

## SUMMARIO

**CIRURGIA**—Congresso dos cirurgiões em Berlim: carta à *Gazeta Medica* pelo Dr. Lemos. Do tratamento da keratite intersticial pelo Dr. Moura Brasil. **MEDICINA**—Tratamento indigena brasileiro das febres palustres pelo Dr. José de Azevedo Monteiro. Hygiene hospitalar: do curso lido pelo Dr. Silva A. para a sociedade das sciencias medicas de Lisboa. **VARIEDADES**—O myelidema na tísica. Hemorrhagias secundarias: Causas: emprego do sulphato de quina. Emprego do tanino na pleurisia purulenta. Nota sobre o meio de produzir a suspensão dos ataques de epilepsia e das convulsões causadas pela strychnina e perdas de sangue. Preparação do chloroformio. Banhos mornos na variola.

## CIRURGIA

### CONGRESSO DOS CIRURGIÕES EM BERLIN

(Carta à *Gazeta Medica*)

Escrevendo estas linhas para a *Gazeta Medica da Bahia*, não tenho outro fim senão communicar aos dignos collegas do Brazil, certos pontos de cirurgia pratica que foram apresentados e discutidos pelos diversos cirurgiões da sabia Alemanha.

Muitos outros assumptos interessantes foram tambem apresentados ao congresso, porem os deixo de parte, podendo o leitor ter occasião de os ver publicados nos jornaes de medicina, e mesmo em separado. As sessões do congresso tiveram lugar nos dias 16, 17, 18 e 19 do corrente mez e foram presididas pelo professor von Langenbeck, o creador de cirurgia allemã, e de cuja escola tem sabido a maior parte dos professores de cirurgia nas diferentes universidades da Alemanha, e entre elles o professor Billroth, actualmente em Vienna, para onde grande numero de medicos estrangeiros affluem afim de ver o illustre cirurgião, ainda na flor da idade.

Passando em revista o programma diario das sessões do congresso, passo a mencionar os *themas* seguintes, que me parecem prender mais a attenção dos collegas praticos.

*Primeira sessão (16 de Abril):* prof. Billroth (Vienna). Sobre a extirpação de grandes e extensos carcinomas da lingua, pela região do pescoço.

Até agora tem-se praticado a extirpação da lingua, ora com o esmagador de Chassaignac, ora com o galvano caustico: outros dividem a mandibula na parte media, afim de se achar um espaço sufficiente e se poder extirpar grande parte ou a totalidade da lingua, procedendo primeiramente a ligadura de am-

bas as arterias linguaes. Infelizmente todos estes processos não tem podido impedir a recidiva rapida e quasi constante dos tumores malignos da lingua, porque de todas as partes do corpo humano, affectada de tumores carcinomatosos, e accessiveis ao bisturi, o carcinoma da lingua, é o que depois de operado, reproduz com maior brevidade. Para evitar este inconveniente, propõe o professor Billroth um novo methodo operatorio para a extirpação dos tumores malignos da lingua, quando principalmente estes se estendem até a parte posterior d'ella. O novo methodo consiste em uma incisão na parte anterior da região supra-hyoidea, incisão esta que principia primeiramente logo abaixo do maxillar inferior, e partindo um pouco retirada da arteria facial, costêa o bordo convexo da mandibula, e termina-se do lado opposto, a igual distancia da facial; de cada extremidade parte uma incisão longitudinal, prolongando-se até um pouco acima dos cornos do osso hyoide. Os musculos e as partes molles adherentes ao maxillar, são destacadas com o *raspatorium* de Langenbeck, e de cada lado a disseção é feita com o bisturi: tendo-se todo o cuidado de não ferir a lingual, e de ir ligando pouco a pouco todos os vasos abertos. O professor Billroth diz que talvez seria mais acertado, ligar-se tambem as duas arterias linguaes que facilmente são encontradas de cada lado das incisões verticaes; até agora elle não tem procedido d'esta forma.

Depois de ter-se preparado o retalho, tem o cirurgião diante de si, uma vasta abertura communicando directamente com o pharynge. Billroth procede então a extirpação da lingua: com uma *pinça de Museux*, um ajudante prende a ponta da lingua, e a faz sahir pela abertura supra-hyoidea: o cirurgião pratica a secção da lingua com *thesouras*, e nunca com o bisturi; porem pouco a pouco, tendo o cuidado de ligar depois de cada golpe, os numerosos

vasos que nutrem este órgão, antes de proceder a um novo golpe; só assim se pode impedir o esgotamento das forças do paciente, causado pela grande hemorragia. Por isso julgo que seria mais conveniente e mais seguro, ter-se feito antes a ligadura das linguas. Uma vez a lingua extirpada e todos os vasos ligados, procede-se ao ultimo tempo da operação, que consiste na costura do retalho. Billroth faz somente tres ou quatro pontos de sutura deixando os lados completamente livres, afim de dar aos secretos purulentos uma facil sahida, e evitar o mais possivel o apparecimento de um phlegmão, que as vezes produz um descollamento de toda a região anterior e lateral do pescoço, descollamento este, que, como tive uma vez occasião de observar, chegou até o *sternum*. É este um dos accidentes consecutivos a operação dos mais desagradaveis, porque é quasi sempre acompanhado de pyoemia.

Os oito primeiros dias depois da operação o doente deve ser alimentado por meio de sonda *esophagianna*, com a qual os doentes se acostumam facilmente e depressa. Uma vez que a cicatrisação principia a formar-se, o paciente principia tambem a ensaiar a alimentar-se por si, e dias depois acha-se em estado de dispensar a sonda.

Esqueci-me de fallar sobre os preparativos antes da operação. Consistem em uma limpeza cuidadosa da boca do doente: um enfermeiro deve diariamente, uma semana antes da operação, de duas em duas horas, limpar os dentes e as gengivas do paciente, com uma escova de dentes: durante este tempo não deve o patiente ser alimentado senão com sopa e mingão de leite. Esta limpeza tem por fim evitar-se todo o contacto de substancias acidas, fermentadas e já em caminho de putrefacção com as secreções da ferida. Segundo Billroth, o completo restabelecimento do doente não dura mais do que um mez, um mez e meio, o mais.

Quanto a faculdade da fallar, não ficou ella completamente abolida em um doente da pratica civil, em que Billroth praticou a extirpação total da lingua: conserva elle ainda a possibilidade de fallar, não de uma maneira bem intelligivel, porém de forma tal, que facilmente se pode comprehender tudo quanto diz.

Em Paris, onde, quando estudante, tantas amputações de lingua vi praticar o Dr. Chassaignac, com o seo esmagador, tive occasião de convencer-me d'esta asserção, tendo

visto alguns operados que fallaram de uma maneira satisfactoria.

Julgo não ser menos interessante, repetir aqui o que ouvi Billroth dizer a respeito da posição que tomam os dentes na operação da lingua. A physiologia nos ensina que os dentes conservam a posição vertical pelo equilibrio que existe entre a pressão externa causada pelos labios e a interna causada pela lingua; na falta desta, o equilibrio desaparece, e os labios continuam sosinhos a comprimir os dentes; o resultado é que estes, pouco a pouco, perdem a sua posição normal, e incluíam-se para dentro, de sorte que, no fim de alguns mezes, a ponta dos dentes chega quasi ao paladar, impedindo de fazer-se a mastigação. O contrario succede nos casos de hypertrophia consideravel da lingua, cuja pressão constante produz a saliência dos dentes em forma de *defesas de elefante*.

Tal é o processo que o professor Billroth emprega actualmente para extirpar os carcinomas da lingua. Até agora tem elle praticado 10 operações d'estas, das quaes 6 com resultado; os tres casos que vi, durante a minha estada em Vienna, não foram coroados de successo, tendo infelizmente os pacientes succumbido as consequencias de pyhoemia.

17 de Abril. Sessão segunda—Professor von Langenbek.—Sobre os ferimentos da articulação coxo-femoral, causadas por armas de fogo.

Este distincto professor teve occasião de observar alguns casos d'estes ferimentos, durante a guerra franco-prussiana, e de verificar os differentes meios de tratamento, propondo aos cirurgiões o seguinte: quando o ferimento é leve sem ter espedaçado o collo do femur, deve-se lançar mão de um tratamento puramente conservador, consistindo a immobilisar o melhor possivel a articulação por meio de um aparelho de extensão continua. Quando a cabeça do femur e o acetabulum se acham fracturados deve se proceder do modo seguinte: si as partes peri-articulares estão no seo estado normal, isto é, sem estarem edemaciadas, contusas, a resecção do femur é a melhor indicação, porque então pode ella ser seguida de bom resultado, não se tendo a receiar a pyhoemia: nos casos porem em que todas as partes vizinhas estão edemaciadas, os musculos completamente contusos, deve-se recorrer a desarticulação da coixa, tendo-se o cuidado de formar o retalho: tão somente com a pelle, regra está que Langenbek aconselha em todos os casos de desarticulação, quando ha

edema, ou contusão profunda das partes molles; pois si se forma um retalho, com musculos já em via de putrefacção sempre o resultado é fatal, em consequencia da pyhoemia, que é inevitavel. Quanto a desarticulação da coixa, que os cirurgiões americanos consideram como uma operação gravissima e quasi impraticavel, attribuindo esta gravidade ao esgotamento do systema nervoso, produzido pela secção dos nervos, julga o professor Langenbeck não ser isto operação tão grave, e attribue os máos resultados obtidos pelos americanos, durante a guerra de secção, a duas causas principaes: 1.<sup>a</sup> a hemorragia, 2.<sup>a</sup> as condições em que se acham os doentes. Em alta cirurgia não se pode dispensar o quando uma operação deve ser feita. Langenbeck tem já feito grande numero de desarticulações da coixa, e a maior parte seguida de bom resultado, porque com o seo processo, os pacientes não soffrem grandes perdas de sangue. Finalmente diz elle: eu considero hoje uma desarticulação da coixa menos grave do que uma amputação da coixa acima do terço superior.

18 de Abril—Sessão terceira—Professor Simon (Heidelberg). Sobre a extirpação do rim nos casos de molestias calculosas.

Este cirurgião, um dos mais notaveis da Alemanha, narra o facto de uma doente, na qual, praticou ultimamente a extirpação de um rim, por causa de soffrimentos de lithiase, rebeldes a todos os meios therapeuticos. Com quanto a paciente se achasse já em estado marasmatico, a extirpação do rim affectado foi executado com a maior facilidade, e a doente parecia achar-se completamente restabelecida dos seus soffrimentos, quando depois de 24 ou 28 dias, sobreveio-lhe uma peritonite, que o professor Simon attribue ao exame que elle fizera na ferida, afim de verificar o estado da ligadura dos vasos renaes, e dias depois succumbio a doente. É esta a segunda operação de extirpação do rim que praticou o professor Simon, sendo a primeira coroada do successo, e esta ultima tambem, si não fosse o apparecimento da peritonite; pois incontestavelmente a doente não succumbio ás consequencias da operação e sim a inflammacção do peritoneo, causada por uma imprudencia, como elle mesmo confessou. Alguns cirurgiões inglezes e americanos ja tem tambem tentado esta operação, que promete para o futuro grandes resultados.

19 de Agosto—Quarta sessão—Dr. Heine: tratamento radical da hypertrophia da prostata. Propõe este cirurgião para o tratamento da

hypertrophia da prostata, o emprego de injeções sub-cutaneas, no perenchyma da prostata, pelo anus, de uma solução de tintura de iodo. Cita o Dr. Heine quatro observações de doentes por elle completamente curados, por meio d'este processo, que não tem inconveniente algum; sómente deve-se ter em vista, o não ferir com a siringa a parte prostatica da urethra.

São estas as questões cirurgicas mais interessantes, que a meo ver foram discutidas durante o congresso; apesar da pressa com que foi feito este pequeno trabalho, espero que os leitores da *Gazeta medica* não deixarão de encontrar n'elle um pequeno interesse, desculpando-me a falta de maiores esclarecimentos.

Berlim 26 de Abril de 1873.

Dr. Lemos.

DO TRATAMENTO DA KERATITE INTERSTICIAL PELO «VAPORISADOR» DO DR. JOSÉ LOURENÇO

Pelo Dr. Moura Brasil. (1)

Primeira observação—No dia 13 de Novembro do anno passado apresentou-se ao exame do Dr. José Lourenço, no seu consultorio, uma menina de 11 annos, pallida, de má organisação, com um soffrimento no olho direito, datando de 8 dias.

O exame d'este olho revelava uma opacidade uniforme, comprehendendo o segmento inferior da cornea, que limita-se superiormente na altura do bordo inferior da pupilla. Atravez d'esta opacidade não se podia descobrir o tecido do iris.

Havia alguma injeccção peri-keratica, mais pronunciada do lado correspondente a opacidade.

Passando á examinar os dentes, o Dr. José Lourenço mostrou-me o quanto estavam deformados os incisivos superiores, principalmente os dois mais centraes. As extremidades livres d'estes dentes formavam uma curva, isto é os cantos eram mais salientes do que a parte central; além d'isto pareciam gastos, e formados de uma substancia mais quebradiça; a cor um pouco amarella.

A doente era sugeita a abcessos, cuja suppuração prolongava-se bastante. Estes abcessos tiveram sua séde sobre a parte anterior da região axiliar, onde via-se quatro cicatrizes. A pessoa, que conduzia esta doente informou que um d'estes abcessos tomara o character

(1) V. o numero precedente da *Gazeta Medica*.