

les allivios enganadores, que nos arredou por algum tempo do nosso proposito.

Isto, porem, durou pouco, e, havendo reaparecido os soffrimentos com toda a sua intensidade, foi, finalmente, praticada a operação em 5 de setembro.

Sendo muito indocil, insistiu o doente em ser chloroformisado; mas, ao administrar-se o anestesico, recusou-se á inalação, de sorte que fomos obrigados a proseguir sem ella. Feita uma incisão semi-lunar, interessando os tecidos até o osso no ponto mais sensível, e virado para traz o retalho comprehendendo o periosteio, foi furado o osso por meio de um perforador de Laugier, de cinco millímetros de diametro.

N'este acto de perforar o osso, pouca dôr manifestou o paciente; a dous terços de pollegada de profundidade toda resistencia cessou abruptamente, e, ao retirar o instrumento, vimos a cavidade cheia de sangue, no qual nos pareceu distinguir alguns vestigios de pus; foram applicadas cataplasmas á parte, e, ao mudar a segunda, sahiu do orificio mais de uma colher de sôpa de pus espesso, que ainda por alguns dias continuou a sahir em menor quantidade. A dôr cessou de todo immediatamente depois da operação, e nunca mais voltou; em breve tempo cicatrizou a pequena ferida das partes molles, e hoje, passando-se o dedo sobre aquelle sitio, nenhuma falta se conhece no osso. O paciente está forte, sadio, e bem nutrido, e o osso diminuiu gradualmente de volume, posto que ficasse consideravelmente mais grosso do que o do lado opposto.

A frequente intermissão da dôr, algumas vezes mesmo por consideravel periodo de tempo, especialmente no começo da molestia, difficil embora de explicar, existia em todos os casos referidos por Brodie, do mesmo modo que no nosso.

Sendo a molestia, senão rara, pelo menos, rara vez bem comprehendida ou descripta, e sendo as observações de Brodie provavelmente accessiveis a poucos dos leitores da *Gazeta Medica*, julgo que o melhor é citar o seu resumo do diagnostico e do tratamento. Diz elle:— «Appresentam-se agora as seguintes importantes questões. Que circumstancias vos levarão a suspeitar a existencia de abcesso da tibia? E, suppondo se provavel que tal abcesso exista, qual é o verdadeiro modo de proceder na operação para o remediar?»

«Estando a tibia augmentada de volume por deposito de osso externamente, havendo dôr excessiva que se possa attribuir á tensão extrema, dôr que se agrave por intervallos, continuando estes symptomas, e aggravando-se

muito mais ainda, sem ceder a medicamentos, ou a outro tratamento que se tenha empregado, então podeis razoavelmente suspeitar a existencia de abcesso no centro do osso. Não deveis suppor que não haja abcesso por não ser constante a dôr; pelo contrario, ella muitas vezes vem com intervallos, e em um dos casos por mim relatados havia, como então declarei, uma intermissão de sete ou oito mezes; tendo a molestia durado um certo numero de annos, nunca, na verdade, desaparece inteiramente a dôr, porem ainda varia, e sempre ha periodos de allivio e de exacerbação. A reunião das circumstancias que deixo descriptas hão de plenamente justificar-vos em praticar no osso uma abertura com o trepano. Mas o que será, se vos enganardes? Não succederá isto muitas vezes; succedendo, porem, não pode haver grande mal em extrahir um circulo de osso, nem da operação resulta detrimento algum; não ha perigo n'isso. É muito simples em si mesma a operação. Pondez á vista a superficie do osso, e com o trepano fazeis uma abertura circular no sitio em que parece haver mais sensibilidade, ou que é mais dorido á pressão. Usareis de um trepano mui pequeno, sem virola alguma saliente, de modo que possa penetrar até á precisa profundidade.» Prosegue depois, affirmando que, não sendo reconhecida a molestia, nem opportunamente empregado o unico tratamento efficaz, vae o doente definhando por annos, no meio de torturas, até que, em continuo soffrimento, se lhe extingue a saude, e morre exausto, ou passa o mal para a articulação dando causa a nova serie de symptomas peiores do que os primitivos, sendo a sua unica salvação, (e bem mesquinha esperança é essa,) o romper o abcesso para a superficie, sem penetrar na junta. Brodie assevera ainda que, supposto possa a molestia sobrevir em qualquer osso, é muito mais frequente na tibia do que em qualquer outro.

CASO DE COMMOÇÃO CEREBRAL: CURA.

Pelo Dr. J. A. P. Moura.

No serviço, a nosso cargo, da Clinica Cirurgica da Faculdade, tivemos um caso importante de ferida contusa, complicada de commoção cerebral, terminando favoravelmente, e corroando, d'est'arte, o tratamento por nós instituido.

O interno de clinica, o Sr. Caldas, a quem encarregamos de historiar a molestia, entregounos a seguinte descripção, que, por estar d'accordo com o que observamos e practicamos, transcrevemos:

«Francisco Antonio Cyriaco, branco, solteiro, natural da Bahia, com profissão de sa-veirista, de constituição fraca e de temperamento lymphatico-nervoso, entrou, no dia 8 de Maio, para o Hospital, onde occupava o leito n.º 6 da enfermaria—S. Fernando—, em consequencia d'uma ferida contusa no sineiput, resultante d'uma queda que soffrera, rolando pelas escadas da casa que habitava, por falsear-lhe o pé ao descer. Ao tombar em terra perdera os sentidos, caindo, ao depois, no estado comatoso, em que fôra recolhido ao Hospital.

Na visita do dia 9 observamos o seguinte: O doente achava-se em decubito dorsal, e em um estado lethargico; o pulso era pequeno e lento, marcando menos de 60 pulsações por minuto; a temperatura da pelle pouco elevada; ligeiras contracções nos membros superiores, e inferiores; as palpebras contrahidas, e as pupillas pouco dilatadas e immoveis; a sensibilidade e a motilidade intactas; respostas difficeis e incongruentes, e, a espaços, sub-delirio.

A ferida havia interessado todos os tecidos até o periosteo; tinha os bordos irregulares e a extensão d'uma pollegada pouco mais ou menos;—sendo convenientemente explorada a ferida não se encontrou signal algum, que levasse a crer na existencia de fractura do craneo no ponto correspondente á parte offendida.

O Sr. Dr. Moura, vendo o doente sob a influencia d'uma commoção ou contusão cerebral, e julgando imminente, como era de temer, uma congestão para o cerebro e meninges, prescreveu o tratamento seguinte: 5 sanguesugas atraz de cada orelha, sinapismos nas extremidades, calomelanos em dose purgativa e plancheta de ceroto opiado para a ferida, depois de lavada com cosimento de malvas camphorado.

No dia 10, apresentando se o pulso mais cheio, e persistindo os mesmos symptomas, mandou applicar 5 sanguesugas em cada região mastoidea e insistir no uso do calomenanos e dos revulsivos.

Pela tarde d'este mesmo dia o estado comatoso era menos pronunciado; mas a plenitude do pulso e o calor da pelle eram mais augmentados do que pela manhã.

No dia 11 o estado soporoso diminuiu, a oclusão palpebral persistiu, e o pulso tornou-se lento.

O doente queixou-se de dores na cabeça e pelo peito. Continuou-se no tratamento externo ja estatuido, e para uso interno receitou-se o tartaro emetico em lavagem.

No dia 12 o doente apresentou o seguinte: diminuição lenta e gradual do estado comatoso; 60 pulsações por minuto; temperatura

do tegumento externo quasi normal; e respostas mais coherentes.

Continuou-se no mesmo tratamento, reduzindo-se a 4 o numero total das sanguesugas por dia.

No dia 13 o estado geral era satisfactorio. Suspendeu-se o uso das sanguesugas, e addicionou-se ao tratamento geral um vesicatorio applicado na nuca.

No dia 14 o estado geral do doente continuava a ser lisongeiro; apresentava o pulso mais regular, e respondia mais acertadamente ás perguntas, que se lhe faziam. Mesmo tratamento.

No dias 15 e 16 não offereceu o doente modificação alguma em seu estado. O regimen dietetico que tinha sido até o dia 16 constituido por caldos, passou a ser por mingãos.

No dia 17 sobreveio uma prostração geral, acompanhada de ligeira recrudescencia. Applicou-se duas sanguesugas atraz de cada orelha, e continuou-se com o mesmo tratamento.

No dia 18 o doente reassumiu o estado de melhora, desapparecendo de todo a ligeira recrudescencia, de que fora tocado na vespera.

Insistiu-se no tratamento prescripto.

No dia 19 manifestou-se um pequeno tumor, adjacente á ferida. Accrescentou-se ao tratamento precedente 2 vesicatorios nas coxas.

Nos dias 20 e 21 o doente descerra facilmente as palpebras, e apresenta uma melhora lenta, mas progressiva. Em razão de sobrevir ptyalismo suspendeu-se o calomelanos, e deuse-lhe a poção gommosa.

No dia 22 não havia mudança alguma notavel no estado do doente. Seguiu-se o tratamento ja indicado.

No dia 23 a melhora era assaz manifesta. O doente tinha as palpebras constantemente descerradas, a intelligencia mais lucida, em vista da coherencia das respostas. Prescreveu-se o tartaro emetico em lavagem, suspendendo-se-lhe o cosimento gommoso.

Nos dias 24 e 25 a melhora continuava gradualmente. Insistiu-se no mesmo tratamento. O doente passou a ter para almoço chá e pão, e para jantar gallinha assada e arroz.

No dia 26 incisou-se o tumor superveniente para dar sahida ao pus.

No dia 5 de Junho, para facilitar a cicatrizaçõ, passou-se nitrato de prata pelos botões carnosos esbranquiçados, que resahiam do fundo da ferida, applicando-se-lhe em seguida fios séccos. No dia 7 cahiu a eschara da ferida.

No dia 10 teve o doente alta, retirando-se inteiramente restabelecido, depois de 34 dias de tratamento.»

Dissemos que o doente achava-se sob a influencia d'uma commoção ou contusão cerebral,

por isso que é algumas vezes muito difficil, em principio, differençar estes dois estados pathologicos. Todavia, em razão de não haver, no caso vertente, agitação extrema, convulsões, delirio, contracções musculares pronunciadas, paralytia parcial, e reacção febril, que sempre sobrevém nos casos de contusão cerebral, meningite e encephalite, fomos levados á diagnosticar—commoção cerebral e não contusão.

Como quer que seja, em nada prejudica ao doente, neste caso, o diagnostico, visto que o tratamento destas entidades morbidas é quasi identico, confirmando assim o pensar de Velpeau e Cruveilhier, que entendem que a commoção cerebral não é senão um fraco gráu de contusão do cerebro.

Tivemos no nosso serviço ultimamente dois casos de feridas contusas na parte anterior da cabeça occasionadas por quedas de grande altura; e, entretanto, os doentes só perderam os sentidos na occasião do accidente, sem cahirem, ao depois, em coma, nem apresentarem o cortejo de symptomas que manifestava o doente que é o objecto d'esta observação.

D'onde se infere a seguinte illação:—que as feridas contusas do occipicio são mais graves do que aquellas que teem por séde a parte anterior da cabeça.

E acabamos de ver que este modo de encarar as feridas da cabeça, já admittido por Boyer e Dupuytren, foi ainda mais uma vez comprovado pela observação clinica.

A gravidade das feridas contusas do occipicio recresce de ponto quando se considera que, muitas vezes, os doentes que as apresentam, não obstante o desaparecimento de todos os symptomas, não obstante a entrada em convalescença, não obstante, até, a recuperação apparente da saude, são, quer ao erguerem-se dos leitos, quer dias depois, accommettidos de encephalite e meningite, cujo prognostico é quasi sempre fatal, ao passo que muitas feridas contusas da parte anterior da cabeça, como refere Dupuytren, produzidas por balas, espadas, floretes, etc., e acompanhadas de destruição parcial dos lobulos anteriores do cerebro, terminam-se favoravelmente, sem, ulteriormente, sobrevirem symptomas inflammatorios do encephalo.

A gravidade das feridas contusas do occipicio resulta, por sem duvida, das perturbações sobrevindas nas porções basilares dos centros da innervação (protuberancia annular e bolbo rachidiano), perturbações essas que prenunciam morte inevitavel, quando levadas a um certo gráu.

Na clinica cirurgica, a nosso cargo, acha-se actualmente um doente com ferida contusa na

parte posterior da cabeça, complicada de symptomas semelhantes aos que notamos no doente que serve d'assumpto a esta observação; e esperamos que, seguindo a mesma therapeutica, obteremos um resultado feliz.

Bahia 20 de Junho de 1866.

EXCERPTOS DA IMPRENSA MEDICA ESTRANGEIRA.

Nota sobre a uretrotomia interna, a proposito de dois casos de apertos organicos da uretra, curados por esta operação

(Continuação do numero antecedente, pag. 10.)

O terceiro instrumento, ou o *uretrotomo*, é constituido por uma haste de aço delgada, de fórma proporcionada ao rego do catheter pelo qual deve correr com facilidade, e de uma pequena lança que está continua na sua extremidade interna. Esta lança é uma lamina d'aço ponteaguda, de fórma triangular, do comprimento de 17 a 22 millimetros e de 7 a 9 millimetros na sua maior largura, com um bordo cortante na extensão de 10 a 13 millimetros, desde a ponta até á base onde é obtusa, e mais larga para não offender as partes sãs da uretra, as quaes dilata. No bordo opposto ao do gume e junto da ponta tem uma aresta que concorre a manter esta parte do uretrotomo no rego do catheter impedindo-a de sair d'elle. A extremidade opposta ou externa do uretrotomo tem um pequeno cabo metallico com um botão, cuja circumferencia é serrilhada, pelo qual se pega no instrumento e se faz mover em todo o comprimento do rego do catheter conductor.

Ha uretrotomos em que a fórma da lamina é mais verdadeiramente lanceolar, e cortante dos dois lados para fazer as incisões lateraes, construidos tão engenhosamente como os primeiros e com as mesmas variedades de largura.

É com esta parte do aparelho instrumental de Maisonneuve que se cortam os apertos, fazendo-a correr rapidamente pela goteira do catheter depois de devidamente collocada e segura.

Reflectindo, portanto, no modo porque actuam os novos instrumentos, que já possuia havia tempo, e tendo assistido á operação praticada com elles por mr. Declat no sr. Francisco Chamiço, resolvi avalial-os na propria pratica, escolhendo para o caso um doente com apertos fibrosos muito consideraveis, e fazendo não só uma incisão superior como fez mr. Declat, o que me parece insuffi-