia da prostata. A dôr que occasiona a retenção d'urina é extrema, e alem d'isso, acompanhada de grande anciedade d'espírito; quanto mais vehementes ellas são, tanto maior será o allivio experimentado pelo doente que se vê livre d'ellas, e, por consequencia, a sua gratidão para com o operador; e por isso importa muito ao cirurgião saber o melhor modo de acudir ao seu doente.

Retenção devida a inflammação blenorrhagica.—Como reconhecer estes casos? Occorrem geralmente em individuos moços, que soffrem ao mesmo tempo de blenorrhagia. O corrimento, em geral, cessa quasi de todo; o penis torna-se quente e dorido á pressão, e os labios do meato urinario tumidos e inflammados; o doente, de ordinario, dobra-se para evitar a pressão dos musculos abdominaes sobre a bexiga; está inquieto, respira curta e apressadamente, e queixa-se muito de dor intensa na parte inferior do abdomen e no perineu; a prostata pode sentir-se atravez do perineu ou do recto, augmentada em volume e dorida, e muitas vezes ha mais ou menos febre.

Para remediar este estado de cousas, man-

de-se assentar o doente em um banho quente (102.º a 104.º F.) e dê-se-lhe opio tanto pelo estomago como pelo recto, e conserve-se no banho n'aquella temperatura por 20 a 30 minutos, o qual deve ser seguido da applicação continua de flanela ao perineu e á parte inferior do ventre, ao que se pode juntar com proveito alguma preparação opiada. Mas se ao cabo de uma hora o doente não sente allivio, deve-se introduzir na bexiga um catheter de gomma elastica n.º 6, sem o estylete, com a ponta bem virada para cima, de modo que passe promptamente sobre a prostata hypertrophada; e se este não poder passar tente-se introduzir um de prata, de igual numero.

Muitos cirurgiões reprovam o emprego do catheter n'estas circumstancias pelo damno que se pode causar na uretra dorida e inflamada; mas, havendo cuidado, nenhum damno se deve occasionar, e quando algum possa occorrer de leve, com este expediente, é incomparavelmente menor do que aquelle que a distensão prolongada da bexiga pode produzir, como seja abolir ou diminuir permanentemente a força contractil do orgão, ou, em outros termos, *atonia da bexiga*, estado que pode durar por annos, e até por toda a vida, mal se podendo imaginar que possa haver outro mais afflictivo.

Nada se conseguindo com o catheter recorra-se á administração de chloroformio, porque, algumas vezes, estando o doente completamente anesthesiado, corre a urina, e mesmo não se conseguindo este resultado, diminue-se consideravelmente a difficuldade de passar o catheter, annullando-se de todo as dôres. Mas se acaso ainda assim nada se poder obter deve-se pôr em pratica um dos seguintes expedientes:

- 1.º Forçar com o catheter o obstaculo.
- 2.º Abrir a uretra adeante ou atraz da obstrucção.
- 3.º Puncionar a bexiga, o que se pode fazer pelo recto, pelo perineu, acima do pubis, e atravez do pubis.

Destes differentes methodos deve o operador praticar o de sua preferencia; tão variados são os modos de pensar dos cirurgiões sobre este ponto, que nem o espaço, nem o assumpto d'estes apontamentos me permite discutil-os aqui. O supra-mencionado tratamento é igualmente applicavel á *retenção por aperto uretral*, que se distingue por occorrer geralmente em homens idosos; os soffrimentos são menos agudos, sobrevieram mais gradualmente, e o paciente soffreu, por dias ou semanas, difficuldades de urinar, e provavelmente só terá tido allivio com a sahida lenta e constante da urina por gottas.

Se a retenção é devida á hypertrophia da prostata, convem combatel-a com o emprego de um catheter prostatico, ou algum outro curvado e introduzido como deixei dito em um dos precedentes artigos. Para a hypertrophia não ha cura a esperar.

Extravasação d'urina, e fistulas urinarias.
—A extravasação d'urina procede, algumas vezes, de se ter rompido a uretra em algum ponto posterior á sede do aperto. Quando ella existe deve-se praticar incisões para dar sahida á urina.

Deve-se fazer uma incisão larga e profunda de cada lado de penis. D'estas incisões corre geralmente sangue abundante, e se este parecer vir de algum vaso convem ligal-o immediatamente.

As fistulas urinarias podem resultar da extravasação, porém mais frequentes vezes são occasionadas por antigos apertos da uretra, não tratados convenientemente. Forma-se um abcesso, e aberto este fica uma fistula. Podem formar-se muitas em vez de uma só.

As fistulas podem ser *simples*, ou *endurecidas* quando ha espessamento e rizeza das margens, ou *acompanhadas de perda de substancia*. Para a fistula simples varios meios de tratamento hão sido de tempos em tempos empregados, taes como queimal-as com causticos, ferro candente, galvano-caustico, etc.; conservar um catheter na bexiga por semanas ou mezes; mas todos estes modos de tratamento, teem, creio eu, cedido agora o logar a uma cura mais simples e mais segura, que é—nunca permittir ao doente verter a urina pela via natural por um periodo mais ou menos longo, até que se fechem as fistulas. Consegue-se isto ensinando o doente a introduzir em si mesmo um catheter n.º 7 ou 8, devendo urinar por elle *sempre*, empregando-o immediatamente antes de ir á banca, para evitar que escape alguma urina no acto da defecação.

Por este simples processo chega-se a curar

todas as fistulas simples; mas é necessaria, bem entendido, a previa dilatação do aperto.

Nas *fistulas endurecidas* será tambem sufficiente, em geral, o precedente methodo, mas importa verificar se o seu orificio externo está bastante largo para evitar qualquer demora da urina em seu trajecto ao longo da fistula, ou se poderá necessitar a applicação de causticos, cantharidas etc. nas suas margens.

Para *fistulas com perda de substancia* é precisa alguma operação plastica, a qual poderá variar segundo as particularidades de cada caso individual, e que o espaço não me permite descrever aqui.

Taes são, em resumo, as molestias das vias urinarias que mais se encontram na pratica, e o seu tratamento.

São de necessidade breves e imperfeitas estas minhas observações, mas eu procurei chamar a attenção para os pontos mais importantes d'este assumpto, e espero que ellas não sejam tidas por improficuas por quem julgar que valham a pena da leitura.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CALCULOS DA PROSTATA.

Por J.-R. de Souza Leão.

As considerações em que vamos entrar são devidas ás lições e á clinica do Dr. Mallez, na qual nos foi permittido observar alguns casos de calculo da prostata. Segundo este cirurgião, a prostata é a glandula mais commummente affectada de calculos; sua disposição anatomica, seus productos de secreção, os canaes que a atravessam e a visummança da bexiga, explicam a frequencia das concreções prostaticas.

Ellas são differentes em composição, e origem, e seu estudo exige que o pratico se occupe igualmente de sua posição e de seu modo de formação.

Vindo da bexiga ou dos rins, os calculos podem introduzir-se no orificio urethro-vestical e collocar-se em torno do *verumontanum*, ahi formar um pequeno abcesso, uma excavação que crescerá da mesma maneira que a propria concreção, ou quando seu volume oppõe-se a sua passagem na porção prostatica da urethra, introduzem-se no collo por sua pequena extremidade: são os calculos chamados *vesico-prostaticos*. Os exemplos desta disposição não são raros; no gabinete d'aquelle cirurgião existe um caso notavel, que foi reproduzido pela *chromo-lithographia* para ser publicado em seu tratado de pathologia do aparelho urinario, e ainda ha pouco tempo este cirurgião communicou á sociedade de medicina pratica, uma observação que lhe foi dirigida pelo Dr. Van Steen Kiste, de Bruger, na qual o calculo que foi extrahido em um

homem de vinte e dois annos por meio de uma talha perineal, offerece particularmente esta disposição semi-vesical e semi-prostatica.

Na operação da talha, o calculo esmaga-se algumas vezes no tira-pedra (*tenette*), quer em totalidade, quer por uma simples exfoliação, e os fragmentos param na prostata, e ahí ficam, oppondo-se á cicatrização da ferida, entretendo trajectos fistulosos, e tornando-se mais tarde os nucleos de um calculo prostatico. Estes calculos são de origem estranha á glandula, porem existem outros que se desenvolvem em seus proprios elementos e cuja presença é difficilmente verificada durante a vida do doente. Queremos fallar dos calculos chamados grãos de tabaco, descriptos por Morgagni, dos quaes a prostata é algumas vezes infiltrada. Elles são de forma polyedrica, angulas arredados; seu volume não excede um millimetro de diametro; a côr é amarella e sob o microscopio, vistos por transparencia, offerecem uma côr avermelhada de hematoïdina. São formados por camadas concentricas em torno de um nucleo mais denso e exfoliam-se e esmagam-se pela pressão. Wollaston os descreve como tendo por base o phosphato de cal e Wirchow como formados de uma substancia proteica insolúvel; Meckel e Heusbach julgam que são precipitados de productos de secreção.

Ao lado destes pequenos calculos, devemos classificar os phlebolithos ou concreções venozas que se acham algumas vezes na prostata, outras vezes nas veias periprostaticas.

Porem todas estas produções, encerradas na glandula a tal ponto que M. Sappey as considera como formando no maior numero dos casos um dos elementos de hypertrophia prostatica, não tomam senão excepcionalmente um volume consideravel e são raras vezes o ponto de partida de inflammação e de supuração deste orgão.

As concreções, que veem da bexiga ou do rin, introduzem-se na porção prostatica, ahí ficam e começam por ser verdadeiros calculos da urethra em sua porção prostatica, e provocam por vezes o desaparecimento da glandula.

Estas concreções são umas vezes fragmentos da lithotricia, outras vezes grãos de areia.

Os fragmentos consecutivos a operação do esmagamento são facilmente verificados pelos desejos incessantes de urinar que elles determinam e a attenção do cirurgião e do doente é naturalmente despertada por estes symptomas. Não acontece o mesmo com as areias que descem dos rins e que param nas fendas lateraes do verumontanum,

Apenas em um certo numero de casos ellas determinam sua chegada neste ponto por alguns symptomas inflammatorios, cuja interpretação é dada muitas vezes a outras cauzas e que a observação despresa naturalmente, não sendo a existencia d'areia as mais das vezes verificada.

A extensibilidade da urethra em sua porção prostatica é mui limitada, porem a pressão prolongada não deixa de fazer penetrar na glandula a concreção lithica e ella pode adquerir com o tempo dimensões extraordinarias, quer enviando prolongamentos do lado da porção membranosa ou do lado da bexiga, quer destruindo completamente a prostata por um abcesso.

Um bello exemplo existe citado na obra de Crosse (*a treatise on the urinary calculus*), de um calculo pyriforme que fez uma excavação urethral repellindo a prostata.

Uma consequencia do modo de desenvolvimento destes calculos é que seu nucleo achase na face superior da urethra, e que a exploração é muitas vezes difficil pela sonda, dissimulados como elles ficam na excavação que criaram.

Não podem ser tocados senão por sua pequena extremidade, quando isso pode ter lugar, o que sempre não acontece, pois em certas occasiões elles são inteiramente envolvidos e não manifestam sua presença senão por symptomas obscuros e enganadores.

A affecção com a qual confunde-se as mais das vezes é com a tuberculização prostatica. Como ella, elles determinam abcessos que vem abrir-se na região perineal ou no recto; como ella, elles dão lugar a um escoamento purulento pela urethra, *blennorrhagia tuberculosa do Sr. Ricord*; como na tuberculização prostatica, emfim, as perturbações da micção não se acham em relação com os symptomas locais, e posto que a magrez, um estado cachetico, ajuntem-se aos symptomas locais, o espirito é levado naturalmente a crer em um deposito tuberculoso da glandula.

O toque praticado pelo recto, que se indica como fornecendo nestes casos dados certos, não os fornece sempre bem completos. Não se sente sempre pontos duros ao lado de pontos molles, como notam alguns authores, e é as mais das vezes uma superficie prostatica igual e unicamente um pouco indurecida que o dedo percorre.

O Sr. Civiale aconselhou o emprego de bugias emplasticas para poder-se obter uma marca reveladora da affecção; porem este methodo é quando muito applicavel aos calculos que não se acham senão na região prostatica, e bem

inutil para as concreções situadas abaixo da superfície do canal, as únicas cujo diagnostico offerece verdadeiramente grandes difficuldades.

Quanto á therapeutica que se deve instituir contra esta affecção; é praticar a talha prostática, unica operação racional, pois que ella permite extrahir as concreções e ao mesmo tempo dar sahida ás colleções purulentas, que existem.

RESENHA THERAPEUTICA.

A etherisação local nos vomitos incoerciveis. O Sr. Barillier refere na *Union med de la Gironde* um caso de vomitos incoerciveis n'um individuo affectado de dyspepsia flatulenta, que somente foram dominados pela pulverisação do ether no epigastrio por meio do aparelho de Richardson.

A belladonna, o bismutho, o chloroformio, o gèlo interna e externamente, e um vesicatorio na região epigastrica não conseguiram acalmar os vomitos biliosos, nem corrigir a constipação obstinada que affligia o doente. O Sr. Barillier recorre então á etherisação local, e durante quatro dias, trez vezes por dia, anesthesiou largamente a região do estomago, ao mesmo tempo que o doente tomava o gèlo internamente, e com isto os vomitos diminuíram logo de frequencia e cessaram no quarto dia.

Emprego hypodermico do centeio contra as hemorragias post-partum. Do *Medical Record* transcreve a *Tribune Medicale* o caso seguinte do Dr. Lente:

A Sr.^a E. D. deu á luz depois de um trabalho natural. Quasi immediatamente depois da extracção facil da placenta, produzio-se uma hemorragia abundante; em muito pouco tempo, pallidez extrema, pulso quasi insensivel, estado syncopal grave. Fricções do utero; excitação do collo; extracto de centeio de Squibb, meia oitava; gèlo na vagina; compressão parcial da aorta. O utero se contrahio primeiro, depois tornou-se de novo inerte. Então o doutor Lente injectou debaixo da pelle vinte e cinco gotas da solução de centeio. Em quatro ou cinco minutos houve já uma contracção mais tonica do utero; mas, no fim de treze minutos, ficando o orgão inerte, o auctor injectou cerca de 35 gotas da mesma solução. Nenhum outro effeito notavel se produzio senão a ausencia de nova hemorragia.

Em um caso semelhante, o Sr. Lente injectaria meia oitava, e repetiria a injectão tantas vezes quantas fossem necessarias, até o effeito completo.

Um antidoto simples do cynureto de potassio.

O Dr. Steams refere um caso bem interessante de envenenamento pelo cyanureto de potassio, em que em falta de outro meio, tendo somente á mão wiskei ou aguardente, encheu com ella o estomago por meio da bomba, com o fim de excitar o coração e provocar a eliminação rapida do veneno, e assim o envenenado curou-se.

O opio como antidoto da belladonna. O Dr. Macker refere na *Soc. med. du Haut-Rhin* uma observação feita em um menino de 12 annos que engolio de uma vez vinte pilulas de uma centigramma de belladonna que se lhe tinha prescripto contra a incontinencia d'urinas. O menino apresentou os symptomas d'envenenamento; delirio alegre e loquaz, physionomia muito movel; apyrexia, dilatação das pupillas. O Dr. Macker prescreveo-lhe uma poção com 18 gotas de laudano. O delirio continuou durante todo o dia; urinas e dejecções involuntarias; noite agitada. No dia seguinte pela manhã, mais delirio; pulso a 92. A mesma poção. No dia seguinte intelligencia clara; pupillas normaes. No quarto dia o menino voltou para a escola.

Tratamento da preumonia pela ipccacuanha em alta dose. No *Journal de med. et chir. pratiques*, o Dr. Chauffard preconisa este tratamento feito do seguinte modo: emprega a ipecacuanha em infusão feita com 5 a 8 grammas de pó da raiz, em 200 grammas d'agua fervendo, para ser tomada depois de fria, ás colheres de sopa, de hora em hora.

Esta medicação produz em um doente muitos vomitos, em outros dejecções intestinaes, e em outros ambas as coisas. O remedio não produz effeito quando é inteiramente tolerado. No 2.^o dia prosegue-se no mesmo tratamento, e no 3.^o e seguintes vai-se diminuindo de 1 a 2 grammas a quantidade da ipecacuanha, devendo suspender-se logo que o pulso mostre remissão e a temperatura tenha chegado ao nivel physiologico.

Na pneumonia ataxica o Dr. Chauffard recomenda o almiscar em alta dóse, nesta formula: Julepo gommoso, 425 grammas; Almiscar em pó, 2 grammas; Tinctura alcoolica d'almiscar, 50 gotas. Mandê e dê 1 colher de sopa de 2 em 2 horas.

O chloral e suas virtudes therapeuticas. O descobrimento d'este novo medicamento tem arrastado os entusiastas da novidade a experimentarem sua efficacia therapeutica em diferentes molestias e nas mais variadas circumstancias. Centenares d'ensaios clinicos tem apparecido no jornalismo medico, e muitos d'elles mostrando ás vezes resultados contradictorios.

Resumidamente vamos transcrever o que temos encontrado de mais importante acerca d'este medicamento.

Os Srs. Verga e Valsuani de Milão, concluem de suas experiencias que o chloral tem uma acção differente segundo a dose em que é administrado. Seria um incontestavel sedativo em fracas doses repetidas, e hypnotico em dose elevada, com enfraquecimento proporcional da actividade muscular e da sensibilidade. A inconstancia e a disproporção dos effeitos da mesma dose dependeriam do estado do systema nervoso. Assim, aconselham não administral-o, senão prudentemente, em doses graduadas, começando por uma gramma, afim de chegar mais seguramente á dose adequada á impressionalidade e á idiosyncrasia do individuo. Julgamos, ao contrario, que pela experiencia póde-se chegar a um termo medio razoavel, mais scientifico e mais certo, já fixo approximadamente, de 2 a 4 grammas, segundo a idade, a força e a impressionalidade dos doentes que se trata de acalmar ou adormecer.

(*Union Medicale*).

Na cirurgia o chloral tem sido empregado para substituir o chloroformio. O professor Nussbaum no hospital de Munich applicou-o em vinte casos, e não causou a anesthesia senão uma vez, em uma mulher de constituição debil; todos os outros só experimentaram uma simples embriaguez, mas segundo suas declarações, a dor causada pelas operações era menor do que na chloroformisação, e ás vezes até quasi nulla; somente um nos vinte casos não sentio dor alguma.

(*Moniteur scientifique*.)

Foi n'um caso de delirium tremens que o chloroformio foi pela primeira vez applicado, em Berlim. A vista do resultado d'esta primeira tentativa o Dr. Barnes em Liverpool começou a applical-o aos bebados em delirio mais ou menos agudo. Em dez individuos submettidos á medicação, na maior parte d'elles vantajosa, a dose foi de 60 grãos repetida duas ou tres vezes quando o doente não se despertava calmo e tranquillo. Em alguns casos porém foi preciso elevar a dose, que com tudo foi sem effeito em algum na dose de 4 grammas e 50 centigrammas, ao passo que 4 grammas de tinctura de digitalis, administradas logo depois, produziram uma sedação completa; em alguns casos bastaram 2 a 3 grammas, e em outros foram precisos até 5 e 6, os extremos da dosagem.

(*Lancet*.)

O Sr. Langenbeck curou com o hydrato de chloral o delirium tremens e o tetanos. O caso de delirium tremens foi n'uma mulher dada á embriaguez, que soffrera por uma carruagem

a fractura do braço. O accesso de delirio fôra tão violento e tornou-se necessario contel-a por uma gansola de força afim de conservar-se o aparelho applicado no braço. A morphina fôra impotente; o Dr. Laugenbeck deu 4 grammas d'hydrato de chloral internamente, e depois, em intervallos approximados, 2 grammas em 3 injeções hypodermicas. Um quarto d'hora depois, o delirio acalmou-se e a doente adormeceu com um somno tranquillo que durou até o dia seguinte. Na noite seguinte appareceu novo accesso; porém 2 grammas de hydrato de chloral a fizeram adormecer durante toda a noite, sem que reaparecesse mais o delirio.

N'um caso de tetanos traumatico, por uma ferida contusa da face, n'uma creança de 7 annos, o Sr. Langenbeck empregou, com o melhor resultado, o hydrato de chloral na dose de 2 grammas, introduzindo-o pela sonda esophagiana, por causa do impedimento que causava o trismus (*Berl, Klin. Vochenschr.*)

O Sr. Cerenville conseguiu tambem a calma e o somno em um caso de delirium tremens com a dose de uma gramma repetida duas vezes por dia. (*Soc. med. de la suisse Romande*.)

O Dr. de la Haarpe, em duas mulheres maniacas, muito agitadas e allucinadas que os banhos e opio não tinham podido acalmar, conseguiu o somno immediatamente, com 30 grãos de chloral em solução n'agua. (*Idem*.)

O Sr. Dr. Crawford colheu maravilhoso resultado n'uma mulher de 56 annos, maniacas por 14 annos, que por accessos agudos e intermittentes estava desde 5 semanas privada do somno. Tendo sido inefficazes o opio e a morphina em alta dose o Dr. Crawford deo o chloral na dose de 25 grãos em duas onças d'agua, por tres dias consecutivos, ao deitar-se. Na primeira noite a doente não dormia, mas o delirio foi acalmado. Na noite seguinte ella dormio quasi nove horas perfectamente tranquilla, e durante o dia pelo menos sete, com diversos intervallos. O mesmo aconteceu no terceiro dia, e então suspendeo-se o medicamento. O pulso que era no começo de 130, diminuiu logo, da mesma sorte que a temperatura, e no 3.º dia não estava a mais de 90. (*Medical Times*.)

O Dr. Alexander empregou-o tambem em uma recém-parida que soffria grande perturbação dos sentidos e allucinação, durante uma semana d'insomnia. Tendo falhado a applicação do bromureto de potassio e das injeções hypodermicas de morphina, o Dr. Alexander deo 40 grãos de chloral, e assim conseguiu immediatamente um somno calmo de doze horas que produziu uma melhora notavel das per-

turbações cerebraes. Para produzir a cura foi bastante continuar o uso em doses menores. (*Lancet.*)

Na choréa complicando uma prenhez empregou-o com feliz resultado o Dr. Russell no hospital geral de Birmingham. Era uma primipara de 24 annos, no quinto mez da prenhez, que desde o começo tinha movimentos choreicos, que sem cessar augmentavam não obstante altas doses de bromureto de potassio. Ao entrar no hospital os membros e o tronco estavam convulsos com uma violencia aterradora; difficilmente ella se conservava em pé, e dormia mal; tinha as pupillas contracteis e normalmente dilatadas, a deglutição facil, a intelligencia clara e uma impressionabilidade extrema.

10 a 15 grammas de chloral repetidas muitas vezes nas 24 horas produziram logo um somno pacifico, reparador, e uma diminuição notavel dos movimentos. A doente noude falar, comer e mostrar a lingua.

Dores uterinas fizeram cessar o remedio, e o opio dado em doses fraccionadas não produziu o somno, e foi só voltando ao uso do chloral que, tendo lugar o somno, os movimentos choreicos melhoraram e permittiram á mulher caminhar e sabir do hospital. (*Medical Times.*)

O Sr. Namias, de Veneza, o empregou em injeccões hypodermicas, na dose d'uma gramma em outro tanto d'agua distillada, contra uma nevralgia super-orbitaria, e diversos casos de rheumatismo muscular e de hyperesthesia thoracica nos phthysicos; seu effeito foi rapido e satisfactorio, contrariamente á generalidade dos experimentadores, que rejeitam este modo d'emprego.

Na dose de 8 a 10 grammas, administradas internamente, por fracções, nas vinte e quatro horas, durante muitos dias consecutivos, elle mostrou-se igualmente efficaç, sem acção sobre a circulação, nem sobre a frequencia do pulso. (*Union Médicale.*)

O Dr. Rémond experimentou-o tambem n'um hydrophobia rabica mas nem este medicamento introduzido pela sonda esophagiana na dose de 2 grammas, e em clysteres, nem as injeccões hypodermicas de chlorhydrato de morphina puderam salvar o doente. (*Revue photographique des hôpitaux.*)

O Sr. Hardy foi mais bem succedido n'um caso de nevralgia facial. Era uma senhora de 38 annos que tinha dores nevralgicas intermitentes n'um lado da face, que lhe appareciam ás 7 horas da manhan, augmentavam d'intensidade até as 4 horas da tarde, e depois diminuam, desaparecendo completamente só durante algumas horas da noite.

O sulphato de quinina, as injeccões hypodermicas de chlorhydrato de morphina não tinham conseguido o menor allivio.

O Sr. Hardy prescreveo então: julepo gommoso, 12 grammas; hydrato de chloral, 20 gotas. Para tomar uma colherada de 15 em 15 minutos. Começando ás 9 horas, ás 11 já as dores tinham cessado completamente.

No dia seguinte reapareceram um pouco mais tarde do que de ordinario. O Sr. Hardy prescreveo um julepo com 30 gotas de hydrato de chloral, que a doente tomou desde 10 e 1/2 horas até uma da tarde.

A nevralgia desapareceo e não voltou nos dias seguintes, sendo, porém, dado por precaução, o mesmo julepo nos dois dias consecutivos. (*Mouvement medical.*)

Em molestia inteiramente diversa foi applicado o chloral pelo Sr. Hayer que refere assim o seu caso:

« Como sabem os meus leitores considero a morphina como o melhor remedio contra o catarrho. Em lugar da morphina empreguei o hydrato de chloral que me administrava, de meia em meia hora, na dose de 3 decigrammas, e sua acção correspondeo á minha expectativa. Durante toda a duração da medicaçõ, observei uma diminuição do estado inflammatorio da mucosa, e a desaparição da irritaçõ que acompanha a tosse... Poder-se-hia, pois, ao menos n'estes casos, substituir vantajosamente a morphina pelo hydrato de chloral: entretanto, como o cheiro d'este remedio é particularmente desagradavel, haveria uma grande difficuldade em seu emprego para o tratamento das creanças. (*Pharmazeutesche centralhalle.*)

O perchlorureto de ferro no tratamento do rheumatismo. Sobre isto versou uma communicaçõ do conhecido pathologista inglez, o Sr. Russel Reynolds, á *British medical association*, reunida este anno em Leeds.

A tintura de perchlorureto de ferro da pharmacopea britanica foi administrada no rheumatismo agudo, a exemplo do que se faz com excellente exito em molestias taes como a erysipela e a angina diphtheroide, que são inflamações susceptiveis de se diffundirem. O resultado de 8 observações, de que constava a communicaçõ, mostrou-se muito favoravel. O Sr. Reynolds chamou a attenção sobre os seguintes pontos:—1.º O allivio das dores foi definitivo, uniforme e prompto.—2.º Com exclusão d'um caso fatal pelos symptomas cerebraes, e um outro que se complicou de pneumonia, a temperatura tornou-se normal entre o 2.º e o 7.º dias; de medo que a duração media da

febre andou por pouco menos de 5 dias e meio; com quanto em 4 casos a dor tivesse desaparecido desde o primeiro dia, e nunca continuasse além do 5.^o—3.^o Excluidos os dois casos excepcionaes já referidos, a total duração da doença oscillou entre 7 e 15 dias.—4.^o Quanto mais cedo era administrado o ferro, tanto mais prompto era tambem o allivio. Nem dor de cabeça, nem outro symptoma se lhe pôde attribuir.

Sobre tudo isto assentou uma discussão util. Não parece questionavel que o curso do rheumatismo ficou muito abreviado com este tratamento. Os casos porém são em pequeno numero para que possam fundamentar conclusão definitiva, especialmente na occasião em que se discutem os meritos de muitos outros recursos, e mesmo d'uma medicina tão expectante como é a administração da agua commum com uma pouca de hortelã pimenta. (*Esc. Medico.*)

EXCERPTOS DA IMPRENSA MEDICA.

DIAGNOSE DA SYPHILIS CEREBRAL

DISSERTAÇÃO INAUGURAL APRESENTADA Á FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE ZURICH POR FREDERICO HESS.

Traduzida do allemão.

Por João Felix Pereira.

Na Gazeta Medica de Lisboa.

I

Etiologia.

Importantissimo, embora não de absoluta necessidade para o diagnostico, é uma anamnese sobre syphilis, e na verdade não basta aqui a mera descripção de uma infecção, mas devem seguir-se-lhe phenomenos constitucionaes de certa intensidade, que mostrem que a syphilis se tornou geral; e os symptomas nervosos podem ser comprehendidos menos facilmente do que as meras complicações da syphilis. Tambem se deve ter em vista que os symptomas syphiliticos primitivos estão muitas vezes em desaccordo, sobretudo nos doentes do sexo feminino, porque ou foram subtraídos á observação, ou foram encarados como outra cousa, ou porque os doentes os querem negar. Os symptomas secundarios são mais vezes revelados pelos doentes. Mais raro é o caso inverso, por diferentes motivos simular a syphilis, onde não existe. Em geral, o cerebro só tardiamente é atacado, ás vezes só vinte a quarenta annos depois da infecção; em outros casos, pelo contrario, antes de occorrerem symptomas secundarios (Steenberg cita uma mulher que foi accommettida de vertigens, desmaios e apoplexia, antes que algum sym-

ptoma syphilitico secundario occorresse), ou juntamente com os primeiros signaes de syphilis. Na maioria dos casos, decorrem um a dez annos, depois dos symptomas primitivos ou secundarios. Muito frequentemente, precedem symptomas primitivos e secundarios; raras vezes primitivos, secundarios e terciarios, ou terciarios sómente (emquanto os symptomas primitivos ou secundarios permanecem desconhecidos); e, em alguns casos, sómente os primitivos e os terciarios, nenhuns secundarios.

Differentes circumstancias influem na disposição para a syphilis cerebral. O sexo masculino, assim como está, em mais alto grau, exposto á syphilis em geral, o está igualmente á sua localisação no cerebro na proporção, pouco mais ou menos, de 7:4. Mais importante é a influencia da idade; é entre vinte e sessenta annos que se dá, com mais frequencia, a syphilis cerebral, sendo raro antes e depois. Comtudo algumas vezes se teem observado symptomas cerebraes, na syphilis congenita. A condição dos doentes parece não ter grande importancia, as melhores ou peiores condições são accommettidas pela syphilis cerebral, quasi do mesmo modo que pela syphilis em geral.

A indagação mais exacta das causas occasionaes anda unida a grandes difficuldades. Em muitos casos, *desordens intellectuaes* de varias especies precedem e contribuem essencialmente para o apparecimento da doença. Os *excessos sexuaes* podem actuar de dois modos, ou pela excitação corporea e ulterior depressão de todo o systema nervoso, ou por sua damnosa influencia sobre as faculdades intellectuaes. Tambem podem geralmente citar-se os *excessivos esforços* do corpo e do espirito. O *resfriamento* obra ás vezes como causa occasional, talvez determinando a congestão no cerebro, por causa da suspensão das funcções da pelle; assim appareceram os symptomas cerebraes em um caso citado por Steenberg, depois de um pediluvio frio, pelos fins do outono; em um segundo caso, depois de ter o doente estado muito tempo ao ar livre, com o facto humido; em outros casos havendo os doentes saído, pela primeira vez, durante um tratamento mercurial, ou immediatamente depois. *Symptomas gastricos* são muito frequentes no começo da syphilis cerebral; mas é difficultoso decidir até que ponto devem ser contados como causas occasionaes, ou se já pertencem ao periodo prodromico. Elles causam frequentemente congestões cerebraes, do mesmo modo que o uso excessivo de bebidas espirituosas. O *traumatismo*, por exemplo, pancada na cabeça,

parece que bastantes vezes occasiona o apparecimento da doença:

II

Curso da doença.

O curso da doença é muito variavel, porquanto nos diversos casos, tem por base diferentes razões anatomicas. Podemos essencialmente distinguir duas fórmulas capitaes: 1) uma *fórmula chronica*, com successivos ataques e progressivos symptomas, e 2) uma *forma que principia com aspecto agudo*, na qual depois de leves symptomas prodromicos, occorrem accessos apoplectiformes ou epileptiformes.

Na primeira fórmula apresentam-se consecutivamente em uma ou mais partes do corpo, sobretudo na mão ou no pé, um sentimento de prisão, adormecimento, formigueiro, acompanhados de dôr nas mesmas partes. Sobrevem enfraquecimento, e a regularidade dos movimentos diminue. Estas perturbações da motilidade e sensibilidade, tão insignificantes ao principio, que muitas vezes o doente não as percebe, tomam incremento e se estendem da periphéria para o centro. O doente perde cada vez mais sua acção voluntaria sobre os musculos; e pequeno esforço basta para devéras fatiga-lo. A estes phenomenos mais geraes, acrescém então symptomas que determinadamente se referem ao cerebro: dores de cabeça, quasi sempre de natureza rheumatica; vertigens, que frequentemente são já simultaneas com os primeiros vislumbres de paralyisia, apparecem, e ás vezes de repente, depois de uma forte commoção corporea ou moral, ou mesmo sem causa conhecida. Seguem-se perturbações psychicas, certa languidez e repugnancia para o trabalho; o doente perde a tranquillidade e lucidez de espirito, e torna-se muito sensível ás influencias exteriores desagradaveis. Das perturbações mais profundas, a que de ordinario ocorre primeiro, é a diminuição da memoria; o enfermo esquece-se dos nomes de pessoas, que muito bem conhecia, e de palavras vulgares, entretanto que o pensamento póde continuar a funcionar com perfeição; cæe assim n'um estado penosissimo, sobretudo se tambem se dá a paralyisia dos musculos vocaes. Com o tempo, o pensamento principia a soffrer; o enfermo se mostra indifferente a tudo, cæe de ordinario n'um estado lethargico, a micção e a defecação tornam-se involuntarias, mesmo sem paralyisia dos esphincteres. Similhante estado dura ás vezes annos, ou progride quasi desaperecebido, ao mesmo tempo que os doentes em geral passam bem, quanto ao mais. Se existem outras perturbações, referem-se nomeadamente aos órgãos digestivos,

e consistem com especialidade em vomitos, frequentemente acompanhados de vertigens, e ás vezes de voracidade e prisão de ventre, devida á paralyisia dos musculos do intestino grosso. A final vem um ataque apoplectico, e então a doença no seu curso, não se distingue do da segunda fórmula.

Muito mais frequente e tambem muito mais perigosa é a segunda fórmula, a qual tormentosamente principia e decorre. O primeiro ataque é precedido quasi sempre de prodromos, longos ou curtos, nomeadamente dores de cabeça e vertigens com exacerbação nocturna; bastantes vezes tambem das leves desordens da motilidade e sensibilidade, anteriormente citadas; bem como algumas vezes soffrimento psychico, com o caracter de depressão ou de exaltação. Igualmente precedem com frequencia symptomas gastricos; lingua fortemente saburrosa, dyspepsia, vomitos, diarrhéa ou prisão de ventre, podendo facilmente haver alternativa de febre gastrica e typhoide. De subito ha então um ataque apoplectiforme ou epileptiforme, a que passadas horas, dias, mais raro mezes, novos ataques succedem, os quaes vão constantemente augmentado de violencia. Com a repetição dos ataques apoplectiformes, os mencionados órgãos tornam a paralyisar: porém ás vezes as paralyisias variam havendo, por exemplo, hemiplegia em lugar de paraplegia, hemiplegia, do lado direito, em lugar da do lado esquerdo. Abstrahindo das paralyisias, não existem symptomas determinados, e os enfermos muitas vezes passam bem. De ordinario as paralyisias diminuem com rapidez; mas é raro desaparecerem de todo; a regra é permancecerem vestigios, pelo menos. Sobrevem successivamente perturbações psychicas; diminuição da memoria e da intelligencia, bem como somnolencia, que muitas vezes augmentam com o tempo, a ponto, de os enfermos adormecerem em todos os logares, até no meio da conversação. Depois de frequentemente passar annos n'este estado, sem alterações essenciaes, o doente offerece a final um quadro triste: mostra-se de todo indifferente, mal despertando de somno, pela fome e pela sêde; as evacuações fazem-se involuntarias; vem o edema, o decubito, e a final a morte, ás vezes depois de extensa agonia. N'outros casos, a morte acaba mais cedo o circulo dos soffrimentos, por meio de molestia intercorrentes, pneumonia, doença de Bright, diarrhéa, etc.

Este quadro pertence aos casos mais graves; é frequente em virtude de uma therapeutica bem dirigida, mais raro sem ella, cederem os symptomas, até completo restabelecimento. É porém bastante raro, sustentar-se a cura; fre-

quentemente sobreveem recidivas por exiguas causas, por excessos de bebidas alcoholicas e prazeres venereos ou por contenção de espirito demasiadamente energica. A cada nova recaída a doença assume caracter mais grave, e assim se vae approximando de uma terminação lethal.

III

Symptomas especiaes.

A cephalalgia é symptoma frequentissimo na syphilis cerebral. Distinguem-se bem duas especies principaes:

I. *Cephalalgia rheumatoide*, cuja séde não póde, em regra, ser exactamente designada pelo enfermo, e é de ordinario referida á pelle, correspondendo na maioria dos casos ás regiões frontal e occipital; ás vezes limita-se a metade da cabeça. É ordinariamente de moderada intensidade; mas póde attingir tal violencia, que faça desesperar os enfermos. Ha exacerbações nocturnas; mas o que é muito mais geral, é adquirir grande intensidade independentemente das horas do dia. Esta especie de cephalalgia pertence aos primeiros symptomas da syphilis cerebral, e apparece muitas vezes sem alterações anatomicas no cerebro.

II. *As dores osteocópicas* em geral só mais tarde apparecem pertencendo á syphilis terciaria, e mui frequentemente, dependendo de afecções do osso ou do periosteo; porém as ultimas faltam muitas vezes, ou só mais tarde apparecem. Caracterisa esta fórma limitarem-se as dores a um dado ponto e augmentarem á mais leve pressão. Os enfermos podem indicar exactamente este ponto, e tem mesmo o sentimento que a dor vem do osso. Quasi sempre se pronuncia bem a exacerbação nocturna da cephalalgia; porém esta parece, na maior parte dos casos, ser menos dependente da noite propriamente dita, do que da estada na cama. Nélaton e Ricord referem que algumas pessoas, em viagem, passando a noite fóra da cama, se viam de todo livres das dores nocturnas. Em alguns casos vem as exacerbações em hora determinada, quer o doente esteja na cama, quer não. Ao principio a séde da dor corresponde muito frequentemente ao osso frontal. A cephalalgia é muito pertinaz e bastantes vezes se apresenta como unico symptoma. Sem therapeutica póde durar muitos annos; a cessação espontanea é geralmente rara.

A *insomnia* é uma frequente consequencia da cephalalgia, e acompanha quasi sempre a segunda especie. Só por si apparece em raros casos, nas creanças ou nos adultos, como consequencia de uma supra excitação do systema

nervoso. É notavel a pouca influencia que sobre ella téem os narcóticos.

Perturbações psychicas.—É raro faltarem de todo. Na maioria dos casos são de especie aguda, similhando a mania ou a demencia; e muitas vezes se lhe deve procurar a origem na extrema violencia da cephalalgia. Muitas mais vezes se encontram estados phisicos e moraes que occasiona. Uma notavel intermitencia de melancholia foi observada por Lagneau em uma mulher idosa, que durante alguns annos soffreo regularmente alguns mezes de profunda melancholia. N'outros casos as perturbações téem caracter mais chronico, e consistem na successiva diminuição da memoria, enfraquecimento da intelligencia; indifferença, somnolencia, etc.

Paralysias.—Podem apresentar todos os graus, desde o simples enfraquecimento dos membros até a completa paralysis; mas é rara uma paralysis bem caracterizada; de ordinario é possivel algum movimento. Só excepcionalmente as paralysias são passageiras, como n'uma doente de Lallemand, na qual se repetiu a hemiplegia, durando uma hora nas duas primeiras vezes, e meia hora na terceira. Das diversas formas, a *hemiplegia* é a mais frequente. Vem accidentalmente tantas vezes do lado direito, como do esquerdo; e, na maioria dos casos, do lado opposto á lesão; mas casos se conhecem, em que a paralysis e a lesão anatomica eram do mesmo lado. De ordinario com ambas as extremidades, tambem está paralyzado o facial do lado correspondente; é rara a paralysis de diferentes lados, na face e nas extremidades. Com a hemiplegia tambem se encontram paralysias parciaes da outra metade do corpo, como em um dos casos de nossa observação; era uma hemiplegia do lado esquerdo com paralysis da extremidade inferior direita.

Mais rara é a *paraplegia*. A paralysis das extremidades inferiores, que progride de ordinario vagarosamente, estende-se se ás vezes as regiões abdominal e lombar; mas com muito mais frequencia aos musculos da bexiga e do recto. Em alguns doentes a paralysis sensorial parece ser ao principio o symptoma capital, faltando o sentimento de repleção da bexiga; e os doentes são surprehendidos por uma violenta necessidade; similhantemente no recto, onde porém a prisão é pouco pertinaz. N'esta paraplegia se encontram muitas vezes symptomas, que mais precisamente indicam uma afecção cerebral: cephalalgia, perturbações moraes, effecção dos nervos do cerebro, etc. faltando porém signaes de alteração da medulla

espinhal. De ordinario, como na hemiplegia, um dos extremos é affectado em mais alto grau do que o outro, assim como tambem a regra não é serem ambos atacados ao mesmo tempo pela paralytia.

A *paralytia geral* apresenta, segundo Jaksch, tres fórmulas diversas; póde consistir meramente na paralytia das extremidades, conservando-se intactos os outros musculos, bem como as funcções do cerebro; ou com os musculos das extremidades, paralytisam todos ou quasi todos os outros musculos voluntarios; ou a esta segunda fórmula se junta a diminuição da acitividade até completa extincção. A prova da ligação d'esta fórmula com a syphilis foi dada nos ultimos tempos. As paralytias são vagarosas e centripetas, permanecendo ordinariamente illesa a sensibilidade. A duração é quasi sempre longa, e todo o tratamento é inútil, a não ser o especifico que é as vezes muito favoravel. Alem d'estas tres fórmulas capitales, outras especies de paralytias se têm observado. Quanto á paralytia das *extremidades*, Steenberg as encontrou tres no braço esquerdo, e outras tantas na perna direita; uma vez na perna esquerda, e outra no braço direito e perna esquerda, ao mesmo tempo. A *paralytia facial* raras vezes existe só, por si, de ordinario encontram-se paralytisadas as extremidades do mesmo lado, ou simultaneamente, ou uma logo após a outra. É em geral só de um lado.

A paralytia dos *nervos motores oculares* é muito frequente e póde existir, só por si, durante muito tempo. Geralmente limita-se a um lado; mas estende-se ás vezes a ambos, não sendo sempre no mesmo grau e na mesma extensão, de ambos os lados. Os nervos oculomotores são quasi sempre atacados ao mesmo tempo; mas o primeiro mais constantemente do que o ultimo. A paralytia do nervo trochlear passa de ordinario desaperecebida. Os symptomas da paralytia do nervo oculomotor são ptosis, mydriasis e estrabismo externo; o da paralytia do nervo abductor é estrabismo externo; o da paralytia do nervo abductor é estrabismo interno. A diplopia falta raras vezes. Quando mais de um nervo paralytisado, não existe na verdade estrabismo, mas só mais ou menos constante immobilidade do globo ocular, e diplopia, quando o enfermo quer olhar para cima, para baixo ou para o lado.

A paralytia dos *musculos vocaes* não é raro observar-se. A falla torna-se mais difficil que de ordinario, porque o doente não se acha em estado de regular melhor o jogo dos musculos; gagueja e troca as letras. Deitar a lingua fóra da bôca, é operação difficultosa; a lin-

gua não póde conservar-se direita e socegada, porque as vibrações actuam desordenadamente nos diversos feixes musculares. Em alguns casos a syphilis cerebral é acompanhada de *paralytia dos musculos da deglutição*.

Outras perturbações da motilidade.—As *convulsões* são assás frequentes e occorrem de maneiras mui diversas, desde o simples tremor até aos ataques epileptiformes bem caracterisados. Muitas vezes dão-se nas partes paralytisadas. É raro que as convulsões assumam o character de chorea; ha exemplos d'isto em creanças e adultos. As *contracturas* são rarrissimas, só em musculos incompletamente paralytisados se encontra uma ou outra vez. Não é de todo certo que o *tetano* e a *cataplexia* sejam originados pela syphilis cerebral.

Perturbações da sensibilidade.—A *anesthesia* falta frequentissimamente; appareceu só nove vezes em trinta casos de paralytia syphilitica, reunidos por Gjør. Só por si, independente de desordens da motilidade, é rara; pois quando apparece, este symptoma anda em regra ligado á paralytia do movimento, e a acompanha no modo de seu desenvolvimento. *Affecção dos orgãos dos sentidos.*—É vulgarissimó affectar-se a vista, pela compressão ou amollecimento do nervo optico. Dá-se a atrophia da papilla, que póde ser observada com o especulo ocular. Em regra ambos os olhos são affectados, mas desigualmente; existe ás vezes diplopia, porque o olho mais fraco se desvia. A amaurose desenvolve-se a pouco e pouco; mas ás vezes de repente. Em um doente de Isbell, apparecia periodicamente. Entre as onze horas da manhã e as duas da tarde, desenvolvia-se completa cegueira, havendo sido precedida de violenta cephalalgia; durava de um quarto de hora e repetia-se diferentes vezes durante esse tempo. Ás vezes os enfermos têm allucinações. Um caso observamos nós, em que o doente via no ar flores de diversas cores; n'outra occasião, figuras de lume, chammas e estrellas; uma vez series de numeros negros sobre o seu lençol; tambem gente de diverso trajo, em roda d'elle, no hospital. Em alguns casos a amaurose sobrevinha, principalmente á noite. As perturbações do *ouvido* são de pouca importancia; são, na maioria dos casos, de um só lado, e quando ambos os lados se affectam, é geralmente um mais que o outro. Não é raro, ao principio, notar-se no ouvido um certo ruido que mais tarde se converte em surdez, mais ou menos completa. Observámos um caso, em que havia allucinações do ouvido. O doente ouvia repetidas vezes diferentes vozes, gritos de creança. Ainda menos frequentes são as affecções da *olfacção* e da *gustação* na syphilis

cerebral. Observámos um caso de alucinações d'estes dois sentidos.

Perturbações da voz.—Observam-se ás vezes como consequencia da syphilis cerebral, perturbações da voz, que não dependem, nem da paralytia dos musculos vocaes, nem do enfraquecimento da memoria, nem de outras perturbações mentaes. Os doentes entendem bem as perguntas que se lhes dirigem, podem pensar para darem respostas coherentes; mas a acção do cerebro sobre os musculos vocaes está desordenada. Os enfermos conhecem muito o seu defeito, mas apesar de todos esforços não podem remedial-o.

IV

Autopsia.

A syphilis produz mui variadas alterações no cerebro que, por si, nada têm, geralmente de particular, e por isso não tem de ser aqui estudadas; outras porém são de tão característica natureza, que muitas vezes podem ser, com muita vantagem, utilizadas para o diagnostico, quando durante a vida não haja sufficientes indicações para determinar a causa da doença. Foi pela autopsia que, n'um caso de nossa observação, se reconheceu a natureza syphilitica da affecção cerebral. Na maior parte dos casos, é característica a apparição de *gommas* na cavidade do craneo, as quaes saem principalmente da dura mater; e quando ás vezes parecem ter sua séde no cerebro, sem relação com a dura mater, faltam provas de todo seguras de sua origem mesmo na substancia cerebral. Histologicamente a *gomma* é como uma rapida reprodução de tecido conjuntivo, então, ou prepondera a formação celular, de modo que se origina uma massa viscosa, ou a substancia intercellular augmenta, e se formam nós amarellos seccos. Não é raro observar-se *intima adherencia da dura mater* com as membranas flexiveis do cerebro ou com a superficie do mesmo, durante a inflammação chronica d'aquellas meninges, a qual conduz ás adherencias com o cerebro ou com a dura mater, sem haver syphilis. No caso de meningite chronica, observado por Griesinger; admittiu-se que a syphilis era a causa, por se ter encontrado uma *arachnoidea demasiada espessa*. Muitas vezes o cerebro é apenas secundariamente accommettido, estando o mal nos ossos do craneo ou em seu periosteo.

Importante para o diagnostico pôde tambem ser uma alteração syphilitica, encontrada em outros orgãos, particularmente no *figado*. São características fortes adherencias com o *diaphragma*; pontos esbranquiçados, esparsos na superficie do figado, os quaes, pelo corte, mos-

tram uma massa dura, esbranquiçada e disposta em forma de raios. O figado está muitas vezes dividido por profundos regos, em varios lobulos, alguns fortemente atrophiados. As gommas nem sempre apparecem.

V

Therapia.

O resultado da therapia era já, em muitos casos, um meio essencial para fixar a natureza syphilitica das doenças nervosas; porque é para notar quão frequentemente certas affecções, que são por extremo pertinazes e não cedem a nenhuma outra therapia, de prompto cedem ao adequado emprego dos antisiphiliticos. Comtudo este resultado pôde não ser avaliado em sua importancia; doenças cerebraes de outra origem são muitas vezes vantajosamente tratadas com mercurio, etc., como tambem não é raro apparecerem n'ellas melhoras passageiras notaveis. Igualmente se deve ser cauteloso no julgamento de um mau resultado prematuro de uma therapia especifica, porque pôde ser que o tratamento não tenha sido dirigido de um modo apropriado. Devem ter-se por syphiliticas os casos em que affecções faceis de curar não querem ceder á therapia ordinaria.

NOTICIARIO.

As paralytias no Maranhão.—Nas ultimas noticias d'esta provincia publicadas nas gazetas diarias, lemos o seguinte:

« Não era bom o estado sanitario da capital. Davam-se repetidos e numerosos casos de paralytia, molestia que ultimamente se havia desenvolvido, havendo muitos casos fataes. »

Apezar de não ter o cunho scientifico, esta noticia, vaga como é, deixa ver entretanto que uma paralytia com caracter epidemico se tem manifestado ultimamente n'aquella cidade, tornando-se em muitos casos fatal. Nada sabemos ainda a respeito da natureza d'esta paralytia, mas se considerarmos que a epidemia de paralytias que se desenvolveo aqui na Bahia, appareceo tambem em Matto Grosso, no Paraguay, esporadicamente no Rio de Janeiro, e mais recentemente paralytias de caracter epidemico se tem espalhado tambem na provincia de Santa Catharina, e no Maranhão, e segundo noticias particulares já alguns casos da mesma natureza em Sergipe, não estamos longe de concluir que é a mesma molestia, de origem recente e até ha poucos annos desconhecida completamente em todo o Brasil, que, começando aqui na Bahia, onde primeiro se iniciou seu estado, propaga-se pelos diferentes pontos do Imperio.

Dos medicos da provincia do Maranhão esperamos algumas informações sobre a molestia, e confiamos que suas observações auxiliando a profissão no estudo em que se empenha sobre este novo flagello.

Esperamos tambem que o Sr. Dr. Joaquim dos Remedios Monteiro, commissionedo pelo governo da Provincia de Santa Catharina para estudar a epidemia alli desenvolvida, nos communique o fructo de suas observações.

Com este concurso geral a que não se devem negar os membros da profissão medica, poderemos talvez conseguir elucidar a natureza mysteriosa d'esta entidade morbida desconhecida.

As anginas agudas ou graves e os caracteres differentes do contagio e da infecção.—Na Academia das sciencias em Paris, o Sr. Dr. Moura apresentou uma memoria em que estabelece as seguintes conclusões:

1.ª Que as anginas agudas ou graves, tambem chamadas malignas, amygdalites simples ou duplas, anginas phlegmonosa, diphtherica, pultacea, gangrenosa, tem sua origem nos productos de secreção das glandulas, ou das amygdalas, ou da base da lingua, ou do istmo da garganta;

2.ª Que as anginas agudas ou graves, são inflamações determinadas pela demora muito prolongada, e pela alteração d'estes productos nas cavidades ou folliculos glandulares;

3.ª Que os melhores meios de curar e de prevenir as anginas agudas ou graves, são aquelles que provocam a expulsão d'estes productos. Taes são a massadura ou compressão das glandulas e folliculos, os emeticos, as irrigações anti-septicas, a excisão das amygdalas.

Na segunda parte d'esta memoria o author, depois de ter procurado dar ás palavras *contagio e infecção*, seu verdadeiro sentido, e definido o que se deve entender por *agentes ou principios contagiosos, agentes ou principios infectuosos, epidemias* etc. conclue: 1.º que as anginas são molestias infectuosas e não contagiosas; 2.º que ellas são essencialmente locais, isto é, que não dependem d'uma diathese á qual se tem dado o nome de *diphtheria*.

Epilepsia simulada; seu diagnostico pelos caracteres sphygmographicos do pulso.—Examinando com o sphygmographo do Sr. Marey as curvas dos pulsos dos epilepticos depois de um accesso, e comparando-as com o traçado n'um caso de epilepsia simulada, o Dr. Voisin julgou ter achado um meio de distinguir os verdadeiros dos falsos ataques, o que exprime n'estas deducções:

1.º Os accessos epilepticos e os simples accessos de vertigens fazem revelar ao sphygmographo alterações da circulação arterial caracterisadas por curvas figuradas por uma elevação maior das linhas ascendentes, e por um dirotismo bem marcado que persiste depois do accesso, durante uma, e até muitas horas.

2.º Estes signaes sphygmographicos não se encontram no mesmo enfermo fóra do accesso, nem ainda que se altere sua circulação por outras causas, como uma larga carreira ou um esforço muscular prolongado.

3.ª O exame sphygmographico em um impostor, conduz a resultados completamente differentes dos expostos, e esta differença se encontra sobre tudo nas curvas traçadas pelo sphygmographo.

Nova base para a classificação medico-legal dos ferimentos.—Do *Imparziale* transcreve a *Union Medicale*, a nova base que propõe o Dr. Zanetti para tornar uniforme e simples o juizo dos medicos juristas sobre a gravidade dos ferimentos, fundando-o sobre o perigo mais ou menos grave, temporario ou indefinito da funcção que elles interessam, e o que corre, em consequencia, a vida do ferido. Parece mais seguro, mais facil e conforme á justiça do que estabelecer quanto tempo elles gastavam em se curar como se exige hoje. E depois de algumas observações sobre as funcções de relação e de nutrição, para demonstrar que em toda a lesão ou ferimento, não se deve somente considerar este, mas tambem o tempo necessario á sua cura, que se faz sempre pelo processo nutritivo, elle distingue as seis formas seguintes, segundo sua gravidade:

1.ª *Ferimentos muito leves*. Nenhuma lesão de funcção; nenhum perigo de morte.

2.ª *Ferimentos leves*. Lesões ligeiras de funcções de relação, durante o tempo necessario á cura da ferida; nenhum perigo de morte.

3.ª *Ferimentos graves do primeiro gráo*. Alteração completa e passageira de funcção, ou enfraquecimento da funcção até a cura, e devida antes á immobildade necessaria á cura, do que ao ferimento mesmo. Perigo de vida muito remoto.

4.ª *Ferimentos graves do 2.º gráo*. Alterações funcionaes graves, podendo deixar um impedimento de funcção temporario ou permanente pelo effeito do ferimento. Perigo de vida, não imminente, porém possivel, na razão directa do ferimento.

5.ª *Lesões graves do 3.º gráo*. Lesões funcionaes muito graves, e podendo ficar temporarias ou definitivas. Perigo de morte mais proximo.

6.ª *Ferimentos dos mais graves*. Vida em perigo imminente. Lesão de funcção de nutrição.

Insalubridade dos fogões de ferro, fundido ou batido.—O general Morin, que muito se tem occupado sempre das importantes questões de hygiene, diz n'uma memoria apresentada á academia das sciencias de França, que o uso dos fogões de ferro, quer elle seja fundido, quer batido, é prejudicialissimo á saude, porque quando muito aquecidos determinam, nos logares em que estão collocados, o desenvolvimento de uma proporção notavel de oxydo de carbonio, que, como é sabido, é um gaz eminentemente toxico, e não só o produzem, mas decompondo o acido carbonico naturalmente contido no ar e o que é produzido pela respiração dos individuos, dão logar a maior desenvolvimento do mesmo oxydo de carbonio.

Pretende-se evitar este mau effeito dos fogões, guardando-os interior e exteriormente de tijolos e de terra refractarios, com o fim de evitar que os tubos metallicos dos caloriferos se aqueçam até á temperatura rubra, e sejam assim a causa dos inconvenientes citados. Uma commissão especial estuda este importante assumpto.

(*Jornal da Sociedade de Sciencias Méd. de Lisboa.*)

SUMMARIO.

I. OPHTALMOLOGIA.—Do novo processo do Sr. de Graefe contra o keratocone. Pelo Dr. José Lourenço de Magalhães **II. THERAPEUTICA.**—O ciliar Pelo Dr. Pedro Luiz Napoleão Chernoviz **III. CLINICA CIRURGICA.**—I. Lição feita pelo professor Richet sobre a ignipunctura II. methodo operatorio para a cura do varicocele pela cauterização com o cauterio actual, empregado no Hotel-Dieu pelo Sr. Voillemier. Por J. R. de Souza Uchôa. **IV. EXCERPTOS DA IMPRENSA MEDICA.** Diagnose da syphilis cerebral. Dissertação inaugural apresentada á Faculdade de Medicina da Universidade de Zurich, por Frederico Hess. **V. VARIEDADES.**—Mappa que resume debaixo do ponto de vista do diagnostico, as indicações fornecidas pela maneira porque se opera a função urinaria. **VI. NOTICARIO.**—I. Distinção merecida. II. Influencia da actividade mental sobre a excreção do acido phosphorico pelos rins.

OPHTALMOLOGIA.

DO NOVO PROCESSO DO SR. DE GRAEFE CONTRA O KERATOCONE.

Pelo Dr. José Lourenço de Magalhães.

Em agosto, de 1868 uma Senhora, de 22 annos de idade, residente no reconcavo da cidade de Nasareth, consultou-me ácerca de sua quasi cegueira, que datava de 17 annos.

Referio-me a doente que aos 5 annos de idade lhe sobreviera no olho esquerdo uma inflammação, que, depois de 4 mezes, passara-se para o outro olho.

Depois de esgotar os meios therapeuticos, que lhe foram prescriptos por medicos d'aquella cidade, resolveu procurar outros recursos aqui, onde esteve em tratamento por espaço de um anno, sem que a inflammação parecesse ceder. Ao contrario a vista de ambos os olhos diminuia de dia á dia.

Certa da inefficacia dos meios empregados por medicos d'esta cidade, com a esperanza muito abalada de seu restabelecimento, a doente voltou para casa com a vista muito comprometida, no estado em que a encontrei, segundo m'o affirmou ella.

Seu pae e irmãos me confirmaram mais de uma vez esta mesma historia da doente.

Pareceu-me, pois, fóra de duvida que aquelle estado tivera sua origem n'uma inflammação rebelde, e longa de 3 annos.

Do exame a que procedi em companhia do Sr. Dr. Pacifico, cheguei ao seguinte resultado.

A doente trazia sempre as palpebras contrahidas, de modo a estreitar consideravelmente as fendas palpebraes. As palpebras superiores mostravam na parte central uma pequena elevação, arredondada, correspondente ás corneas.

Afastando-se as palpebras, notava-se que as corneas estavam alongadas no sentido do diametro antero-posterior.

Sua porção central achava-se muito adelgada, e a esquerda mais do que a outra. Ahi as corneas cediam ao contacto do dedo, como

si fóra a pelle de um abcesso em vespera de perfuração.

A transparencia d'estas membranas perdia-se na parte central, onde o meu collega e eu notamos uma opacidade de cor parda, que a nós pareceu antes um deposito inflammatorio, do que devida á distensão das corneas, como pensam os ophthalmologistas. Alem d'isto observamos um grande numero de pequenos pontos, opacos, exsudativos, que partiam do centro opaco, occupando uma área triangular, em ambos os olhos, e chegavam até a parte media do segmento inferior das corneas, como encontra-se na keratite punctuada.

Dir-se-hia mesmo, diante d'estes signaes anatomicos, que fora esta a affecção, que durante 3 annos dominou o quadro pathologico, rebelde a tratamento.

Havia grande augmento da camera anterior á custa só da cornea, e devido á sua distensão.

O iris occupava o seu plano natural. A pupilla conservava-se moderadamente dilatada, e preguiçosa.

Não havia dureza anormal do globo ocular.

A forma da cornea era precisamente a de uma hyperbole (de Graefe); o cumo correspondia á parte mais central desta membrana.

A doente guiava-se pessimamente em casa.

A distancia a visão era nulla. Muito de perto, á uma pollegada de distancia; ou pouco mais, ella via pequenos objectos.

Nenhum vidro corrigia sua myopia astigmatica. A doente não sabia ler, por não distinguir o caracter da letra ordinaria; e, si lh'o tivessem ensinado, empregando-se caracteres graúdos, eu teria podido medir a diminuição de S.

• O meu diagnostico foi keratocone duplo.

Os meios até então aconselhados contra esta affecção erão inefficazes, ou insufficientes.

Imitar a natureza em seu empenho de obter um meio stenopéico, pela appropriação das fendas palpebraes, para diminuir o diametro dos circulos de diffusão, era conseguir resultado tão incompleto, quanto o é o processo empregado pela mesma natureza.

Não obstante, era isso o que se conhecia de melhor para remediar um mal tão grave.

A esse tempo tinha eu conhecimento da nota lida á Academia Imperial de Medicina de Paris, a 18 de fevereiro do mesmo anno, pelo Sr. Dr. Meyer, no qual este distincto ophthalmologista descreveo o novo methodo de cura do keratocone, apresentando em sessão o doente, no qual verificava-se o feliz resultado do mesmo methodo (*Union Médicale*, n.º 52, 1868).

Apesar da seducção que em mim produziu a leitura da nota do Sr. Dr. Meyer; apesar do desejo de obter o mesmo resultado em favor de minha doente, lembrando-me demais á mais da insufficiencia de qualquer outro meio, já conhecido, que eu tivesse de empregar, absteve-me de intental-o no caso, de que me occupo, já por não ter á mão o instrumento, expressamente executado para aquelle fim, já attendendo á algumas duvidas que essa leitura levantou em meu espirito.

Preferi esperar, aguardar mais alguns esclarecimentos; e, emquanto os não obtinha, deliberei-me á praticar a operação de Bowman, por me parecer que ella seria indispensavel mais tarde, quando mesmo tivesse de proceder como o Sr. Dr. Meyer, e por entender que com ella a doente ganharia alguma cousa.

Com effeito, depois da operação, a vista melhorou para perto, e com o auxilio de vidros biconcavos—n.º 5 ponde a doente avistar vultos, que passavam n'uma ladeira visinha, bem como indicar a presença de alguma pessoa nas janellas de uma casa fronteira.

O resultado, porem, era incompleto; a vista não era sufficientemente clara, e os olhos fatigavam-se a um certo esforço.

Todavia isto mesmo satisfez á doente, que dispunha-se á voltar para o seu domicilio, quando em principio de dezembro recebi os Annaes de Oculistica, de setembro e outubro, onde encontrei o notavel artigo do sabio ophthalmologista de Berlim, no qual o keratocone era elucidado vantajosamente, como acontece sempre que o Sr. de Graefe occupa-se de qualquer questão de ophthalmologia. O tratamento, o processo operatorio sobretudo, attrahia a attenção pela segurança de resultado com que era proposto pelo sabio mestre.

Depois de tudo pesar, de calcular as consequências de uma operação delicada para a qual me faltava uma faquinha apropriada; depois de estudar o processo, de difficil execução, minuciosamente descripto pelo Sr. de Graefe, deliberei-me a pratical-o na doente, tendo-a animado e convencido do resultado; e para isso servi-me de uma das mais finas faquinhas, que

tinha, para a operação da cataracta—pelo processo linear modificado do mesmo author.

No dia 5 do mesmo mez, com a efficaz coadjuvação do Sr. Dr. Pacifico, pratiquei a operação no olho direito. Consegui atravessar com a faquinha as laminas adelgaçadas na parte central da cornea, sem penetrar na camara anterior, e pude dar ao retalho as dimensões, que queria, sendo de 1.^m de diametro e $\frac{2}{3}$.^m de altura, e terminando, por separar o retalho de sua base com um golpe de thesoura.

D'esta primeira parte do tratamento não resultou reacção sensivel, pelo que no dia seguinte toquei os bordos da perda de substancia com a ponta muito fina de um lapis de nitrato de prata mitigado. Tres dias depois repeti a mesma cauterisação; e como notasse que com este intervallo a irritação da ferida era insignificante, continuei praticando a cauterisação de 2 em 2 dias—Com o quinto toque observei que a pequena ulcera cobria-se de uma camada levemente amarellada, com injeção perikeratica, o que me indicou que não devia ir além.

Aconselhei a instillação de algumas gottas, repetidas, de um collyrio de sulfato de atropina, e dispuz-me á acompanhar a evolução que se operasse na pequena ulcera. Nada se passou de extraordinario; a ulcera entrou facilmente em via de cicatrisação, e a injeção desappareceu pouco á pouco.

Ao cabo de 15 dias pratiquei o mesmo no olho esquerdo, com igual coadjuvação do Sr. Dr. Pacifico. N'este olho a parte central da cornea estava tão adelgaçada, que não me foi possivel em um só tempo obter o retalho com as mesmas dimensões. Duas vezes levei a faquinha á mesma parte, conseguindo-o afinal como queria, sem penetrar na camara anterior.

Depois seguio-se o mesmo tratamento, empregando as cauterisações de 2 em 2 dias até conseguir a infiltração sufficiente da ulcera, que cicatrizou do mesmo modo, sem perfuração, apesar da extrema delicadeza de sua superficie.

No fim desse mesmo mez a doente, impaciendada, retirou-se, levando a vista peorada, mas com a esperanza de uma grande melhora, conformando-se com o que eu lhe havia prevenido e affiançado.

Em Abril de 1869 tive a primeira noticia de seu estado: achava-se satisfeitissima pela grande melhora, que obtivera, depois de permanecer durante 2 mezes no mesmo estado, em que sahira daqui.

Em Julho, por occasião das festas patrioticas que se fazem n'esta cidade, encontrei-me aqui com a doente, que se considerava restabelecida de seu longo soffrimento. A superfi-

cie da cornea estava com effeito muito reduzida, e sua convexidade approximada da conformação normal d'esta membrana.

Em Setembro do mesmo anno o estado da doente continuava a ser o mais lisongeiro. Seu pae, vindo consultar-me acerca de um estreitamento organico das vias lacrymaes, em um olho, m'o confirmou, manifestando todo o prazer de que se achava possuido, e acrescentando que a doente já apprendia a ler.

Tratando-se de um processo, que não conta ainda grande numero de factos que o acreditam, apesar da immensa authoridade de seu author, entendi que não devia occultar o brilhante resultado obtido na doente operada por mim.

Bahia 12 de Abril de 1870.

Quadro das operações praticadas no mez de Março pelo Dr. José Lourenço de Magalhães.

Ablação da cornea, pelo processo de Critchet, reclamada por uma kerato-irido-choroidite com synechia anterior. O olho doente, que estava privado da vista desde que soffreu aquelle mal, havia 36 annos, foi subitamente accommettido, depois de tão longo periodo, por um novo accesso—de forma glaucomatosa. A doente foi chloroformisada.

Extracção de uma cataracta lenticular, completa, com adherencia inferior, pelo processo de Graefe.

Incisão interna (stricturotomia de Stilling) contra o estreitamento organico das vias lacrymaes, do lado direito, em uma mulher.

Extracção de uma cataracta membranosa, secundaria, que resistio á decisão—duas vezes praticada.

Iridectomia direita em caso de irite plastica com synechia posterior.

A doente foi chloroformisada.

O Sr. Dr. Pacifico ajudou-me n'estas operações, e praticou a chloroformisação das doentes

THERAPEUTICA

CHLORAL

pelo Dr. Pedro Luiz Napoleão Chernoviz.

Dá-se o nome de *chloral* a um liquido anhydro, isto é privado d'agua, que se obtem fazendo passar gaz chloro através do alcool absoluto. É um liquido transparente, sem côr, de aspecto gorduroso, de cheiro penetrante, que irrita os olhos, de sabor oleoso e caustico. Mancha o papel como os oleos gordos, mas as manchas desaparecem em pouco tempo. É muito solúvel em agua, alcool e ether. Sua densidade é de 1,502 a 18 grãos centigrados. Ferve a 94°, e distilla sem experimentar alteração. Pos-

to em contacto com algumas gottas d'agua, combina-se immediatamente com ella pela agitação, com producção de calor. Alguns instantes depois esta combinação apresenta-se sob a forma de massa branca, crystallina: é o *chloral hidratado*, ou *hydrato de chloral*. É este ultimo producto que o Dr. Liebreich, medico de Berlim, acaba de introduzir na therapeutica, como calmante e hypnotico energico. Quanto ao chloral, este liquido foi descoberto em 1833 por Liebig; não se usa em medicina, porém serve para a preparação do hydrato de chloral.

Hydrato de chloral.—Producto que resulta da combinação do chloral com a agua. É uma substancia solida, branca, crystallizada em agulhas prismaticas, duras e friaveis. Seu cheiro, na temperatura ordinaria, assemelha-se um pouco ao do chloroformio e ao do chlorureto de cal; seu sabor, a principio doce, torna-se depois um pouco acre. Exposto ao ar livre, volatiliza-se completamente sem attrahir sensivelmente a humidade; todavia n'uma atmosfera saturada de vapor d'agua, póde transformar-se em liquido. Derrete-se na temperatura de 56 grãos centigrados, e constitue então um liquido incolor, extremamente limpido e muito refrangente. É completamente solúvel em mui pequena quantidade d'agua; é igualmente solúvel no ether, alcool, chloroformio, sulfureto de carbono, na benzina e nos corpos gordos. A solução aquosa é completamente limpida, quasi despida de cheiro, sem nenhuma reacção sobre os papeis reagentes nem sobre a solução de azotato de prata. A solução de hydrato de chloral, mesmo bastante estendida, turva-se immediatamente, a frio, pela addição de algumas gottas de solução aquosa de potassa caustica; ao mesmo tempo desenvolve-se um cheiro mui suave de chloroformio, producto normal d'esta reacção. Comprimidos entre dois papeis sem colla, os crystaes de hydrato de chloral não devem produzir nenhuma mancha. Não se deve deixar esta substancia muito tempo no ar, porque se volatilisa, como a camphora.

Propriedades e usos.—O hydrato de chloral goza propriedades hypnoticas mui energicas. A descoberta d'estas propriedades, com effeito extraordinarias, foi um acontecimento therapeutico o mais saliente do segundo semestre de 1869. O Dr. Liebreich, de Berlim, foi o primeiro como já deixei dito, que assignalou o facto novo, attribuindo ao chloroformio, proveniente da decomposição do chloral na economia, a propriedade maravilhosa d'este agente.

O hydrato de chloral, dissolvido em meio copo d'agua assucarada na dóse de 2 a 5 gram-

mas (40 a 100 grãos), tem o sabor acerbo que mal encobre o assucar com o qual se associa; mas este sabor não é tão desagradavel que possa impedir o emprego do remedio.

Importa ter o hydrato de chloral bem-puro, crystallizado em agulhas; sem o que os efeitos são nullos; e é isso que explica as contradicções publicadas por alguns médicos contra a efficacia do novo agente.

Intrôduzido no estomago, o hydrato de chloral produz ás vezes alguma excitação, semelhante á embriaguez, mas, em geral, ao cabo de vinte minutos determina um profundo somno que dura de 2 ás 4 horas, e que é acompanhado de tal entorpecimento de sensibilidade, que se podem fazer pequenas operações e arrancar os dentes sem dor. Póde-se repetir a dóse no mesmo dia, sem inconveniente e com a mesma vantagem de produzir o somno.

Os doentes não conservam senão a sensibilidade sem o conhecimento intimo; tem só os movimentos reflexos. Quando se lhes dá um beliscão, parecem sentir a impressão, e arredam a mão, mas ao acordarem, não se lembrão da dor que se lhes occasionou. Em alguns, o sentido da dor é tão completamente abolido, que não fazem nenhum movimento nem percebem sensação alguma dolorosa. O arrancamento de dentes, a que alguns se submeteram, prova sufficientemente isto.

Um semelhante resultado é da mais alta importancia em medicina, e será utilizado de todas as maneiras, para tirar os dentes ou para acalmar as dores atrozes da carie dentaria, para adormecer certas nevralgias, para alliviar os crucis soffrimentos da colica hepatica ou nephritica, da gota, e, enfim, para abrandar as dores finaes do parto e das operações obstetricas. Dar algumas horas de profundo somno a quem soffre, tal é a acção d'este novo remedio, e, debaixo d'este ponto de vista, não ha outro igual. Mas estando conservada a sensibilidade cutanea, é impossivel usar d'este somno na pratica da grande cirurgia.

A acção do chloral hydratado é muito diferente da do opio e da do chloroformio, que não substituirá: este, por causa da promptidão, da energia e da fugacidade de seus efeitos, que fazem d'elle o melhor dos anesthesicos quando se tratar de operações chirurgicas; o opio, por causa da sua influencia estimulante seguida do entorpecimento e do somno. Possui contudo sobre o chloroformio a vantagem de se poder indicar a dóse; enquanto que, nas inalações do chloroformio, a dóse dos vapores não póde ser prescripta com exactidão; não se sabe o que se faz, e é isso que os torna perigosos.

A grande vantagem do somno chloral, por

profundo que seja, é de não deixar vestigio nem de fadiga, nem de inappetencia e de peso de cabeça, o que se observa depois do emprego de fortes doses de opio. A este respeito, tem muitas vantagens sobre o succo de dormideiras.

Ha no somno chloral alguma cousa que se parece com o somno da embriaguez alcoolica, é a duração do somno e a insensibilidade que o acompanha.

O somno chloral não tem cousa alguma que inquiete, por que a respiração é pacifica; o pulso, bem que algum tanto frêquente, é mui apreciavel; o rosto conserva a expressão de socego propria a tranquillisar os assistentes. Não se nota no rosto senão alguma lividez, e ainda esta não é constante; observa-se tambem um fraco abaixamento de temperatura, mais apreciavel nas extremidades e nas axillas. A digestão não é quasi nunca perturbada pelo medicamento, o qual não causa nem irritação nem fadiga de estomago, a ponto que se póde impunemente continuar o seu emprego durante muitos dias.

Em dóse conveniente, e administrado por via do estomago ou do recto, o chloral hydratado apresenta muitas vantagens, e até agora não tem mostrado inconvenientes. Como meio curativo foi empregado com bom exito no tetano e na chorea ou dansa de S. Guido. Existe um caso recente de cura de tetano, n'um hospital de Pariz.

Se o hydrato de chloral não é crystallizado, se não se desprendem d'elle vapores de chloroformio, se a sua solução não se turva pela adição de potassa, é sem acção ou póde ser perigoso.

Dóse. Nos adultos, 2 a 5 grammas (40 a 100 grãos) em 150 grammas (5 onças) d'agua adoçada, ou em clyster.

Nas crianças, 1 a 2 grammas (20 a 40 grãos).

As formas pharmaceuticas do chloral hydratado devem ser simples e frequentemente reformadas, por que podem alterar-se e perder a sua efficacia.

Poção de chloral hydratado.

Chloral hydratado.....	100 grãos
Agua distillada.....	5 onças
Xarope de assucar.....	1 »

Para tomar uma colher, das de sópa, de quarto em quarto d'hora.

Xarope de chloral hydratado.

Chloral hydratado.....	2 oitavas
Xarope de assucar.....	40 »

Misture.—*Dóse:* Uma a cinco colheres de sópa, puro, ou misturado com agua.

Clyster de chloral hydratado.

Chloral hydratado 2 oitavas
 Agua 6 onças
 Misture.

CLINICA CIRURGICA.

LIÇÃO CLINICA FEITA PELO PROFESSOR RICHEL
 SOBRE A IGNIPUNCTURA.

Recolhida por J. R. de Souza Uchôa.

Este distincto cirurgião emprega ha algum tempo com bons resultados um novo methodo de cauterisação ao qual dá o nome *d'ignipunctura*. É sobre tudo nos casos de tumores brancos que temos visto este professor applicar semelhante tratamento. Não tratamos porem, de um curativo especial somente aos tumores brancos, é sim de um methodo therapeutico moderno applicavel a uma multidão de molestias. Eis em que consiste: O cirurgião munido de um cauterio em forma de bola, terminando-se por uma agulha longa e fina e aquecido até a incandescencia, (*rougi a blanc*) nos tecidos doentes, o introduz e retira immediatamente. Diversas picadas semelhantes são feitas durante a mesma sessão. Estas podem ser repetidas no fim de um tempo mais ou menos longo. Quinze ou vinte picadas, feitas em duas sessões, com quinze dias d'intervallo, podem modificar de uma maneira vantajosa o estado de uma arthrite fungosa, de um tumor branco em suppuração. Os cauterios que emprega este cirurgião, e cuja descripção já fizemos em um artigo passado, são armados de uma agulha de platina de 5 a 6 centímetros de comprimento, cuja base tem pouco mais ou menos 3 a 4 millímetros de diametro, e cuja extremidade é pouco mais ou menos romba. As agulhas de ferro não dão bons resultados; ellas são susceptiveis de enferrujar-se, e tem a desvantagem de perder sua rigidez quando aquecidas, e por conseguinte não podem penetrar facilmente nos tecidos. A agulha deve ser parafuzada sobre a bola do cauterio, que tem um centimetro de raio; esta bola é de aço. O cabo do instrumento não apresenta nada de particular.

Supponhamos que se tenha a intenção de applicar a ignipunctura em um tumor branco do joelho. Deve-se em primeiro lugar determinar os pontos sobre os quaes a cauterisação será feita, e marca-los com tinta. Os cauterios, previamente aquecidos, são conduzidos perto do doente. Devem ser collocados tão perto, quanto fôr possível, do membro sobre que se deve operar, pois elles esfriam-se com extrema rapidez. O cirurgião serve-se successivamente dos cauterios, um após outro, cujo

numero deve ser igual ao das picadas que se quizer praticar. A agulha queima e destroe os tecidos diante d'ella, e penetra tão longe quanto se quizer, com grande facilidade. O cirurgião deve ter a mão segura; si elle introduzir o cauterio até o nivel da bola, esta produzira uma queimadura sobre a pelle que é necessario evitar. A agulha não deve penetrar senão nos dois terços de seu comprimento. Esta deve ser retirada como foi introduzida, rapidamente, sem violencia e sem hesitação. Algumas vezes uma gotta de sangue apparece; então a operação é defeituosa. É preciso que agulha escarifique os tecidos em seu trajecto, e que ella deixe a eschara toda inteira na pequena ferida. Si correr sangue, é prova de que a eschara foi arrancada, operou-se então com uma agulha mais ou menos fria; cortou-se e furou-se em vez de queimar; e em vez de produzir-se um trajecto fechado exteriormente por uma pequena eschara, determinou-se a formação de uma ferida contusa, susceptivel de suppurar. As cousas passam-se de uma maneira differente quando a agulha penetra em um foco purulento, em um kysto, em uma cavidade articular. Neste caso o liquido contido na cavidade, se escôa gotta a gotta. Porem no fim de pouco tempo, este escoamento para, e o trajecto cauterisado fecha exactamente.

As consequencias da ignipunctura consideradas em si mesmas são simples. Um pouco de inflammação e de vermelhidão limitadas em um pequeno circulo em roda da ferida; eis tudo que acontece. A dôr, durante e depois da operação, é, por assim dizer, nenhuma.

Quanto ao modo de acção da ignipunctura é facil conceber. Cauterisando-se sobre muitos trajectos lineares, os tecidos doentes, como, por exemplo, as fungosidades de uma arthrite chronica, desenvolve-se em roda de cada trajecto um foco d'inflammação. Esta inflammação sendo de origem traumatica participa da energia, e da evolução rapida das inflammações francas. Ella substitue-se, por assim dizer, á inflammação chronica, que se desenvolve lentamente em torno d'ella; por esta acção substituitiva, modifica poderosamente, sobre uma vasta extensão, a marcha da lesão morbida que é destinada a combater. Esta modificação não ultrapassa certos limites; com effeito, o traumatismo, sendo neste caso circumscripto em um trajecto sub-cutaneo não pode determinar suppuração.

A escolha dos pontos em que se deve praticar a ignipunctura não é cousa indifferente. É preciso evitar as regiões em que se pode encontrar nervos ou vasos importantes. No cotovello, por exemplo, esta será praticada

sobre a face posterior do membro, evitando-se a goteira do nervo cubital; no joelho pratica-se sobre a face anterior, no punho sobre a face posterior, e assim por diante nas outras regiões. A lesão de uma arteria poderá occasionar uma hemorragia grave, um aneurysma; a lesão de uma veia poderá occasionar uma hemorragia, uma phlebite.

Pode-se conceber que a ignipunctura poderá occasionar diversos accidentes, taes como, a erysipela; as lymphangites dos membros, a formação de focos purulentos em roda dos trajectos cauterisados. Todavia, estes accidentes nao se tem mostrado na pratica do professor Richet.

Quanto a erysipela, é evidente, theoreticamente, que o perigo, si existe, acha-se reduzido ás mais fracas proporções.

As indicações da ignipunctura são multiplas e importantes. Pode ser applicada com vantagem nos tumores brancos em periodo chronico, considerados em geral, qualquer que seja a forma anatomica destas affecções.

As fungosidades synoviales, as osteites das epiphyses deixam-se modificar igualmente com o soccorro desta medicação. Pode-se fazer applicação desta cauterização nos casos de inflammação dos ossos; a agulha penetra com facilidade, e exerce sua acção da mesma maneira que sobre as partes molles.

Nos tumores brancos em seu periodo agudo, concebe-se facilmente, que a ignipunctura não é indicada. Neste momento esta molestia articular affecta a forma da inflammação franca e ameaçadora; é preciso acalmar a inflammação, e não excita-la.

Enfim já indicamos a applicação deste methodo nos kystos synoviales. Neste caso ella obra como cauterização, e como punção capillar: o conteúdo do kysto se escôa gotta a gotta pelas picadas feitas com agulha. Nos kistos synoviales da palma da mão, este cirurgião récommenda abster-se, ou então proceder com extrema circumspecção, por causa do perigo que existe de ferir a arcada palmar superficial, os ramos do nervo mediano e do nervo cubital.

METHODO OPERATORIO PARA A CURA DO VARICOELE PELA CAUTERISAÇÃO COM O FERRO VERMELHO (CAUTERIO ACTUAL) EMPREGADO NO HÔTEL-DIEU PELO SR. VOILLEMIER.

Por J. R. de Souza Uchôa.

Um novo meio curativo para o varicocele tem sido praticado pelo Sr. Voillemier, de preferencia a todos os processos operatorios, que se tem posto em pratica até hoje para a cura

d'esta molestia taes como: a compressão, a compressão e cauterização reunidas, o esmagamento linear, a ligadura extemporanea de *Maison-neuve* e as injeções com o perchlorureto de ferro, feitas por este ultimo cirurgião, nas varises testiculares.

A cauterização das veias varicosas, feita por Boinet por meio da massa de Canquoin, se aproxima um pouco do methodo, que tencionamos descrever, o qual é posto em pratica actualmente no Hotel-Dieu pelo Sr. Voillemier.

Este processo operatorio empregado pelo Sr. Voillemier, consiste no seguinte: As veias varicosas isoladas do cordão, são seguras e comprimidas por duas grandes pinças, que se collocam, uma acima do testiculo e a outra do lado do penis, as quaes puxam para o lado de fóra as veias varicosas.

Uma terceira pinça collocada na parte interna, separa o canal deferente e a arteria espermatica das veias.

Isto feito, e chloroformisado o doente, o cirurgião applica o cauterio entre as duas pinças que contem as veias, as quaes são divididas em sua totalidade como por um instrumento cortante. O curativo consecutivo é feito por meio de compressas embebidas d'agua fria.

Convem que digamos, como completamente do que já ficou dito, que todas as vezes que se tiver de praticar a cauterização com o ferro vermelho, o cirurgião deve lembrar-se, que logo depois de vencida a resistencia offerecida pela epiderme será preciso operar com prudencia, pois o ferro vermelho corta com tal facilidade o tecido cellular que si não se tiver isto em vista se poderá exceder o limite desejado. O Sr. Voillemier nunca deixa de fazer esta observação no momento de começar a operação.

EXCERPTOS DA IMPRENSA MEDICA.

DIAGNOSE DA SYPHILIS CEREBRAL

DISSERTAÇÃO INAUGURAL APRESENTADA Á FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE ZURICH POR FREDERICO HESS.

Traduzida do allemão.

Por João Feliz Pereira.

Na Gazeta Médica de Lisboa.

II

Diagnosticos differencial entre a syphilis do cerebro e doencas similhantes não syphiliticas.

Depois de havermos, abreviadamente, encarado por todos os lados a syphilis cerebral, vamos procurar a solução da seguinte questão: « Como se distinguem os symptomas e fórmulas pathologicas pertencentes á syphilis cerebral, dos symptomas e fórmulas pathologicas similhantes, provenientes de outras causas? ». Para

resolver esta questão, não basta ter em vista só os symptomas especiaes, por não possuírem nenhum character absolutamente distinctivo; o diagnostico deve fundar-se no accurado exame de todos os outros symptomas, bem como de todo o curso da doença, da etiologia, do resultado therapeutico e, eventualmente, da autópsia.

Paralysias.—Entre as causas que podem produzir extensas paralysias dos musculos, sobresae o *envenenamento saturnino*. A investigação da etiologia facilitará na maioria dos casos a diagnose, quando o doente ou é syphilitico, ou se tem exposto á acção do chumbo. Se porém occorrem ao mesmo tempo estas duas circumstancias, pôde a distincção tornar-se difficil; porque podem sem duvida ambas as causas actuar ao mesmo tempo, e fazer que os symptomas se desenvolvam mais rapidamente, e se tornem mais perigosos. O chumbo só produz paralytia quando tem, durante muito tempo, operado sobre o corpo, e n'este caso se tem já antes apresentado colica de chumbo, cor livida da pelle e das gengivas, etc. A paralytia é muito caracteristica: é centrifuga, começa, por exemplo, nos hombros, estende-se aos braços e ataca de preferéncia os musculos extensores, por cuja razão ha tambem contracturas muitas vezes. A hemiplegia, frequentissima, na syphilis é raro observar-se; mas é vulgar a paralytia de ambos os braços ou de ambas as pernas; permanecendo no ultimo caso a hexiga quasi sempre livre. Os musculos paralytiados perdem logo sua irritabilidade electrica e se tornam por fim atrophiciados. Na autópsia o cerebro se apresenta amarello desmaiado, endurecido e um tanto hypertrophiciado. As paralysias occasionadas por hysteria são raras vezes completas, vêem muitas vezes de subito depois de impressões physicas violentas, como tambem cessam de subito pelo mesmo fundamento. A paralytia pôde assumir a fórma de hemiplegia ou de paraplegia, ou limitar-se a uma só extremidade. A anesthesia está mais frequentemente ligada com ella, do que na paralytia syphilitica. Attenda-se tambem a que a hysteria apparece de ordinario nos individuos do sexo feminino, que soffrem dos órgãos sexuaes, de chlorose e anemia. Admitte-se que a syphilis e a hysteria podem tambem existir independentemente uma da outra, como em um caso de Gjør, em que dois auctores francezes, contra a opinião de Gjør, só admittem uma paralytia hystericas em uma syphilitica, porque depois de uma amenorrhœa de quatro annos, grande parte do corpo ficou anesthetico, appareceram caimbras nos membros paralytiados, e a therapia especifica, geralmente acceita, foi sem resultado sobrevindo as melho-

ras espontaneamente. Nas *paralysias rheumaticas*, servem para a diagnose a circumstancia etiologica do resfriamento, os phenomenos precedentes e concomitantes do rheumatismo e a invasão quasi sempre rapida, e alem d'isto a circumstancia de serem as paralysias de natureza peripherica sempre. A paralytia pôde ser consequencia de *esgotamento da innervação*, consequencia de excessos de qualquer ordem, especialmente sexuaes; depois de molestias convulsivas graves, como epilepsia, eclampsia, talvez tambem choréa; vem com frequencia paralysias, as quaes, passageiras quasi sempre, podem a final tornar-se habituaes. Taes paralysias se apresentam ás vezes nas mulheres gravidas e puerperas, nas creanças, ou depois de doenças graves, como o thypho; tambem em consequencia de affecções dos rins, do canal intestinal, do utero, etc. A diagnose é em taes casos geralmente facil pela adequada indagação de todas as circumstancias, não se tornando difficilissima, se não com o simultaneo apparecimento da syphilis.

Sobre as diversas fórmas de paralysias temos dito quanto é necessario; só ajuntaremos duas palavras a respeito da *paralytia dos nervos oculares motores*. Alguns auctores querem diagnosticar syphilis pela paralytia unicamente, com especialidade pela ptoxis. Assim opina Sandras, que encara a ptoxis como signal seguro da cachexia syphilitica. Na maior parte dos casos a consideração de todas as outras circumstancias, e, com particularidade, dos resultados therapeuticos, será preciso para segurar o diagnostico. As paralysias rheumaticas, alem do que ja se disse, restringem-se muitas vezes a alguns ramos nervosos.

Choréa.—É rara a choréa não syphilitica depois da idade de quinze annos, e commun na idade em que ainda não existem affecções syphiliticas; todavia a idade adulta não é de todo poupada. É mais frequente no sexo feminino e nas pessoas anemicas. As causas occasionaes (affecções mentaes, particularmente o temor, o onanismo, a prenhez, etc.) não são de grande importancia para o diagnostico. É raro durar menos de seis semanas; em um caso de choréa syphilitica citado por Costilhes, a cura operou-se em tres semanas. Na choréa tanto syphilitica como não syphilitica, o mal se limita em alguns casos a metade do corpo ou ás extremidades. Steenberg faz menção de um trabalhador robusto, de vinte e seis annos de idade, no qual a choréa atacou o braço direito e depois, com menor força, a perna direita. Que era um caso de syphilis mostrou, alem da idade e sexo do doente, a rapidez da cura pelo iodureto de potassio.

Epilepsia.—Aqui o diagnostico differencial, na maioria dos casos, não é muito difficiloso. A epilepsia sem causa syphilitica apparece quasi sempre antes da idade de trinta annos; sendo frequentissima na idade da puberdade, ó rara com effeito na velhice. A idade mais adiantada do enfermo mostra com probabilidade a existencia da syphilis; bem como a falta das causas ordinarias, hereditariedade (na epilepsia, alienação ou embriaguez dos velhos) cachexia, embriaguez, onanismo. Em mais de um terço de casos de epilepsia ordinaria, o primeiro ataque sobreveio a um temor violento, o que é mais raro na syphilis. Importante para o diagnostico é tambem a observação dos intervallos dos ataques. Na epilepsia syphilitica é raro que o enfermo gose de saude n'esses intervallos; mas tem dores de cabeça, vertigens, desordens nas funcções estomacaeas, etc.; entretanto que no caso contrario os intervallos em regra são de todo livres, ao principio; e só depois de certo tempo de doença, a debilidade e outras perturbações que de ordinario se seguem passageiramente a cada ataque, se tornam estacionarias; e tambem occorrem soffrimento psychicos profundos. Reconhecer a syphilis pela fórma do ataque, não é possível; apparecem entre todos os graus possiveis de intensidade só a perda da razão ou só convulsões. Tem-se dito que na syphilis os ataques são mais frequentes á tarde e á noite; mas isto succede igualmente sem syphilis os ataques são raros ao principio, mas depois crescem em frequencia e em violencia; pelo contrario na epilepsia não syphilitica não se encontra, na maioria dos casos, nenhuma regularidade na invasão

Apoplexia.—Para distinguir uma apoplexia confirmada dos ataques apoplectiformes, resultantes da syphilis cerebral, importa primeiro conhecer a idade dos doentes. A apoplexia que sem duvida póde occorrer nas primeiras idades, torna-se mais frequente com a idade. Quando pois na gente moça se dão ataques apoplectiformes, a probabilidade de uma causa syphilitica é muito maior, principalmente se nenhuma das outras causas se conhecem, nem arterias ossificadas, nem desordens de circulação, etc., e pelo contrario existem outros symptomas syphiliticos. Os ataques syphiliticos são geralmente precedidos de prolongada cephalalgia, vertigens, tambem talvez paralysias parciaes, enquanto na apoplexia faltam muitas vezes os symptomas prodromicos, taes como enfraquecimento da memoria, somnolencia, cephalalgia e vertigens, perturbações dos sentidos, etc. Na syphilis o insulto apoplectico é em geral passageiro e insignificante; ás vezes o

doente não perde a razão, e passados alguns minutos sento-se de todo restabelecido. A paralyisia passa depressa; em poucos dias se observa diminuição e as melhoras progridem incessantemente. É raro que os syphiliticos morram logo depois do ataque. Na apoplexia verdadeira, pelo contrario, o insulto apoplectico é muito mais significativo e raras vezes falta, excepto nas hemorragias capillares. Depois do ataque melhoram vagarosamente todos os symptomas, e, passados alguns dias de encephalite, permanece em regra a hemiplegia por toda a vida e com ella perturbações psychicas. Completo restabelecimento é apenas possível, mas os residuos da doença são muitas vezes insignificantes. O chamado *habitus apoplectico* tem mui pouca importancia para o diagnostico; mas as congestões se apresentam nas apoplexias mais do que nos ataques por causa syphilitica. Depois dos ataques tanto syphiliticos como não syphiliticos, a paralyisia estende-se de preferencia á extremidade superior.

Cysticercos.—A syphilis do cerebro póde bastantes vezes simular o caracter de um cysticercos; porém existem sempre muitas circumstancias que pelo menos possibilitam um diagnostico provavel. Antes de tudo a etiologia, se não ha signaes de syphilis, se, pelo contrario, o doente tem uma solitaria ou tem oportunidade organica para este animal, se se reconhecem cysticercos debaixo da pelle ou nos olhos; uma affecção cerebral proveniente de outra causa, é improvavel, por se não achar disposição hereditaria, nem affecção de vasos, nem causa traumatica, etc.; então o diagnostico é sufficientemente seguro, quando os symptomas concorrem para admitir a existencia do cysticercos. A idade não póde utilizar-se para o diagnostico; por ser muito rara a invasão dos cysticercos na velhice e antes da puberdade, e é um pouco mais frequente no sexo masculino do que no feminino. Não ha no cysticercos uma determinada ordem de symptomas correspondentes á existencia dos animaes em diversas partes do cerebro, ao mesmo tempo e nomeadamente a frequente complicação de paralyisia, epilepsia e desordens psychicas; um agitado curso da epilepsia a que Griesinger dá grande importancia, apparece, segundo Kuchenmeister só na metade dos casos. Pelos symptomas póde não ser um cysticercos seguramente reconhecido, e um determinado diagnostico só é possível quando, ao mesmo tempo, em outras partes do corpo existem cysticercos. Na autopsia é facil a distincção entre syphilis e cysticercos. Mas não esqueçamos que os ultimos, em muitos casos, não apresentam nenhuns symptomas.

Tuberculos.—Seu diagnóstico funda-se em dois caracteres principaes, na quasi exclusiva, apparição nas primeiras idades e no signal de simultanea tuberculose em outros orgãos. Os symptomas são pouco característicos; representam um papel principal as desordens da motilidade; convulsões que acommettem ás vezes um só lado e têm muitas vezes a fórma de ataques epilepticos, e paralyrias em relação com as lesões do cerebello. É raro faltar a cephalalgia, que na maior parte dos casos é muito violenta, e vem sob a fórma de accessos. Os enfermos estão quasi sempre inquietos. Depois de longa duração da doença, as forças moraes e physicas decæem e a terminação é quasi sempre a morte. O diagnóstico differencial é mais facil na autopsia; os tuberculos, na maior parte dos casos, um ou dois, são corpos amarellados, esphéricos ou menos regulares, de natureza caseosa ou mais duros, geralmente com um involuero acinzentado. Têm, termo medio, o tamanho de uma ervilha e têm sua séde, com muita frequencia, no cerebello e nos hemisphérios do cerebro. Na pia mater encontram-se massas tuberculosas semelhantes, e ás vezes tambem a tuberculose dos ossos do craneo. Em um interessante caso publicado por Virchow, este observador reputou mais provavel que um tumor do cerebro fosse tuberculoso do que syphilitico; mas o curso da doença disse o contrario; syphilis secundaria curada com mercurio, depois de sete annos apparecem, sem causa conhecida, symptomas que igualmente cedem ao mercurio, e quatro mezes mais tarde reaparecem, e a morte sobrevem. Os tumores do cerebro são, na grande maioria dos casos, semelhantes, de um cinzento esbranquiçado e penetrantes, com algumas concreções caseosas em tão pequena quantidade relativamente, que isto serve para distingui-los dos tuberculos ordinarios, os quaes são duros e caseosos até quasi ao seu limite exterior. Alem d'isso não existem ao mesmo tempo tuberculos recentes em nenhuma outra parte do corpo; nos pulmões algumas concreções caseosas espalhadas que se distinguem das concreções tuberculosas pela séde e pela fórma. (Acham-se, principalmente nos syphiliticos, muitas veses no pulmão, infiltrações caseosas, velhas concreções caseosas, cicatrizes, etc., que nem sempre são de natureza tuberculosa).

Aneurisma das arterias cerebraes.—Seu curso é assás irregular com ataques apopléctiformes, que por fim trazem a morte. Entre os symptomas apparecem quasi sempre as paralyrias que podem ser hemiplegias e paraplegias, ou acommettem as extremidades todas. É raro perturbarem-se os sentidos ou a razão. Exemplar

certo de cura não ha nenhum. Os aneurismas não são frequentes e é na idade adiantada que principalmente se apresentam. A diagnose funda-se na existencia de aneurismas n'outras partes do corpo, na ossificação das arterias, nas pulsações muito cheias das carotidas. O aneurisma da arteria basilar se conhece, segundo Griesinger, por uma forte compressão das carotidas; apparecem logo caimbras geraes violentas.

Tumores do cerebro (em sentido estricto.—Só pelos symptomas fazer o diagnóstico differencial entre as novas formações syphiliticas e não syphiliticas no cerebro, é apenas possivel. Algumas indicações ha sem duvida, nomeadamente a cephalalgia, que segundo Laçame, é leve nos tumores não syphiliticos, mas que ás vezes tem violentissimos paroxismos, que podem causar a morte; é raro chegar a cephalalgia a este grau. São frequentes as exacerbações nocturnas. A dor de cabeça é menos fixa do que na syphilis e não augmenta com a pressão do dedo, enquanto a cephalalgia syphilitica augmenta com a pressão, mesmo sem haver affecção ossea. A etiologia esclarece pouco a este respeito.

Indicam a existencia de carcinoma, fórma de tumores muito frequente, o emmagrecimento progressivo, a cachexia, o marasmo; porém faltam muitas vezes estes signaes, quando ao mesmo tempo não apparecem caneros em outros orgãos. Nem sempre se verifica o ultimo caso; de ordinario não se formam carcinomas n'outras partes do corpo, nem simultaneos, nem successivos, e até os ganglios lymphaticos vizinhos permanecem geralmente isentos. O curso da doença é em regra mais rapido, com frequentes exacerbações e remissões. É importante para o diagnóstico a idade mais adiantada do doente. O cancro é em geral medullar de tamanho mui differente, é pôde ter sua séde, não só no cerebro, mas tambem nas suas membranas (ou nos ossos do craneo). O sarcoma exprime-se pelo successivo desenvolvimento dos symptomas, por seu vagaroso curso e pelo soffrimento geral ulterior. Na maior parte dos casos ha só uma tumefacção do tamanho de uma avelã que muito frequentemente sae da dura-mater. Outros tumores, taes como kystos, etc., são mais raros e mal se diagnosticam.

Hydrocephalo.—Para determinar se um dado hydrocephalo é ou não de origem syphilitica, a idade fornece um ponto de apoio. O hydrocephalo não syphilitico, raro nas idades intermedias, é muito frequente nas creanças e nos velhos; n'estes especialmente, em consequência da atrophia cerebral senil. Alem d'isso, a etio-

logia é importante: o hydrocephalo não syphilitico provém não só de outras doenças cerebraes, mas também de perturbações na composição do sangue, em consequencia de cancro, tuberculose, doença de Bright, etc., ou de alterações da circulação, em consequencia de doenças do coração e dos pulmões, congestões do cerebro habituaes, etc.

Sclerose do cerebro.—Não fallamos aqui senão da sclerose cerebral que se encontra nas primeiras idades e nos adultos, sclerose que anatomicamente se distingue por granulos coreaceos, de forma irregular e diverso tamanho, com sua séde na substancia do cerebro. São tão característicos os symptomas e o curso da doença, que não será difficil distinguir a sclerose da syphilis cerebral. Se a paralysis ataca uma perna ou alguns de seus musculos, estende-se muito irregularmente a todas as quatro extremidades, limitando-se raras vezes a uma só metade do corpo. Passado algum tempo, os esphincteres são também acommetidos pela paralysis, assim como os musculos que servem para a voz, mastigação, deglutição e respiração. Pelo que respeita á sensibilidade, o enfermo ao principio sente dores, com especialidade nos pés; depois vem a anesthêsia. Perturbações dos sentidos e da intelligencia são raras; só ás vezes ha leve depressão psychica. O curso da doença é muito lento na maior parte dos casos; os symptomas, durante annos successivos, desenvolvem-se progressivamente ou com pequenas oscillações. Casos de cura não se conhecem.

Hematoma da dura-mater.—Ora constitue por si uma doença, ora vem durante o curso das doenças inflammatorias e inficiosas. O curso da doença é ao principio agudo, febril, succedendo-lhe um periodo chronico com violenta cephalalgia, grande somnolencia e permanentes contractura das pupillas; periodo que póde ser de mui desigual duração. A final vem um ataque apoplectiforme, mas que se desenvolve vagarosamente. Observam-se outros symptomas, tremores, convulsões, paralysis, contracturas, etc. A etiologia é também importante para a diagnose, sendo o hematoma occasionado principalmente pelo abuso de bebidas alcoholicas e affecções do craneo.

Hypertrophia.—É muito rara e só apparece nas primeiras idades, por isso mal se póde confundir com a syphilis.

Atrophia.—Quando ocorre nas creanças, é de ordinario uni-lateral e produz hemiplegia com alto grau de atrophia das partes paralyzadas e enfraquecimento do espirito e convulsões. Na *atrophia senil* desenvolvem-se muito regular e paulatinamente estados de debilida-

de referentes, tanto ao espirito, como ao corpo. Atrophia semelhante se observa no curso das doenças consumptivas, talvez também na dyscrasia alcoolica, intoxicação saturnina e outros estados semelhantes. A *atrophia parcial*, que é frequente resultado da apoplexia, embolia, encephalite e outras doenças cerebraes, produz phenomenos analogos aos que provém da atrophia geral nos velhos e nos individuos debilitados. Mas n'esta é menos difficil melhorar do que na forma anterior, em que na maioria dos casos se generalisam a final a paralysis e o enfraquecimento.

Encephalite.—Para determinar se a origem d'ella é ou não a syphilis deve-se attender á etiologia, principalmente. A encephalite não syphilitica é, com muita frequencia, de origem traumatica, podendo também proceder de affecção dos ossos do craneo e da face ou das partes molles da cabeça, por novas formações de qualquer especie no cerebro ou meninges. Uma origem principal está nos phenomenos morbidos do systema vascular: atheroma arterial, lesões do coração, trombose, embolia e também alterações pyemicas e septicas. Como as degenerações chronicas dos vasos crescem com a idade, a encephalite é frequentissima nos velhos; o que é importante para o diagnostico.

Meningite.—Tambem aqui a physionomia da doença é a mesma, não servindo para determinar se é ou não de origem syphilitica. Deve-se, pois, para a diagnose, attender bem ás outras circumstancias. Muitas vezes só a autopsia esclarece a natureza da molestia, como em um caso citado na *Gazeta hebdom*, 1861. Houve durante a vida cephalalgia, andar vacillante, perturbação da vista, diminuição de appetite, hemiplegia incompleta. A autopsia mostrou phenomenos semelhantes aos da meningite tuberculosa; mas a tuberculose foi excluida como causa, e só admittida a syphilis pelas seguintes razões: ás granulações na pia-mater falta a natureza caseosa no centro, que é característica da forma tuberculosa e ao mesmo tempo ha granulações no cerebro, o que é raro na tuberculose; contra a tuberculose está a falta de um derramamento nas cavidades do cerebro, ou de uma exsudação purulenta nas meninges, bem como o tamanho de algumas granulações (como uma ervilha) e a circumstancia que os pulmões e os ganglios bronchiaes estão isentos da affecção tuberculosa.

Traumatismo.—Quando a syphilis ou o traumatismo precedem uma affecção cerebral, nem

sempre é facil determinar que parte tem uma e outra na causa da doença; se o traumatismo não teve influencia ou, só foi uma causa occasional ou se é a verdadeira causa da doença, e a syphilis uma complicação accidental sómente. Em geral podemos admittir que o traumatismo, quanto mais determinadas e exclusivas são as causas, mais significativo é. Steenberg cita um caso de lesão traumatica do craneo n'uma mulher syphilitica; a ferida tomou cada vez mais o aspecto syphilitico e conduzio á morte pela necrose e amollecimento cerebral. Segundo Steenberg, a syphilis não póde aqui admittir-se, com segurança, como verdadeira causa da doença, porque a contusão era por si bem significativa, e o iodureto de potassio não produziu nenhum effeito; muito provavelmente ambas as causas tinham actuado aqui. Pelo contrario n'outros casos como o que foi observado por Ogez-Rul, no qual depois de pancadas na cabeça, appareceram violenta cephalagia, perturbações dos sentidos e da razão, epilepsia; porém se obteve a cura com o tratamento pelo iodureto de potassio, deve-se admittir a syphilis como causa principal.

Hydrargyrose.—Já se lhe tem querido attribuir muitos ou todos os symptomas da syphilis secundaria e terciaria, mas sem exacta demonstração. Podem na verdade pelo uso excessivo do mercurio, como tambem por sua accumulção no organismo, apparecer symptomas nervosos, como tremores, paralyrias, enfraquecimento de espirito; mas com alguma attenção não é difficultoso distinguir estas perturbações das de natureza syphilitica.

Intoxicação alcoolica.—Pela vacillação no andar, perturbação na falla, enfraquecimento da memoria e outros symptomas semelhantes, o doente de syphilis cerebral apresenta muitas vezes um aspecto que, olhado superficialmente, póde confundir-se com o da embriaguez. Mas uma observação mais exacta e mais repetida faz conhecer a verdadeira origem das perturbações. (Continúa.)

VARIÉDADES.

A *Gazeta Medica de Lisboa* extrahe do *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie* o seguinte:

Mappa que resume, debaixo do ponto de vista do diagnostico, as indicações fornecidas pela maneira porque se opera a funcção urinaria, pelo Dr. Le-Bon.

Perguntas feitas pelo medico	Respostas do doente	Conclusões a tirar da resposta do doente.
Urina muitas vezes?	Sim..	Um ponto da uretra ou da bexiga está irritado. A frequência das micções é proporcional ao grau da inflamação. Conhecer-se-ha o ponto doente pelas duas perguntas seguintes.
	Não..	Passa-se á outra pergunta.
Sente dor quando começa a urinar?..	Sim..	A inflammação tem séde na uretra ou no collo da bexiga, e o doente tem uma das affecções seguintes: aperto da uretra, blenorrhagia, cancro do meato.
	Não..	Passa-se á seguinte pergunta.
Sente dor quando acaba de urinar?..	Sim..	A inflammação tem séde na bexiga e o doente é atacado de uma das affecções seguintes: catarrho vesical, calculo ou corpo estranho na bexiga, nevralgia vesical, inflammação da prostata.
	Não..	Passa-se ás perguntas seguintes.
Urina distante?....	Sim..	Estado normal.
	Não..	O doente é atacado de uma das affecções seguintes: atonia vesical, paralyria vesical ou ligada a uma affecção da medulla espinhal ou do cerebro, diminuição das forças, estagnação da urina no seu reservatorio, hypertrophia da prostata.

Perguntas feitas pelo medico	Respostas do doente	Conclusões a tirar da resposta do doente.
Gasta muito tempo para começar a urinar.....	Sim..	A força contractil da bexiga está diminuída. O tempo que decorre (15, 20, 30 segundos; etc.) entre a vontade de urinar e a acção póde servir de medida á força contractil da bexiga.
	Não..	Estado normal.
Urina sangue?.....	Sim..	O doente está atacado de uma das affecções seguintes: calculos dos rins ou da bexiga, nephrite, cystite aguda, ou das diversas doenças que podem produzir a hematuria.
	Não..	Passa-se a outra pergunta. O doente é atacado de areias e talvez de calculos; a côr dos depositos indica a natureza da areia (areia vermelha, areia urica, areias brancas, phosphatos, etc.)
A urina deixa depositar areias?.....	Sim..	Passa-se a outra pergunta.
	Não..	O doente tem uma das affecções seguintes: blenorragia ou vaginite, segundo o sexo; abcesso da uretra, da prostata, da bexiga ou do rim.
Tem corrido pus pela uretra?.....	Sim..	Passa-se a outra pergunta.
	Não..	O doente tem catterho da bexiga.
A urina tem mucosidades?.....	Sim..	Estado normal.
	Não..	O doente tem atonia vesical em começo, ou aperto de uretra.
Cáem algumas gotas de urina depois de acabar de urinar?.....	Sim..	Estado normal.
	Não..	Estado normal.

NOTICIARIO.

Distincção merecida — Foi nomeado membro associado livre d'Academia de Medicina de Paris o Dr. Amedée Latour, muito illustre reductor da *Union Medicale*.

Congratulamos-nos com o valente athleta da imprensa medica por esta honraria que ainda mais firmá o elevado conceito de que já goza por sua alta posição scientifica.

Influencia da actividade mental sobre a excreção do acido phosphorico pelos rins. — Procedendo a este interessante estudo, o Sr. Luther Hodges Wood chegou ás seguintes conclusões:

1.ª A quantidade d'urina excretada varia em diversos periodos do dia, até com uma diéta fixa; a urina do dia excede a da noite na razão de 3 para 2. A maior quantidade é excretada durante a manhã, a segunda em quantidade é a da tarde, depois é a da ultima parte da noite, e por ultimo é a da primeira parte da noite.

2.ª A densidade da urina varia na razão inversa da quantidade d'urina emittida; a urina excretada pela manhã tem um peso especifico maior do que a da noite

3.ª A quantidade total de solidos excretados é maior durante o dia do que durante a noite, cerca de 50 por cento; mostrando assim que a densidade não é diminuída na proporção da quantidade d'urina emittida.

4.ª A reacção da urina do dia é uniformemente alcalina, a da noite, acida; enquanto, entretanto, a urina acida é excretada durante ambos os periodos da noite, é somente a urina da manhã que é alcalina, sendo a da tarde acida.

5.ª O acido phosphorico total, excretado por hora, com uma diéta ordinaria, é maior durante o dia, elevando-se depois da principal refeição; enquanto n'uma diéta fixa, a excreção é maior á noite, sendo obtido o maximum durante a primeira metade da noite, diminuindo a quantidade á tarde; é menor ainda ás 7 horas da manhã, e a 1 da tarde.

6.ª Os phosphatos alcalinos, quando se usa d'uma diéta ordinaria, são em maior quantidade durante o dia, do que á noite; com uma diéta fixa o inverso é verdadeiro.

7.ª Os phosphatos terreos, por outro lado, são em maior quantidade durante o dia, tanto na diéta fixa como na ordinaria.

8.ª O total do acido phosphorico é muito mais affectado pela quantidade e especie do alimento.

9.ª As variações na quantidade do acido phosphorico, considerado no total, não são sufficientes para fornecer qualquer indicação do estado mental previo.

10.ª Os phosphatos alcalinos são somente ligeiramente augmentados quando augmenta a quantidade de trabalho mental.

11.ª Os phosphatos terreos diminuem nas mesmas condições, n'uma quantidade variavel de 20 a 40 por cento.

12.ª Nenhum augmento do acido phosphorico, tal como o indicaria a theoria da desintegração do tecido nervoso durante a acção, foi observado n'estas experiencias.

13.ª A alcalinidade da urina do dia, não é devida á presença de phosphatos alcalinos em excesso.