

MOVIMENTO MÉDICO

MOVIMENTO MÉDICO. MARANHÃO, TYP. DO PAIZ, 1876.

ANNO I MAIO 1876 - N. 3

OBSERVAÇÕES:

- O ORIGINAL APRESENTA PÁGINAS MUTILADAS, MANCHADAS E/OU ILEGÍVEIS.

FALTAS:

- NS. 1-2 (1876)

1 8 7 6

MAIO = N. 3

MOVIMENTO MEDICO

PUBLICAÇÃO MENSAL



ANNO I

MAIO, 1876

N. 3

MOVIMENTO MEDICO.

Osteo-sarcoma do maxillar superior direito; resecção completa desse osso por meio de serras de cadeia: cura.

Pelo Dr. Malaquias A. Gonçalves,

Cirurgião do hospital Pedro 2.º (Pernambuco).

José Joaquim dos Santos, de 32 annos de idade, natural de Maceió, solteiro, pardo, livre, residente ha 24 annos na cidade do Recife, empalhador, de temperamento lymphatico, constituição enfraquecida, entrou em 12 de outubro de 1874 para a enfermaria de S. Thomaz d'Aquino do Hospital Pedro 2.º para ser tratado de um tumor do queixo superior direito.

Interrogado o doente sobre o começo e marcha de sua molestia, narrou-nos o seguinte: Que havia cerca de anno e meio que sentira dores no ultimo dente grande mollar direito, para o que usára de bochechos de cosimentos de sabugo e papoulas, com o que de facto obtivera allivio; pouco depois começou a sentir que as gengivas correspondentes á um dente que havia anteriormente extrahido, sangravam e doíam-lhe quando se expunha aos raios ardentes do sol, e que por ultimo percebera um caroço nesse lugar, caroço que nesse tempo tinha apenas o volu-

me de uma pequena nóz, e que fôra sempre augmentando até attingir o volume que apresenta actualmente; que em fevereiro deste anno recolhera-se á enfermaria de Santo Anselmo deste hospital, a cargo do Sr. Dr. Sarmiento Filho, onde se conservára até junho, e donde se retirára por não ter obtido melhora alguma do uso de iodureto de potassio; remedio unico a que fôra submettido nessa enfermaria. Hoje, 12 de outubro, recolheu-se de novo ao hospital, pois o seu mal augmenta, e muito o incommoda não só pelas dores, que lhe faz soffrer, como pelo obstaculo que lhe traz á mastigação. Passando a examinar o doente e fazendo-lhe abrir largamente a boca, notamos um tumor do volume de uma grande tangerina, situado na parte posterior do bordo alveolar do maxillar superior direito; na parte posterior desse tumor vê-se implantado o ultimo dente mollar; na parte correspondente da abobada palatina notamos tambem um outro tumor menor que o precedente: estes tumores faziam-se continuação um ao outro, e elles não erão de facto dous e sim um, separados apenas pela necessidade de situação. De facto o tumor, á principio irregularmente globular, situado no bordo alveolar do maxillar superior direito soffrendo a pressão dos dentes do maxillar inferior, foi obrigado a dividir-se do modo porque fica descripto. O tumor era duro á pressão e de côr amarellada. Externamente notamos que o tumor distendia a parede lateral da boca, e que a pelle que cobria a fossa canina estava não só inflammada, como tendia a ser perfurada pelo tumor, que neste ponto apresentava á pressão uma sensação semelhante á produzida pelo pergaminho. O doente queixava-se de fortes dores lancinantes, que tinham sua séde principalmente neste ponto. Em vista da marcha, caracteres e séde do tumor diagnosticamos um osteo-sarcoma do maxillar superior, que já nesta epocha havia invadido a quasi totalidade do osso. Feito esse diagnostico, só a resecção

completa do maxillar poderia livrar o doente do seu terrivel mal. No dia 22 do mesmo mez reunidos os collegas Drs. Beltrão, Sá Pereira, João Raimundo, Ermirio Coutinho, Murillo Vianna e Santos Mello, todos forão de opinião que de facto tratava-se de um osteo—sarcoma e que a resecção completa do maxillar era no caso operação perfeitamente indicada,—e o unico recurso. Fortalecido em nosso juizo pela authorizada opinião de tão illustres collegas, passamos a praticar immediatamente a operação. Collocado o doente sobre a mesa das operações, e ligeiramente chloroformisado, e tendo sido já anteriormente extrahido o incisivo lateral direito, praticamos com um forte bisturi a incisão chamada de Velpeau, isto é, uma incisão que partindo da commissura labial ia até a apophyse molar, seguindo uma linha curva de convexidade voltada para baixo e para fóra; depois procedemos á dissecção do retalho, tendo todo cuidado em praticar prompta e perfeitamente a secção do nervo sub-orbitario em sua sahida do canal que percorre no soalho da orbita. Feito isso, procedemos á installação de trez serras de cadeias com o fim de destruímos os principaes pontos de união do maxillar superior.

A primeira foi introduzida por meio de um estylete agulhado do nariz para boca, no limite da abobada palatina ossea; esta devia separar um maxillar do outro. A segunda foi conduzida da orbita para o nariz atravez a parede interna da orbita que foi perfurada por um *trocart*. A terceira foi collocada atravez a fenda espheno-maxillar por meio de uma agulha de resecção. Installadas as serras de cadeia, praticamos as secções osseas tendo o cuidado de dividir anteriormente todos os tecidos molles que podessem obstar estas secções, reservando para ultima a secção mediana ou palatina para não cortar senão em periodo adiantado da operação a mucosa palatina e a mucosa nasal afim de observar e diminuir o mais possivel o corrimento de

singue para o pharynge. Terminadas estas secções osseas, procedemos á divisão transversal do véo do paladar no bordo posterior da abóboda palatina ossea. Destruídos assim os principaes pontos de implantação do maxillar doente, procedemos á sua extracção por meio de uma forte pinça destruindo as inserções posteriores—as unicas que restavão. Não fomos obrigado a empregar sinão uma ligadura, e esta quando procediamos á disseccção do retalho. Enchemos o vasio deixado pela extracção do maxillar com pequenos pedaços de esponja anteriormente preparados para esse fim, e procedemos á união do retalho por meio de sutura entortilhada. Applicamos sobre a sutura fios e um ligeiro aparelho contentivo, que recommendamos ser constante e continuamente molhado com agua fria. Ao doente receita-mos, conforme o nosso modo de proceder em taes casos, uma poção calmante com chloral.

No terceiro dia retiramos o apparelho e notamos que a união se tinha feito em quasi sua totalidade por primeira intenção. Retiramos muitos alfinetes e deixamos alguns por prudencia; o que igualmente fizemos com os pedaços de esponja que enchiam a cavidade deixada pela extracção do osso. Desse dia em diante tudo foi marchando o melhor possível, sendo retirados os ultimos alfinetes e pedaços de esponja nos dias seguintes.

A cicatrização da ferida interna marchou sempre bem, de tal forma que um mez e alguns dias depois de operado, o doente teve alta completamente curado e muito pouco defeituoso em sua physionomia, pois apenas podia-se notar externamente uma pequena depressão e uma ligeira cicatriz linear apenas perceptivel, perfeitamente encoberta pela barba do doente.

Hoje o doente, que não temos perdido de vista, ainda não apresenta signal algum de reproducção de seu mal; porem, por falta de um apparelho apropriado e que não podemos

aqui obter, o seu defeito se tem tornado muito mais sensivel, não só porque a depressão se tem tornado maior, mas, principalmente, porque o maxillar do lado esquerdo tende a perder e de facto tem perdido a sua curva normal.

Este facto em si nos parece interessante porque é uma operação de alta cirurgia, que raramente tem sido praticada em nosso paiz, e que o foi pela primeira vez pelo cirurgião Dr. Antonio da Costa em uma senhora filha desta provincia (Pernambuco).

Aqui em Pernambuco consta que fôra praticada antes de nós duas vezes, sendo uma pelo cirurgião Pinto, e outra pelo Dr. Seve. Quanto á operação praticada pelo cirurgião Pinto, nada sabemos e nada podemos colher; quanto á praticada pelo Dr. Seve pelas informações ministradas ao *Instituto Medico Pernambucano* pelo Dr. Pitanga, que assistio, parece-nos que ella merece mais o nome de *extracção de partes necrosadas do osso maxillar do que de resecção completa* do mesmo osso; comtudo nada afiançamos sobre isso e mesmo não desejamos tratar de uma questão de prioridade e apenas esclarecer um ponto da historia da cirurgia brasileira.

Posteriormente praticamos uma outra resecção completa do maxillar superior reclamada por um kysto, cujos promenores esperamos publicar neste periodico; o resultado da qual foi, se é possível, ainda melhor. Meus estudos clinicos me authorisam a confirmar a opinião que as graves operações cirurgicas dão muito melhor resultado em nosso paiz do que na Europa, e o resultado feliz da operação que acabamos de referir e a ausencia completa de accidentes me lembrão a combater a ignorancia d'aquelles que vão á Europa para soffrer operações.

Os factos fallam bem alto, porem a moda é cousa difficil de destruir-se.

Recife, 15 de maio de 1876.

Tumores do periosteo dentario

Pelo Dr. Oliveira Azêdo.

(Continuação do n. 1).

1.^a OBSERVAÇÃO.—Em 12 de maio de 1873.

Tumor fibro-plastico desenvolvido na raiz de um primeiro bicuspidé inferior direito.

A menina G. C. de nove annos de idade, de boa constituição, teve, segundo nos informa sua mãe, uma dentição muito regular e nunca soffreu dos dentes, até janeiro de 1873 em que começou a experimentar dores fracas, mal determinadas, mas perfeitamente supportaveis, para o lado direito da maxilla inferior, impedindo um pouco a mastigação desse lado, sem que a menina podesse indicar precisamente o ponto doloroso.

Considerando ser, segundo disse, um resfriamento para o queixo, e como semelhante indisposição não tivesse durado mais que algumas horas, não lhe ligou grande importancia, quando, 15 ou 20 dias depois, sentio uma viva dor ao nivel do primeiro pequeno mollar inferior direito, exacerbando-se durante a matisgação, o que a obrigou a alimentar-se de caldos e papas durante tres dias, depois dos quaes desapareceu a dor dando lugar a uma calma completa.

Em principios de março despertou a menina, já tarde da noite, em gritos accusando no mesmo dente uma violenta dor que se irradiava para o pescoço e orelha direita; a doente não permittia examinar a boca, dizendo sentir com a ponta da lingua que o dente se achava abalado e fóra do nivel dos outros, circumstancia esta em que já tinha feito reparo alguns dias antes.

Pela manhã notaram a face direita intumescida e a gengiva muito vermelha em torno do dente. Este estado du-

rou com mais ou menos intensidade cinco dias, cessando, porem, com collutorios de decocto de papoulas que um pharmaceutico aconselhára.

Depois desta, novas crises se manifestaram mais ou menos fortes e duradouras, sempre com intervallos de quinze a vinte dias, até que á noite de 11 de maio sobreveio uma tão violenta que alguns symptomas geraes, como febre, delirio, insomnia completa, vierão unir-se aos phenomenos locais, e decidio-se a mãe a consultar-nos.

Estado actual.—A menina tem pouca febre, alguma agitação e não cessa de chorar.

Intumescencia consideravel da face direita; vermelhidão pronunciada no lugar correspondente ao centro da tumefacção e ahí accusando a doente dor profunda pela pressão digital. A boca não póde abrir completamente em virtude da phlogose da face; todavia, permite examinar os dentes satisfactoriamente. Incisivos de segunda dentição perfeitos e solidamente implantados:—caninos superiores e inferiores ainda de primeira dentição não apresentão alteração alguma:—primeiros grossos molares bons:—falta do segundo pequeno mollar inferior direito que ainda não fez a sua erupção.

O primeiro pequeno mollar inferior direito é a sede da molestia. Este dente alongado para fóra de seu alveolo excede alguns millimetros o nivel dos dentes vizinhos e desvia-se de sua direcção primitiva para o lado externo da maxilla. A gengiva deste lado está inflammada em uma extensão de alguns centimetros, chegando a invadir e encher completamente o espaço que mais tarde será occupado pelo segundo bicuspidé; tambem está desapegada da superficie do dente doente concorrendo para que este vacille na cavidade alveolar, d'onde sahe um liquido purulento esbranquiçado, mas não fetido, circulando o collo do dente.

A percussão do dente feita com todo o cuidado porque provoca mui vivas dores, dá um som obscuro, distinguindo-se

muito do som perfeitamente claro dos dentes visinhos. É notavel, porem, que a percussão lateral de dentro para fóra não produza grande dor, enquanto que a vertical ou em outro qualquer sentido é intoleravel.

Diagnostico um tumor do periosteo dentario e proponho a extracção do dente como unico meio de uma cura radical, sendo a molestia incuravel pelos recursos therapeuticos ordinarios. A mãe da menina hesita em consentir na operação allegando ser um dente permanente, cuja falta será muito sensivel por todos os motivos, e pede-me um medicamento que lhe acalme ao menos a dor. Indico para o tratamento palliativo a applicação de uma sanguesuga na gengiva e collutorios emollientes.

Duas horas depois, sem que tivesse feito uso dos meios indicados e tendo a dor redobrado de violencia, é a propria menina que pede se lhe tire o dente.

A extracção é feita sem difficuldade, mas acompanhada de uma dor summamente aguda, o que não é para estranhar, visto como o dente não estando affectado em seus tecidos constitutivos, tem conservado a integridade de sua polpa e de seus filetes nervosos.

A hemorrhagia foi consideravel, o que tenho sempre notado na extracção, em periodo de crise, de dentes que têm tumores no periosteo.

A congestão do tumor e das partes circumvisinhas explica esta hemorrhagia mais abundante do que a que tem lugar em outras operações dentarias, principalmente a da extirpação desses polypos ou granulações hypertrophicas da polpa, situados dentro de caries profundas, tão frequentes no Maranhão, e que serão mais tarde objecto para nós de um estudo especial.

Anatomia pathologica.—Passado o dente por um filete de agua para tirar os coagulos de sangue, e observado immediatamente depois, não mostra em parte alguma indicio

de carie, tendo a corôa o brilho proprio do esmalte. Nota-se, porem, um tumor invadindo o periosteo em sua totalidade e desenvolvendo-se mais em superficie do que em espessura. Partindo da face anterior da raiz, perto do collo, onde é mais desenvolvido, este producto morbido prolonga-se obliquamente sobre o bordo externo da raiz vindo terminar no vertice. De aspecto fungoso e de cor cinzento-clara, é, todavia, de uma certa dureza em sua metade superior, sendo difficil apreciar a consistencia no restante de sua extensão, em que diminue muito de volume, apresentando uma viva injeccão até o vertice.

Anatomia microscopica.—Submettido o tumor á analyse microscopica pelo nosso mui lamentado collega e amigo o Dr. Eduardo Wilson, vê-se que se compõe de um tecido fibroso em toda a sua extensão, sendo mais apertado e denso na porção adherente ao collo do dente, de malhas de fibras mui regulares limitando nucleos embryoplasticos em grande numero, alguns corpos fusiformes, principalmente na porção adherente ao vertice da raiz, onde ha grande numero de leucocytos de pus e alguns outros corpusculos moleculares interpostos aos elementos já indicados, mas que não forão conhecidos, podendo apenas dizer-se que o acido acetico não tinha acção sobre elles.

Nota.—Em 22 de maio de 1874, um anno e dez dias depois da extracção do dente, fui chamado para prestar serviços medicos á mesma menina que faz o objecto desta observação. O caso era diverso: tratava-se de uma conjunctivite catarrhal, mas aproveitei-me da oportunidade e examinei a região buccal no lugar que tinha soffrido a operação. A cura tinha sido completa, e o segundo mollar inferior do mesmo lado fazia muito regularmente a sua erupção.

(Continúa).

Observação sobre um caso de staphyloma total da cornea

Pelo Dr. Tarquinio Lopes.

J. pardo, 16 annos de idade, escravo de..... em Agosto de 1875 é accommettido e tratado de variola confluyente por uma dessas mulheres que arvorão-se em especialistas no tratamento de tal molestia. Informarão-nos que com o desenvolvimento das pustulas variolicas em outras partes do corpo, coincidio o apparecimento de uma pustula identica no centro da cornea do olho direito; aquellas seguirão uma marcha regular, favoravel; esta porem, devido só e exclusivamente á incapacidade da criminosa profissional, teve peor marcha e o mais nefasto resultado.

Em Outubro fomos chamado a dispensar cuidados á infeliz creança e reconhecemos um enorme staphyloma total da cornea acompanhado em quasi toda sua extensão pela iris e impedindo a oclusão do olho; grande desenvolvimento de vasos sanguineos na superficie externa da ectasia; augmento consideravel de tensão intra-ocular; a visão operava-se, é verdade, mas de um modo muito imperfeito; por isso que da pupillá apenas restava uma fenda vertical filiforme abaixo do meridiano horisontal do globo. Declaramos que o unico tratamento racional a empregar-se seria uma operação; esta nossa opinião, porem, não foi muito bem aceita, porque alguém já se tinha offerecido e prometido curar a criança, illudindo assim a boa fé da senhora, que não hesitou preferir ou tentar esse tratamento. Em fins de Fevereiro do corrente anno fomos novamente chamado para operar a criança. A visão estava totalmente abolida; a tensão do globo era enorme, a ruptura do staphyloma estava eminente. A' 4 de Março, auxiliado pelos collegas Drs. Roxo e Ribeiro da Cunha praticamos a operação segundo o processo de Critchett; a hemorragia que

teve lugar durante a operação pela secção de alguns ramusculos do processo vascular de Schlemm foi diminuta; extrahimos o cristallino, fechamos os labios da ferida por meio de quatro pontos de sutura; applicamos um aparelho compressivo, e faziamos diariamente dois curativos simples. No dia 12 extrahimos os dois pontos de sutura externos e no dia 15 os outros dois pontos centraes, achando-se a ferida completamente cicatrisada e sem que o mais leve incidente fosse observado.

Reflexões.—Haveria outro tratamento a empregar-se?

Certamente que não lembraria á oculista algum o emprego da atropina, visto como, estando a vitalidade da iris bastante compromettida, tinha ainda de luctar-se contra as adherencias que ella em grande extensão ou em sua totalidade tinha contrahido com a cornea, contra as quaes, pois, a solução mais concentrada desse medicamento não daria resultado.

Uma pupilla artificial não seria proveitosa, porquanto apenas uma porção limitadissima da iris conservava-se no estado de integridade, e isto, quando vimos o doente pela primeira vez.

As paracenteses repetidas e acompanhadas de compressão continua igualmente não erão indicadas, por isso que continuando a tracção da iris, irritação dos nervos ciliares e consequentemente hypersecreção de humor, a tensão intra-ocular não seria diminuida senão passageiramente.

O processo de Bowman, de escoamento do cristallino, não daria resultado, porque não era a lentilha que, *á priori*, entretinha a pressão intra-ocular, como bem se pode inferir da marcha que teve a molestia.

Por exclusão pois restava um dos methodos de operação do staphyloma, e dos quatro mais em voga escolhemos o de Critchett pelas razões que vamos expor.

Quaes as vantagens desse processo sobre os demais?

Fastidioso seriamos se fossemos descrever os processos:

de incisão, do sedenho de Graefe e os dois de excisão, o de Borelli e o de Critchett; basta compararmol-os entre si para comprehender que, as agulhas ou os fios que as acompanhão dispostas taes como recommenda o autor, difficultando a sahida do humor vitreo, evitão por essa forma que a hemorrhagia (ex vacuo de de Graefe) se estabeleça; evitada a hemorrhagia, não póde ter logar o descollamento das membranas internas que, por essa causa, seria necessaria e inevitavelmente acompanhado de *suppuração e phtisica* do globo ocular. E pois, em evitar a hemorrhagia, a suppuração e phtisica do globo consistem as vantagens do processo que escolhemos e o mais geralmente adoptado.

Poder-se-ha taxar a operação do staphyloma de inutil e sem resultado, por isso que depois della o operado continuará cego como estava?

Só assim pensará quem fôr myope:

1.º Porque então não poderá apreciar as consequencias que podem resultar para a palpebra do seo attrito sobre o staphyloma.

2.º Porque não poderá calcular o perigo que corre o olho são, quando o staphylomatoso romper-se.

3.º Porque não poderá pesar o incommodo que deve sentir o doente tendo um corpo extranho entre as palpebras.

4.º Finalmente, porque dirá tambem que a prothese ocular é operação inutil, desvantajosa e até, talvez, prejudicial!

Mémoria sobre a Filariose

ou

A molestia produzida por uma nova especie de parasita cutaneo,

Pelo Dr. A. J. Pereira da Silva Araujo (da Bahia)

(Continuação do n. 2.)

27 de fevereiro.—Acabamos de observar mais dous vermes ou animalculos parasitarios exactamente iguaes ao pri-

meiro acima descripto. Nada temos que acrescentar em relação ao tamanho, forma, côr, etc., destes microzoarios. Notamos apenas movimentos muito mais vivos do que no primeiro. E' quasi incrível a velocidade com que se movem em todas as direcções estes animaesinhos! E' quasi impossivel mesmo acompanhá-los com a vista, tão acelerados e repetidos são seus movimentos!

Encontramos ambos em feridas resultantes de papulas semelhantes ás já descriptas. Quanto ao primeiro, muito casualmente o deparamos, como da primeira vez; o segundo foi intencionalmente procurado. Em relação ao primeiro eis o que se passou:

Precisando verificar certos factos de observação do sangue, procuramos extrahir uma gotta do nosso. Para isto arrancamos a crosta de uma ferida resultante de papula anterior (não a do primeiro dia, que já estava secca); limpamos bem a superficie e esperamos que se formasse uma gotta. Apanhamol-a então, e nella estava o parasita. Cumpre notar que escoriamos profundamente a ferida; d'onde concluimos que o animal está no fundo. Para o outro, de proposito procurámos uma nova ferida feita no dia anterior, despedaçando a papula, que era acuminada e vesiculosa no vertice.

Ora, uma vez que o simples quebramento das papulo-vesiculas nas tres que examinamos não bastou para eliminar immediatamente o parasita (e tanto não bastou, que depois de formada a crôsta foram achados no fundo da ferida os animalculos), provado está que os microzoarios habitam as partes mais profundas da papula, resultante de sua presença irritativa.

O animalculo apresenta ao microscopio uma côr branca ou de um branco ligeiramente amarellado. Vê-se muito bem que existe uma membrana tegumentar ou cuticula. Aos lados do corpo apparece realmente um duplo contorno bem caracterizado.

16 de março.—Uma, duas ou tres papulas mal desenvolvidas, cujo liquido foi rapidamente examinado, e onde não deparamos com o parasita, concorreram para fazer-nos temer tivesse sido um facto casual a existencia nas tres papulas d'antes observadas dos tres parasitas extrahidos.

Levado por estas idéas, aliás dictadas pela prudencia, e arrimadas no justo receio de annunciar um facto excepcional, resolvemos intentar uma serie cuidadosa de investigações comprobatorias ou verificativas.

Esperamos que se desenvolvessem bem algumas papulas, receiando que nas recentes fosse difficil descobrir o animalculo, e aguardámos a epocha em que um prurido vivo e incommodo nos advertisse do completo desenvolvimento do parasita. No dia 17 de março, á noute, dispozemo-nos a um estudo demorado, e começámos a serie de observações de que tanto carecíamos.

Na face interna da 1.^a phalange do indicador esquerdo tinham-se-nos desenvolvido tres das saliencias que causam o incommodo prurido de que acima fallámos.

Ao emvez de apparecerem sob a fórma de papulas ou vesico-papulas, como as das pernas e outras mais que tinham-se originado em differentes partes do corpo, estas haviam começado por simples vesiculas. Em numero de tres, como já dissemos, estavam duas dellas á pequena distancia e uma affastada, já sobre o dorso da phalange. Cheias de um liquido claro, eram ellas talvez de pouco mais de 3 millimetros de diametro. Um prurido insupportavel havia-nos levado a rompê-las, correndo então um pouco de liquido claro e alguma cousa viscoso.

No dia seguinte estava formada sobre cada superficie escoriada uma pequena crôsta vermelha, que foi arrancada, e assim consecutivamente as que se formaram depois, até o dia em que resolvemos fazer a observação minuciosa. Servimo-nos nesse dia apenas de duas das feridas—

as mais proximas. Arrancada a crôsta e escoriada profundamente a superficie, esperámos que se formasse uma gotta de sangue, que com o maior cuidado foi recolhida sobre uma lamina de vidro, caprichosamente aceiada, o que tambem se verificou com a *lamina de cobrir*.

Armado o microscopio, modelo ordinario de Nachet com o objectivo 5 e o ocular 1, o que, segundo a escala que acompanha o instrumento, dá um augmento de 350 diametros, examinamos a preparação. No fim de algum tempo de trabalho, procurando observar cuidadosamente todos os pontos da preparação, vimos, com grande satisfação, agitar-se o liquido, oscillarem os globulos de sangue e pouco depois apparecer a cabeça de um dos parasitas. D'ahi a um instante todo o animal estava á tona do liquido, visivel com uma clareza surprehendente, de encantar aquelle mesmo, que nunca tivesse manejado o difficil instrumento. A fórma, os movimentos, o tamanho, a côr, tudo emfim exactamente identico aos tres primeiros observados. Imagina do prazer experimentado apenas quem conhece o que é o encanto da observação scientifica, quando o espirito vòo ancioso em busca da verdade. A verificação era patente.

Procurámos aproveitar o ensejo, e demorámos longo tempo a observação do parasita. Sempre os mesmos movimentos exasperados, aos quaes mal se podia habituar a vista, tão desordenados e variados eram e tão frequentes. Ora como a serpente que se enrola sobre si mesma, ora estendido ao comprido, ora movendo só a cauda, ora a cabeça,—o parasita apresentava a vivacidade de movimentos de um desses animaesinhos commummente observados na agua doce. Intentamos tambem como das primeiras vezes descobrir a estructura do nematoide, mas não o conseguimos. Procuramos ver-lhe a extremidade cephalica, e uma ou outra vez pareceo-nos divisar um ponto preto que fi-

gurava ser a bocca; mas isso não mui distinctamente. Satisfeita a curiosidade, e já esgotado o longo tempo em uma observação que nada adiantava sobre o já conhecido, puzemos de lado a peça, e começamos nova tentativa em outras papulas. Recorremos a diversas, já de ha muito escoriadas em vista do intenso prurido, e onde existião crôstas que arrancámos. Colhido o sangue extravasado de diversas d'entre ellas, passámos a examinal-o. Apareceo-nos logo no campo do microscopio um, depois outro, e em breve um terceiro parasita. Sempre os mesmos movimentos, côr, fôrma, etc. Ainda nestes não nos foi possivel descobrir a estructura, si bem que elevado o augmento a 700 diâmetros (objectivo 5, ocular 3, tubo interno elevado). Pareceo-nos vêr por muitas vezes a bocca do animalculo, e de algumas tão distinctamente, que não nos julgamos mais com o direito de duvidar do facto. Depois de bem observados os tres parasitas, procurámos examinar o resto da preparação, e encontramos um quarto, um quinto, um sexto, um setimo, um oitavo, um nono, um decimo, e afinal tantos, que foi-nos impossivel contal-os, attentos os movimentos desordenados, e a difficuldade de vel-os todos a um tempo, não cabendo mais de dois ou tres no campo do microscopio. E' difficil, sinão impossivel, descrever a mobilidade das *filarias dermatemicas*, e as mil caprichosas e variadas voltas que em todos os sentidos executam.

(Continúa).

Natureza e pathogenia do beriberi.

RESPOSTA AO DR. PEDRO FRANCISCO DA COSTA ALVARENGA,
REDACTOR DA «GAZETA MEDICA» DE LISBOA, LENTE CATHE-
DRATICO DA ESCOLA MEDICA DA MESMA CIDADE.

Pelo Dr. Ribeiro da Cunha.

Acabo de receber a collecção da *Gazeta Medica de Lisboa* do anno de 1875, e com grande prazer li em alguns

de seus numeros o juizo que faz o illustre Dr. Costa Alvarenga á respeito de um trabalho que publiquei na Bahia, ao concluir o 5.º anno de medicina, sobre a pathogenia do beriberi.

Maravilhando-me que o Dr. Alvarenga, tão illustrado como é, se mostre ás vezes apaixonado na analyse da minha theoria, que suppõe ser a theoria do Sr. Dr. Silva Lima, a qual *subscreevi inteiramente chegando a chamal-a minha theoria*, permitta-me o illustre professor que lhe faça desde já algumas observações, antes de entrar em discussão circumstanciada ácerca das objecções, nem sempre izentas de argucias, que entendeu contrapôr ás minhas opiniões.

O beriberi é, diz o Dr. Silva Lima, uma *paralysis hemat toxica* ou por envenenamento do sangue, manifestando-se ora nos nervos da vida animal, ora nos da vida organica, ora em uns e outros, dando lugar no primeiro caso ás perturbações da motilidade e sensibilidade, constituindo a forma que designei paralytica; no segundo á estase sanguinea no systema capillar, anasarca, perturbações da circulação, das funcções secretorias, etc, etc., ou forma edematosa; e no terceiro a uns e outros destes phenomenos morbidos simultaneamente constituindo a fôrma a que dei o nome de mixta. (*Ensaio sobre o beriberi no Brasil*, pag. 159).

Acceito a pathogenia específica do beriberi, sustentada pelo Dr. Silva Lima, mas a lesão do grande sympathico que elle admite foi por mim combatida. O Dr. Pacifico Pereira, talentoso redactor da *Gazeta Medica da Bahia*, apresenta a mesma theoria do Dr. Silva Lima (o que não conheceo o Dr. Alvarenga, pois diz que foi por mim postergada) e della divergi «pelas razões que apontei em relação á theoria do Dr. Sá Pereira».

Quando declarei que acceitava sem hesitar a opinião do

Dr. Silva Lima, tratava de uma questão que não quiz o Dr. Alvarenga esclarecer com as luzes do seu robusto talento: eu admittia o beriberi como entidade morbida perfeitamente determinada, devida á principio específico. Não abraçava, portanto, a opinião do sabio professor Dr. Faria, que julgava o beriberi uma fôrma especial da intoxicação palustre; nem a opinião do Dr. Góes Siqueira, que negava a existencia do beriberi como individualidade morbida distincta, vendo no seu quadro symptomatologico um complexo de aberrações organicas, uma multidão de estados pathologicos. É uma questão importantissima com que não se occupa devidamente o Dr. Alvarenga, deixando-a ficar em esquecimento. Si o illustre professor tivesse acompanhado de perto a serie de discussões que surgirão no Brazil, não teria sem duvida deixado de parte questão de tão alta monta.

«O elemento beriberico obra especialmente sobre a medulla espinhal: é este o ponto de partida dos symptomatos que caracterisam a physionomia clinica da molestia,» o digo eu a pag. 162 do meu *Estudo*. Em lugar nenhum de meu escripto fallo á favor da lesão do grande sympathico, que o Dr. Alvarenga combate com as mesmas razões por mim apresentadas. Como vem o Dr. Alvarenga dizer que *subscreevo inteiramente* a theoria do Dr. Silva Lima, *chegando a chamal-a «minha theoria?»* Que é das provas? que é das palavras por mim proferidas que justifiquem censura tão infundada?

O agente específico do beriberi, é verdade, foi por mim acceito, e tambem pelo Dr. Alvarenga, que não tem a franqueza de confessal-o.

Fallo sinceramente: foi o Dr. Alvarenga, quem sem o querer subscreevo a minha opinião. E pretendo demonstral-o mais tarde. Ha, porém, uma unica differença: o Dr. Alvarenga, a cujo talento e saber tributo profunda admira-

ção, procurando distanciar-se de minhas idéas para mostrar originalidade, cahio no vago, perdeo-se no obscuro; não deo, como pretendia talvez, a ultima palavra sobre a difficil questão da pathogenia beriberica.

Na larga discussão que sustenta o Dr. Alvarenga sobre as theorias que têm apparecido para resolver o problema pathogenico do beriberi, esquece-se o illustro professor de analysar a importante theoria do Dr. Domingos Carlos. É imperdoavel esta falta. O Dr. Alvarenga não aprecia a hypothese das influencias climatericas, brilhantemente desenvolvida pelo talentoso professor da Faculdade da Bahia.

Diz o Dr. Domingos Carlos:

«O beriberi é uma molestia propria do clima quente.»

«A sua causa efficiente é a elevação e invariabilidade da temperatura atmospherica em relação com a temperatura do sangue e dos centros da vida vegetativa».

«Para producção da molestia e das constituições endemicas torna-se indispensavel a mediação favoravel dos modificadores cosmicos, sobresahindo entre elles a saturação aquosa da atmospherica.»

O que diz o Dr. Alvarenga á respeito de opinião tão authorisada? como resolve a bonita hypothese das influencias climatericas, magistralmente exposta pelo eminente professor da Bahia? o que pensa acerca da temperatura e saturação aquosa da atmospherica em acção sobre o sangue e os centros da vida vegetativa? Nada nos diz. O sabio professor europeu emmudece, e deixa cahir a penna que tão habilmente maneja!

Quanto á accusação que me levanta por haver eu censurado a medicina brazileira no pouco que têm feito em relação á thermometria clinica, não vejo razão no que diz o Dr. Alvarenga. Respeito e admiro muito os Srs. Drs. Torres Homem, Faria, Saboia, Domingos Carlos e Moura, que têm

prestado á clinica relevantes serviços com o thermometro á cabeceira do doente, e não desconheço os trabalhos dos medicos de meo paiz. Dizendo que a thermometria entre nós ainda não occupa o alto logar que lhe compete, refiro-me á sua applicação pouco frequente em todas as provincias do imperio sem excepção; não fallo da medicina official sabiamente ensinada pelos professores de nossas duas Faculdades.

Si o Dr. Alvarenga *tivesse revolvido os escriptos medicos de nossa paiz* (digo *nosso*, porque ao Brazil deve o Dr. Alvarenga o berço), veria então que, ao emvez do que diz, é exacto o meu asserto e fundada a minha critica.

É o Dr. Torres Homem, o sabio professor do Rio de Janeiro, quem vai agora fallar:

«Na Allemanha e na França, os estudos relativos á thermometria clinica têm tido immenso progresso; na Italia, onde os mais abalisados professores acompanhão passo a passo as brilhantes conquistas da escola germanica, o thermometro é hoje considerado um instrumento indispensavel ao pratico á cabeceira do doente; em Portugal, principalmente em Lisboa, as pacientes investigações thermometricas do professor Alvarenga vão sendo applaudidas e devidamente apreciadas; entre nós porém, apesar da louvavel tendencia que se nota na classe medica em acompanhar de perto o movimento scientifico que se opera na Europa; apesar do incontestavel merecimento de grande numero de collegas a cuja illustração tributo sincera homenagem, a thermometria clinica tem sido recebida, senão com má vontade, pelo menos com frieza e indifferença. D'ahi vem a razão porque quasi nada se tem observado em ralação á marcha do calor febril na febre amarella». (*Licções de clinica sobre a febre amarella* pelo Dr. Torres Homem, 1873 pag. 50).

(Continda.)

O *Movimento Medico* publica-se no ultimo dia de cada
mez.

PREÇO D'ASSIGNATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

PARA A CAPITAL	PARA FORA DA CAPITAL E DA PROVINCIA
Por um anno..... 10\$	Por um anno..... 12\$
Por seis mezes..... 5\$	Por seis mezes..... 6\$

Recebem-se annuncios para a folha exterior do *Movi-
mento*.