

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-

ciente em muitos casos, mas tres incisões, uma superior e duas lateraes; e não mantendo na uretra uma velinha em contacto com as feridas, como tambem fez o mesmo sr. Declat, contra o conselho do proprio Maison-neuve e a pratica esclarecida de Sedillot.

A operação a que alludo foi praticada no amphitheatro das clinicas da escola medico-cirurgica no dia 10 de outubro corrente, perante varios collegas cathedraicos e do hospital, e dos alumnos do 4.º e 5.º annos medicos.

O doente, José Maria Ribeiro da Silva, de 40 annos de idade, entrára pela segunda vez na enfermaria de Santo Antonio, que dirijo no hospital de S. José, para se tratar de um aperto organico da uretra consecutivo a antigas blennorrhagias. Da primeira vez consegui melhora-lo no espaço de um mez, ou pouco mais, por meio da dilatação progressiva, a ponto de o proprio doente fazer por si mesmo a introdução de uma grossa sonda de estanho de n.º 38. Mas o doente fóra do hospital não pôde continuar a introduzir o instrumento dilatador, como lhe havia recommendado. Consequentemente, passados poucos mezes, foi obrigado a recolher-se de novo á mesma enfermaria em 20 de Setembro proximo passado.

Por esta occasião o doente urinava com muita difficuldade, com intervallos de uma hora ou pouco mais, sendo a micção acompanhada de tenesmo vesical muito incommodo. De noite urinava cinco ou seis vezes, e entre dia e noite vinte vezes e mais, raramente menos. Umas vezes a urina sabia gotta a gotta caindo perpendicularmente; outras em jacto muito delgado sempre bifurcado ou retorcido. Pela uretra havia um pequeno corrimento mucopuriforme. A urina era, além d'isso, sedimentosa.

Procedendo ao catheterismo com com uma sonda de estanho de n.º 26, não consegui passar o aperto que estava na parte posterior da porção membranosa, de 14 centimetros do meato urinario. Uma velinha elastica da grossura de 3 millimetros, cuja introdução foi tentada por duas vezes em dias diferentes, não pôde tambem penetrar o aperto.

Resolvi então operal-o pela uretrotomia interna com os engenhosos instrumentos, e segundo o moderno proceso de Maison-neuve, como vira fazer a mr. Declat algumas semanas antes, mas praticando tres incisões, em logar de uma só, como fizera aquelle habil collega.

Antes de proceder á operação, deitando o doente em decubito dorsal com os joelhos levantados, comeei por tentar a introdução

de uma velinha elastica de 2½ millimetros, a qual não foi possivel fazer passar até á bexiga. Reconhecida assim a profundidade do aperto e o grau de constricção que determinava, procedi então á introdução da velinha conductora que media 1½ millimetro na maior grossura, a qual passou o aperto com certa facilidade.

Em seguida articulei, parafusando á extremidade externa da velinha, a ponta do catheter canelada em espiral, o qual tinha 2½ millimetros de grossura, e conduzi-o até o aperto; mas o volume relativamente grande d'este instrumento não permittiu que passasse devidamente todo o aperto. Em consequencia tirei-o e substitui-o por outro mais delgado, de 2 millimetros, que consegui passar facilmente para além do aperto.

Immediatamente depois levei pelo rego da curva do catheter conductor o uretrotomo simples, de 7 millimetros na maxima largura, o qual, passando o aperto, o incisou na sua parte superior. Logo depois tirei este uretrotomo e metti em seu logar o uretrotomo duplo tambem de 7 millimetros na maior largura, e fiz pelo mesmo modo duas incisões lateraes.

Tirei então este ultimo instrumento, e seguidamente o catheter com a velinha articulada na sua extremidade vesical.

Depois de cada incisão, e quando setiraram os instrumentos, saíram pela uretra algumas gotas de sangue.

Para provar peremptoriamente que a uretra estava devidamente dilatada, introduzi logo depois da operação uma volumosa sonda de gomma elastica de 7 millimetros de espessura e de extremidade olivar, que todos viram passar até á bexiga com summa facilidade, e que tirei immediatamente.

O operado, mui satisfeito porque a operação fóra muito menos dolorosa do que suppunha, foi pelo seu proprio pé do amphitheatro para a sua cama na enfermaria de Santo Antonio.

Nas primeiras vinte e quatro horas os intervallos da micção foram de uma a duas horas; o jacto da urina, grosso, regular e impellido a distancia, era acompanhado de sentimento de ardor nos sitios correspondentes á operação; a urina, ensanguentada no principio, ia sendo gradualmente menos córada. No principio da noite o doente sentiu alguns calafrios, a que se seguiu febre, que quasi se extinguiu na madrugada quando appareceu ligeira transpiração.

Na manhã do dia seguinte ao da operação (11 de Outubro) a urina começou a estar clara e sem nenhum signal de sangue; o doente

já não sentia o mínimo ardor no acto da micção; a uretra não apresentava o menor engorgitamento, nem sensibilidade á pressão, nem o mais pequeno indicio de infiltração sanguinea ou urinosa; o pulso estava comtudo ainda um pouco ligeiro.

Nos dias seguintes o operado continuou a passar bem; a frequencia do pulso cessou e o accesso febril não reapareceu; o jacto da urina continuava grosso e projectado a distancia com facilidade e sem tenesmo, nem o menor incommodo, como no estado normal; os intervallos de cada micção foram-se espaçando progressivamente a duas, tres e quatro horas, urinando durante a noite apenas duas ou tres vezes; a urina citrina, transparente, sem nenhuma deposição mucosa ou salina; o corrimento muco-puriforme, que existia antes da operação, foi tambem diminuindo e desapareceu.

O operado levantou-se ao 5.º dia, quando suppoz que as feridas estariam cicatrizadas: e aos doze dias, em 21 do mez, achando-se bom, pediu-me para sair do hospital. N'este dia, querendo verificar o calibre da uretra, fiz lhe a introduccção de uma vela de gomma elastica de 7 millímetros de grossura, com extremidade olivar, em presença dos meus collegas, os Srs. Carlos May Filgueira, João Mendes Arnaut, Joaquim Theotónio da Silva e Oliveira Soares, e de varios estudantes, que tambem tinham assistido á operação; e essa vela, apesar de bem volumosa, passou muito facilmente pela uretra até á bexiga o que provou que o canal conservava a dilataçáo que havia adquirido pela operação praticada doze dias antes, apesar de não ter conservado sonda da uretra, como fez mr. Declat e como varios aconselham, e de nem mesmo a haver introduzido momentaneamente todos os dias, como outros recommendam. A unica introduccção de vela que fiz no meu operado foi instantanea logo depois das incisões, e só com o fim de verificar o effeito da operação. Não podendo demorar o operado por mais tempo na enfermaria, concedi-lhe alta no dia 24 de Outubro, isto é, quinze dias depois da operação; mas recommendei-lhe muito, que viesse procurar-me se sentisse o mais pequeno incommodo de vias urinarias.

A. M. BARBOSA.  
(Continua.)

#### **Tetano traumatico tratado pela acupunctura.**

O Dr. James Alexander Grant refere no *Medical Times and Gazette* de 4 de Novembro

de 1865 um caso de tetano traumatico tratado com optimo resultado pela acupunctura.

Depois de ter empregado durante oito dias quasi todos os meios aconselhados para combater o tetano, o Dr. Grant, induzido pela proficuidade da acupunctura em algumas molestias nervosas, resolveu-se a aproveitá-la como *ultimo recurso*.

« Inseriu tres agulhas n.º 9 nos musculos do pescoço de cada lado, a uma pollegada da apophyse espinhal das vertebraes cervicaes, e com eguaes distancias (uma pollegada) entre si. Antes da operação os musculos do pescoço estavam firmes e rigidos, e havia impossibilidade completa de rotaçáo da cabeça. As agulhas foram inseridas com difficuldade por causa da grande tensáo dos musculos; mas, apenas tinham sido introduzidas, o doente exclamou: graças a Deos, estou alliviado! Depois de um minuto tiraram-se as agulhas com muito maior facilidade do que se tinham introduzido; a tensáo muscular diminuiu logo, a deglutiçáo tornou-se mais desembaraçada, e o doente pode mover a cabeça para os lados muito facilmente. Observando-se esta notavel melhora desde a primeira operação, todos os dias se introduziram agulhas nos musculos rigidos das regiões cervical, dorsal, e lombar.»

« Desde então a rigidez muscular continuou a ceder sempre a este tratamento, de sorte que o doente restabeleceu-se em tres semanas, queixando-se somente da fraqueza resultante da severidade da molestia. »

#### **Caso de excisão do baço.**

A' Sociedade Pathologica de Londres apresentou o Dr. Spencer Wells, em 21 de Novembro de 1865, um baço hypertrophiado, excisado por elle no dia precedente. Logo após a operação pesava 6  $\text{gr}$  e 5 onças, mas n'essa occasião tinha 5  $\text{gr}$  e 12 onças, por ter já esgotado 9 onças de sangue.

Tinha cerca de 11 pollegadas de comprimento, oito de largura, e tres a quatro de espessura. Parecia simplesmente hypertrophiado, posto que em alguns lugares da superficie dêsse indicios de um começo de degeneraçáo amyloide ou lardacea.

Para sua extracção o Dr. Wells fez uma incisão de sete pollegadas na direcção do bordo externo do musculo recto abdominal. Houve pequena hemorrhagia.

A doente, depois de uma semana, morreu de pyemia com effusão no pericardio e em ambas as pleuras, mas sem hemorrhagia nem peritonite.