

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

SOBRE TRES PONTOS :

SCIENCIAS MEDICAS. — DA ESCARLATINA E SUAS COMPLICAÇÕES.

SCIENCIAS CIRURGICAS. — DA NATUREZA DAS ESCROPHULAS.

SCIENCIAS ACCESSORIAS. — TRATAR DO COBRE E SUAS COMBINAÇÕES
EMPREGADAS EM MEDICINA E DA MANEIRA DE CHIMICAMENTE
AS RECONHECER.

THESE

Apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e sustentada no dia 14
de Dezembro de 1852

POR

CASSIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA LIMA

DOUTOR EM MEDICINA PELA MESMA FACULDADE.

NATURAL DE SANTA LUZIA (PROVINCIA DE MINAS GERAES)

Filho legítimo de

QUINTILIANO GONÇALVES LIMA

E

D. ANNA CAROLINA DE OLIVEIRA LIMA

*Edidi quod potui, non ut volui;
Sed ut me temporis angustiae coegerunt.*



RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA UNIVERSAL DE LAEMMERT

Rua dos Invalidos, 61 B

1852

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO.

DIRECTOR.

O SR. CONSELHEIRO DR. JOSÉ MARTINS DA CRUZ JOBIM.

LENTES PROPRIETARIOS.

Os SRS. DOUTORES:

1.º ANNO.

F. DE P. CANDIDO, <i>Presidente</i>	Physica Medica.
F. F. ALLEMÃO	Botanica Medica, e Principios elementares de Zoologia.

2.º ANNO.

J. V. TORRES HOMEM	Chimica Medica, e Principios elementares de Mineralogia.
J. M. NUNES GARCIA	Anatomia geral e descriptiva.

3.º ANNO.

J. M. NUNES GARCIA	Anatomia geral e descriptiva.
L. DE A. P. DA CUNHA	Physiologia.

4.º ANNO.

J. B. DA ROSA	Pathologia geral e externa.
J. J. DA SILVA	Pathologia geral e interna.
J. J. DE CARVALHO	Pharmacia, Materia Medica, especialmente a Brasileira, Therapeutica e Arte de formular.

5.º ANNO.

C. B. MONTEIRO	Operações, Anatomia topographica e Apparelhos.
L. DA C. FEIJO	Partos, Molestias de mulheres peçadas e paridas, e de meninos recém-nascidos.

6.º ANNO.

T. G. DOS SANTOS, <i>Examinador</i>	Hygiene e Historia de Medicina.
J. M. DA C. JOBIM	Medicina Legal.

2.º ao 4.º M. F. P. DE CARVALHO	Clinica externa e Anat. Pathologica respectiva.
5.º ao 6.º M. DE V. PIMENTEL, <i>Examin.</i>	Clinica interna e Anat. Pathologica respectiva.

LENTES SUBSTITUTOS.

A. M. DE MIRANDA e CASTRO, <i>Examinad.</i>	} Secção das Sciencias accessorias.
F. G. DA ROCHA FREIRE	
A. F. MARTINS	} Secção Medica.
M. M. DE MORAES e VALLE, <i>Examinador</i> .	
F. FERREIRA DE ABREU	} Secção Cirurgica.
F. BONIFACIO DE ABREU	

SECRETARIO.

DR. LUIZ CARLOS DA FONSECA.

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas Theses que lhe são apresentadas.

A MEU BOM PAI E MELHOR AMIGO

E

A MINHA EXTREMOSA E ADORADA MÃI.

Tenho satisfeito, meus Pais, os vossos mais ardentes desejos, concluindo meus trabalhos escolares. A vós o devo, se tal o consegui, e se hoje occupo na sociedade uma posição distincta. Consentí pois, que a vós dedique eu o primeiro fructo de minhas lucubrações, não como remuneração dos immensos beneficios que de vós tenho recebido, e de que jámais poderei esquecer-me, porém sim como prova de respeito, amor e gratidão que vos consagra o vosso obediente filho

CASSIANO.

AOS MANES

DE

MEU SEMPRE ASSAZ CHORADO AVÔ E PADRINHO

O ILL.^{mo} SR.

JOSÉ DE OLIVEIRA CAMPOS.

Uma lagrima de saudade!!

A MEUS PREZADOS IRMÃOS,

CUNHADOS E SOBRINHOS.

Exigua prova de cordial amizade.

A MEU TIO E PADRINHO

O Ex.^{mo} Sr. Barão de Santa Luzia.

O silencio é muitas vezes mais expressivo do que as palavras.

ESCARL.

A TODOS OS MEUS PARENTES

E

AMIGOS,

COM PARTICULARIDADE

A meu Primo o Ill.^{mo} Sr. Dr. Antonio da Fonseca Vianna,

E Á SUA DIGNA ESPOSA

A ILL.^{ma} SRA. D. FRANCISCA CANDIDA PEIXOTA VIANNA.

AO ILL.^{mo} SR.

ANTONIO JOSÉ GONÇALVES VILELLA,

E Á SUA FILHA

A ILL.^{ma} SRA. D. AUGUSTA CANDIDA VILELLA.

Multa sympathia e amizade.

AOS MEUS AMIGOS E COMPANHEIROS DE INFANCIA

OS SENHORES

Dr. PEDRO MARIA DA FONSECA FERREIRA.

JOAQUIM CLAUDIO DE SALLES.

AOS MEUS COLLEGAS E BONS AMIGOS

OS SENHORES DOUTORES

JOSÉ CONSTANCIO DE OLIVEIRA E SILVA.

JOÃO NOGUEIRA PENIDO.

JOSÉ FRANCISCO NETTO.

SILVERIO JOSÉ LESSA.

A MEU COLLEGA E PREDILECTO AMIGO

O SR. DR. CARLOS ANTUNES HUDSON.

Pequena, porém sincera demonstração de amizade.

A MEUS COMPANHEIROS

OS SENHORES

CANDIDO JOSÉ COUTINHO DA FONSECA.

ALEXANDRE SEVERO SOARES DINIZ.

AO ILL.^{mo} SR. DR.

CONSTANTINO JOSÉ DA SILVA FRANZINI.

Em signal de alta consideração, sympathia e amizade.

A MEU MESTRE DE LATIM

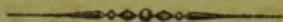
O Sr. José Joaquim Lages.

Uma lembrança.

AO MUITO DISTINCTO PROFESSOR DA ESCOLA DE MEDICINA
DESTA CÔRTE

O ILL.^{mo} SR.

DR. FRANCISCO FERREIRA DE ABREU.



AO MUITO DIGNO E ILLUSTRADO

PRESIDENTE DESTA THESE

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SR.

DR. FRANCISCO DE PAULA CANDIDO.

Homenagem ao talento e saber.

PRIMEIRO PONTO.



DA ESCARLATINA

E

SUAS COMPLICAÇÕES.



HISTORIA.

TRAÇAR a historia da origem da escarlatina é sem duvida uma das questões bastante difficeis a resolver-se, pois que ainda hoje ignora-se a época e a localidade, em que ella pela vez primeira appareceu. É mui duvidoso que a escarlatina tenha sido conhecida dos Gregos e dos Romanos; mesmo os Arabes, que ricos materiaes fornecêrão á historia de algumas dermatoses, nada nos dizem a semelhante respeito, parece até não a terem conhecido. Foi preciso chegar ao seculo XVI para ver a escarlatina se desenhavar de uma maneira um pouco facil nas relações de epidemias. Appareceu então Ingrassias, que com razão foi reputado como o primeiro autor, que tenha tratado desta affecção, distinguindo-a do sarampo, com quem por muito tempo fôra confundida. A Ingrassias succedeu Baillou alguns annos mais tarde, o qual, observando com cuidado uma epidemia que em 1574 reinou em Paris, a descreveu sob o nome de rubiolæ. Jean Coytar, de Potiers, contemporaneo de Baillou, traçou os principaes caracteres desta molestia em 1578, á qual deu elle o nome de febre purpurea epidemica e contagiosa.

É considerado este autor como o mais antigo monographo da escarlatina em França. Pouco mais ou menos na mesma época uma molestia epidemica, vinda da Asia, appareceu no meio dia da Europa, invadiu primeiro a Hespanha, onde L. Mercado, Perez Cazales, Perez de Herrera, Agujar e outros a descreverão debaixo da denominação de garrotinho; mostrou-se depois em Napoles em 1618, na Sicilia em 1620, e

assaltou uma grande parte da Italia. Reconhecida como uma affecção nova, recebeu nomes diversos, como: morbus strangulatorius, ignis sacer, angina puerorum, ulcera anginosa, ulcera syriaca, therioma faucium, febre rubra, morbilli ignei, morbilli confluentes, e finalmente Sydenham a chamou febre escarlatina, nome pelo qual é hoje conhecida. O seu estudo tem occupado a attenção de grande numero de praticos, especialmente em Napoles, onde figurão os nomes de Franz Nola, Sgambatus, Foglia, Carnevala, Broncoli, Severin; em Messina os nomes de Cartesius e Prasini; em Roma os de Signini Aetius; em Palermo o de Alaymus, &c.

Segundo os medicos da época, é certamente uma das molestias, que estragos consideraveis tem occasionado; a mortalidade que lhe attribuem elles, é verdadeiramente incrível; só em Napoles, segundo as observações de Carnevala, tinha feito perecer 500,000 individuos em dois annos.

Entre os pathologistas calorosas discussões houverão sobre a natureza desta molestia; a favor de sua identidade com a escarlatina anginosa debatião Willan, Benedict, Most, J. Frank; outros, pelo contrario, erão de opinião que ella tinha relações intimas com a angina gangrenosa ou com a diphtherite, e que portanto a ella devia ser referida. Os sectarios desta derradeira questão julgavão que no garrotinho e no mal de garganta de Napoles não se mostrava erupção alguma analoga á que tem lugar na escarlatina; limitão-se elles a fazer menção de algumas manchas semelhantes a picadas de pulgas.

Na época em que era a Europa meridional devastada pela escarlatina anginosa, grassava com rigor a escarlatina normal nos diversos estados da Allemanha, entre outros em Wittemberg, onde era estudada por Sennert, que della nos legou um quadro fiel. A par de Sennert collocaremos Doring, que na mesma época observava a escarlatina na Polonia, onde em 1665 de novo apparecera, e fôra descripta por Simon Schultz sob o nome de purpura epidemica maligna. No decurso dos annos seguintes Rayer assignalou-a na Hungria, Etmuller e Lange em Leipsick; em Modena Ramazzini; em Augsburgo Schraeck, &c. Na Escossia mostrou-se pela primeira vez no fim do seculo XVIII, durante o curso do qual foi estudada em diferentes pontos da Europa. Além de outros que nos brindarão com trabalhos mais importantes sobre a

molestia de que se trata são: na França, Navier, Lorry, Dupuy de la Percherie, Sauvage, Desessort; na Allemanha Storck e Pleneiz; na Inglaterra, Huxham, Fothergill, Withering; na Escossia, Brodly, Coventry; na Hollanda de Haen, Keetell, Bicker; na Noruega, Nelle; na Dinamarca, Eichel de Meca, Bang, Aaskow; na Suissa, Tissot; na Italia, Parolini, Targiani, Ghisi.

Por praticos desta côrte (Rio de Janeiro) foi observada em 1828 uma epidemia de esscarlatina; anteriormente a essa época parece que não reinou epidemia alguma desta natureza; pelo menos nada nos consta a tal respeito; apenas erão notados alguns casos esporadicos, como ainda hoje o são. Pouco tempo depois do desaparecimento da epidemia de febre typhoide, que aqui appareceu em 1835, de novo tornou a manifestar-se nesta cidade. Foi tambem em 1838 observada uma epidemia de esscarlatina, que tornou-se notavel pelo character anginoso, que ella tomou, e pela mortalidade a que deu lugar. De 1839 até fins de 1842 poucas forão as victimas em consequencia da simplicidade, com que se mostrou. Nunca porém ella cercou-se de symptomas tão aterradores, como aquella que aqui grassou em 1843; nessa época predominou a esscarlatina thyphoica, que tornou-se o flagello desta população pelo numero consideravel de victimas que sacrificou!!

ETIOLOGIA.

A causa determinante da esscarlatina é um principio miasmatico e contagioso, cuja natureza é inteiramente desconhecida.

As idades e os sexos não estão ao abrigo de serem affectadas por ella; todavia é de experiencia, que ella accomette mais aos meninos, do que as pessoas adultas, e as mulheres do que aos homens.

A esscarlatina se mostra em todas as estações; mais frequentemente porém na primavera e durante o estio.

A esscarlatina reina quasi sempre de uma maneira epidemica. O genio epidemico imprime muitas vezes á molestia um character especial, que conserva durante toda a duração de seu reino; tal epidemia é mui benigna, tal outra é mortifera; nesta é a angina que predomina; naquella

é o exanthema, aqui são os symptomas gastricos e intestinaes, que apresentam mais intensidade; acolá são os symptomas cerebraes, &c.

DEFINIÇÃO.— Escarlatina (*morbilli confluentes, ignis sacer, febris escarlatina, febris purpurea, rossolia, rossania, rubeola confluens, &c.*), é uma molestia geral, uma pyrexia epidemica, esporadica e contagiosa, com determinação morbida para a pelle e membranas mucosas, caracterizada especialmente por angina, e rubor espalhado uniformemente na superficie da pelle, ou disposto em largas placas, e terminando por descamação no fim do primeiro septenario.

SYMPTOMATOLOGIA.

Admittem-se debaixo deste ponto de vista cinco fôrmas de escarlatina, a saber: escarlatina simples, anginosa, ataxica ou nervosa, typhoica, e sem exanthema. No curso da escarlatina adoptamos, com a maior parte dos autores, tres periodos; o de invasão, de erupção e de descamação.

ESCARLATINA SIMPLES.—*Primeiro periodo.*—O symptoma que ordinariamente abre a scena é a febre, que vem acompanhada de frios succedidos de calor, cephalalgia, abatimento, inappetencia, sêde; a estes symptomas ajuntão-se muitas vezes epistaxis, nauseas, vomitos biliosos ou alimentares, pouca dôr na garganta, e ás vezes accidentes nervosos, taes como delirio, coma ou convulsões, especialmente nas crianças.

Segundo periodo.—Vinte e quatro horas, algumas vezes quarenta e oito depois dos symptomas que acabamos de mencionar, começa a manifestar-se a erupção, que de ordinario occupa primeiro o pescoço, depois a face, para dali propagar-se ao resto do corpo. Ella consiste em uma multidão de pequenos pontos rubros, isolados uns dos outros, que repousão em um fundo côr de rosa, e não apresentam saliencia alguma ao nivel da pelle; estes pontos mais vermelhos, mais finos e muito mais confluentes, e dispostos mais regularmente que as manchas do sarampo, não tardão a reunir-se, e formar placas mais ou menos extensas, pouco largas a principio, e guardando distancia entre si, chegão finalmente por sua confluencia a dar aos tegumentos uma côr escarlata geral, que desapparece pela pressão, para logo depois reaparecer. Huxam comparou a côr que

apresenta o exanthema com aquella, que tomaria a pelle, se a tivéssemos horrifado com o succo de framboezas. E' nessa época que a pelle torna-se secca, urente, e a séde de um prurido bastante desagradavel. A face incha, bem como os pés e as mãos, a ponto de tornar difficil e dolorosa a flexão dos dedos e artelhos. A mucosa da bocca e do pharynge mostra-se vivamente rubra; as amigdalas, o véo do palladar, e a lueta tumefeitas e cobertas de placas molles, delgadas, pultaceas e esbranquiçadas. A lingua despoja-se do enducto branco que a cobria, e torna-se rubra; sua superficie é de tal maneira lisa, que parece coberta de um verniz; outras vezes porém as papillas são salientes. A angina é constantemente acompanhada de dôr mais ou menos viva, que se exacerba por meio da pressão ao nivel dos angulos do maxillar inferior, e pelos esforços da deglutição; esta é dolorosa, a falla embaraçada, e a voz rouca. Os ganglios sub-maxillares se engorgitão e tornão-se dolorosos. A febre, que muitas vezes diminue de intensidade com a apparição do exanthema, mantem-se emquanto elle persiste, cresce e decresce com elle. A temperatura do corpo é sempre muito mais elevada do que nas outras febres eruptivas. A séde existe viva, o appetite nullo; os vomitos são raros, existe algumas vezes uma diarrhéa pouco abundante e de curta duração, ou uma ligeira constipação. Nos paroxysmos o facies do doente traduz soffrimento; os olhos são brilhantes e lacrymosos; ha agitação, delirio, insomnia rebelde devida ao prurido e á angina, de que é atormentado o doente.

A coloração morbida no terceiro ou quarto dia é que chega a maior auge de intensidade. Assim ella é menos pronunciada nos lugares em que a pelle é mais fina, como nas axillas, nas verilhas, na parte interna das côxas, e no ventre, onde tambem é mais perseverante. Ella augmenta-se, durante os paroxysmos febris, quando o doente grita, ou agita-se, principalmente á noite (Rayer). Quando ella ganha maior intensidade, é que muitas vezes vê-se desenvolver uma complicação de vesiculas miliares (escarlatina phlyetenosa, miliaris de P. Frank e de Naumann). Do quarto para o quinto dia o exanthema começa a perder o seu rubor; e este desaparece ordinariamente no septimo dia, época em que começa a descamação.

Terceiro periodo. — A' medida que a descamação se estabelece, os phenomenos morbidos desaparecem, ou perdem sua intensidade. De ordinario do quarto ao nono dia da invasão da molestia é que a pelle começa a

empallidecer; o rubor deixa as partes affectadas na ordem em que tinha apparecido, tem lugar primeiro no pescoço, depois na face, e assim successivamente. A epiderme se destaca sob a fórma de farinha furfuracea, e de escamas mui largas nos lugares onde a epiderme é mui densa, como nas mãos e nos pés, cuja fórma guardão muitas vezes. Observa-se muitas vezes que quando existe uma complicação miliar, a descamação começa pelas vesiculas seccas. Quando a molestia é ligeira, a descamação é quasi imperceptivel. Este periodo dura oito a quinze dias, e pôde em casos excepcionaes durar trinta até quarenta. Ao mesmo tempo que a descamação se opera, e algumas vezes antes dessa época, se a affecção é benigna, vê-se o pulso perder sua frequencia, a pelle o calor, porém conserva-se aspera e secca; as partes que se achavão entumescidas se desinchão, e todos os outros symptomas geraes diminuem gradualmente, e desapparecem completamente. Suores copiosos, ourinas abundantes, evacuações alvínas ou uma epistaxis vem indicar a terminação critica e feliz da escarlatina.

ESCARLATINA ANGINOSA. — Os symptomas geraes que annuncião esta fórma de escarlatina são desde seu começo mais pronunciados do que na fórma simples. Ella é assignalada por cephalalgia intensa, agitação, delirio, prostração extrema, calor urente da pelle, pulso muito frequente e pouco desenvolvido, voz guttural, coryza, tosse sem expectoração, algumas vezes epistaxis, embaraço na respiração e deglutição. A garganta torna-se logo a séde de uma viva dôr, as amígdalas, o véo do palladar e seus pillares se entumescem, e tomão uma côr de carmesim, que invade a toda mucosa buccal e lingual, cujas papillas se allongão e ficão salientes.

A erupção não se mostra sempre com a mesma regularidade e extensão, como succede á escarlatina benigna; ordinariamente não apparece senão no terceiro dia de invasão. Ella consta de manchas de um rubro escuro ou arroxado; em lugar de estender-se a toda superficie do corpo; limita-se a certos pontos, como ao dorso, ao pescoço, ao peito, ás vizinhanças das articulações, principalmente aos punhos e cotovelos; desaparece muitas vezes para reaparecer nos mesmos lugares, ou em outros, que anteriormente não occupava; a face, as mãos e os pés entumescem consideravelmente; a séde, as nauseas, e os vomitos continuão pertinazes desde o principio da molestia.

Aqui são sobretudo os phenomenos da angina, que deve reclamar a attenção do pratico; na verdade, pelos seus progressos a deglutição torna-se difficil, e mesmo impossivel, sendo expellidos os liquidos, que o doente procura ingerir. As glandulas sub-maxillares apresentam-se algumas vezes de tal maneira engorgitadas, que o pescoço ganha muitas vezes um volume enorme; provindo dahi que o doente encontra quasi que impossibilidade de virar o pescoço e abrir a bocca; o seu halito é fetido. Em alguns casos este engorgitamento chega a constituir uma complicação bastante séria, pois augmenta consideravelmente o embaraço da respiração, que já não é pequeno, em consequencia do grande volume das amigdalas; assim o doente para lhe tornar mais facil a acquisição do ar, que deve servir para sua respiração, é obrigado a conservar-se sentado ou com a cabeça elevada; independente disso, ella é anhelante, accelerada e irregular; a bocca acha-se continuamente entre-aberta. As amigdalas, o véo do palladar, a lueta e a parte superior do pharynge deixão distinguir em cima uma substancia pultacea, esbranquiçada, devida a uma exsudação mucosa, que muitas vezes transforma-se em falsas membranas, que ás vezes são expellidos aos pedaços pela bocca e nariz, quando o doente tosse ou escarra.

Casos ha em que a angina toma o caracter gangrenoso; então essas pseudo-membranas encobrem escaras, ulcerações mais ou menos profundas. Os labios são gretados, sangrentos e cobertos de crostas; das ventas igualmente crostosas corre muitas vezes um liquido amarellado, ou sanguinolento e fetido.

Quando este terrivel estado não decahe com o tratamento, então o doente succumbe em consequencia de congestões cerebraes ou pulmonares, que sobrevem devidas ao embaraço da respiração e circulação.

Se porém com o tratamento adequado a molestia cede, nós vamos vendo todos os phenomenos diminuir de intensidade, até que a descamação tem lugar; porém esta é, como a erupção, irregular. Ella é quasi nulla quando a erupção desapparece rapidamente, prolonga-se pelo contrario quando o exanthema foi muito intenso.

ESCARLATINA ATAXICA, NERVOSA. — Nesta fórmula o periodo de invasão é ordinariamente de curta duração; desde seu começo o doente queixa-se de abatimento; experimenta desmaios; tem febre que se declara por frios violentos, seguidos de um calor urente mui doloroso para o doente, e que

o medico não póde pelo tacto apreciar; tem cephalalgia mui intensa, séde viva, dôres articulares, vomitos biliosos, e diarrhéa; o pulso é muito frequente; a respiração é laboriosa e accelerada, sem que a percussão e escutação fação suspeitar alteração dos órgãos thoracicos; a pelle é secca e urente em certos lugares, e fria como gelo em outros, como na face, e nos pés; os olhos são fortemente injectados; a face é alternativamente viva, inflammada e pallida; sobrevem delirio, a principio intermittente, depois continuo, acompanhado de convulsões ou de coma.

A erupção é ora parcial, ora geral; as manchas são pallidas, ou violáceas, espalhadas sobre a pelle, que é inchada e dolorosa ao mais ligeiro contacto, e que parece ser a séde de uma erysipela; a angina é ás vezes pouco pronunciada; outras vezes muito intensa, acompanhada do desenvolvimento de falsas membranas no pharynge e fossas nasaes.

Os symptomas geraes exacerbão-se durante o periodo de erupção; o pulso, de uma frequencia excessiva, torna-se mui pequeno e irregular; a séde é inextinguivel, sobrevem paralysisia; as evacuações tornão involuntarias ao mesmo tempo que o ventre se meteorisa; o halito é fetido; a respiração é precipitada e incompleta; a pelle cobre-se de uma còr icterica geral, e a morte vem pôr termo a esta scena.

Quando a molestia não segue a marcha acima indicada, e que ella não é caracterizada por phenomenos tão assustadores e de tamanha intensidade, chega a seu terceiro periodo; então vê-se que a descamação marcha com lentidão, e se faz por pequenas escamas.

Esta fórma de escarlatina é notavel, por isso que o exame cadaverico não nos revela lesão alguma capaz de explicar a gravidade dos phenomenos symptomaticos, e a rapidez com que sobrevem a terminação fatal.

ESCARLATINA TYPHOICA.—Esta fórma de escarlatina é raras vezes esporádica, é quasi sempre epidemica; ella começa algumas vezes como a escarlatina benigna, em poucas horas vê-se o caracter typhoico se desenhar; assim os traços da physionomia dos doentes se alterão; elles sentem-se pesados, como que seus movimentos lhes são mais difficéis; o pulso é frequente, largo e resistente; o gosto da bocca é máo; ha anorexia, sobrevem muitas vezes vomitos de materia biliosa abundante, ou uma diarrhéa acompanhada de dôres pelo ventre, e substituida em alguns casos por constipação; a ourina é sedimentosa, sanguinolenta e algumas vezes negra. O doente apresenta um estado de estupidez, e permanece deitado sobre o dorso. A

epistaxis, a hemoptyse, e a enterorrhagia não são raras, sobretudo durante o periodo de erupção; ha secura da bocca, sêde intensa, falta de appetite, cephalalgia á que se ajunta uma insomnia continua; a bocca e a lingua é excessivamente rubra, o véo do palladar, os seus pillares e as amigdalas se engorgitão; o calor da pelle augmenta; ella é secca e arida, ás vezes frangida.

No fim de vinte e quatro horas, muitas vezes antes, vê-se apparecer a erupção, a qual é abundante e regular, porém as manchas são arroxadadas, purpureas, ou azuladas, pallidas e semêadas de petechias e sudamias. O ventre apresenta um volume sensivel; se se lhe applica o ouvido, ouve-se o gargarejo na fossa iliaca direita; a lingua, os labios e os dentes tornão-se fuliginosos, seccos, aridos; as conjunctivas se injectão; ha surdez; um corrimento fetido ao mesmo tempo tem lugar pelas fossas nasaes; ha grande sensibilidade á luz; as evacuações diminuem de intensidade em alguns individuos; em outros são substituidas por uma constipação teimosa; e finalmente em outros tornão-se involuntarias; e acompanhadas de um liquido turvo ou amarellado mui fetido, contendo algumas vezes certa quantidade de sangue proveniente de hemmorrhagias intestinaes. O doente vê-se ás vezes ameaçado de suffocação, quando quer engulir algum liquido; apparecem tremores, movimentos convulsivos em alguns, sobresalto de tendões, carphologia, a voz vai-se extinguindo, a respiração se encurtando, e o doente assim expira ou morre em profundo coma.

Bem poucos são aquelles que sobrevivem a estes primeiros accidentes; estes tem ainda de lutar com as consequencias da inflammação das vias aerias, e órgãos digestivos, que persiste depois do exanthema. Escaras gangrenosas se formão nos trocanteres e sacro, e são seguidas de largas ulcerações, que difficultão a convalescencia, que é ainda mui longa. Quando essas ulcerações coincidem com as inflammações intestinaes são sempre graves e algumas vezes mortaes.

ESCARLATINA SEM EXANTHEMA.—Parecerá sem duvida extravagante aos olhos daquelles que encarão esta molestia como uma affecção local a idéa de uma escarlatina sem exanthema. Considerada entretanto debaixo do ponto de vista de sua verdadeira natureza, isto é, como uma molestia geral, dependente da infecção de toda a economia por um agente morbifico, cujos effeitos se fazem primeiro sentir nos envoltorios te-

gumentarios interno e externo, não poderemos deixar de conhecer que o exanthema cutaneo é um elemento pathologico secundario, cuja existencia não está intimamente ligada á essencia da affecção escarlatinosa. Esta fórma de escarlatina foi observada e admittida por Trousseau, Bretonneau, Taupin, Camille Renaud, Graves, Huxam, Carriere, Autenrieth, Tissot e outros.

DIAGNOSTICO.

Não sendo os phenomenos que caracterisão o primeiro periodo da escarlatina bem distinctos daquelles que precedem as outras febres eruptivas, e a maior parte das affecções agudas, um diagnostico certo antes da erupção não pôde ser estabelecido. A bexiga, como dizem os autores, é annunciada por vomitos e uma dôr lombar intensa; o sarampo é precedido de symptomas catarrhaes, que se observão do lado da mucosa nasal, occular, e bronchica; estes prodromos não são entretanto constantes nas molestias de que se trata, e de um outro lado podem existir na escarlatina.

Quando a escarlatina se annuncia por febre, cephalalgia, abatimento e diarrhêa, não é possivel distingui-la da febre typhoide. « Se a escarlatina, dizem Guerrant e Blache, começa por delirio ou convulsões, nada a differencia do primeiro periodo do meningite. »

A certeza é pois impossivel durante a invasão, porém o medico pôde todavia recolher algumas probabilidades; deve crêr de preferencia na escarlatina, se o individuo está collocado em um lugar onde reina uma epidemia escarlatinosa, se é moço, se tem estado em contacto com algum escarlatinoso; o diagnostico torna-se ainda mais seguro, se existir uma angina offerecendo caracteres especiaes, que mais abaixo referiremos.

A erupção tira todas as duvidas: a fórma, a disposição, a côr das manchas escarlatinosas, a presença da angina, são signaes pathognomonicos, que se não pôde desconhecer.

A angina escarlatinosa, quando não é acompanhado de exanthema, pôde ser confundida com a pharyngo-amigdalite simples, e com a angina diphtherica; eis-aqui as considerações que servirão a estabelecer o diagnostico differencial.

E' provavel que se trate da angina escarlatinosa se a molestia se encontra em uma localidade, onde reina uma epidemia escarlatinica, em um individuo moço, que ainda não teve a escarlatina, que esteve em contacto com um individuo affectado desta molestia.

Na angina simples não existe uma coloração tão pronunciada, tão geralmente espalhada sobre as tonsillas, véo do palladar, e pharynge; muitas vezes uma só amigdalala é affectada, os ganglios sub-maxillares não são engorgitados.

A distincção entre a angina escarlatinosa e depheterica é mais delicada. Pesquisas de Bretonneau e Trousseau vierão elucidar esta importante questão de diagnostico, e indicárão os principaes caracteres differenciaes seguintes: a escarlatina anginosa é sempre precedida de febre mui intensa, e de perturbações respiratorias mais pronunciadas, do que a angina depheterica, em que essas perturbações são pouco apreciaveis: na angina escarlatinosa ha tumefacção consideravel e rubor mui vivo, que limita-se ás duas amigdalas, ao véo do palladar, á mucosa buccal e lingual, ao passo que na depheterica ha tumefacção pouco consideravel de uma das amigdalas, rubor vivo em torno da concreção pellicular, conservando o véo do palladar, a mucosa buccal e lingual sua côr natural; além disto, a angina depheterica tende á chronicidade, entretanto que a angina escarlatinosa tem uma marcha aguda; a escarlatina anginosa não tem tendencia alguma a invadir os canaes aeriformes; a depheterite a tem em extremo; o tratamento topico, que na escarlatina modifica a angina, não encurta a duração, nem diminue o perigo dos doentes; ficão estes expostos a todos os accidentes consecutivos mais ou menos graves; observa-se o contrario quando o tratamento topico dissipa a inflammacção depheterica, pois que a saude logo se restabelece.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.

A regularidade da molestia é constituida pela harmonia e ordem de successão que apresentam os differentes symptomas morbidos. Esta é muito menos commum, e menos marcada na escarlatina do que no sarampo.

A escarlatina é uma affecção essencialmente variavel em seus caracteres symptomaticos, e em sua marcha; os limites do periodo de invasão oscillão entre doze horas e quatro dias; a duração do periodo de erupção é ordinariamente de seis dias, porém ella póde ser, segundo muitos autores, de algumas horas ou de quarenta dias; o periodo de descamação não passa algumas vezes de tres ou quatro dias; porém elle póde prolongar-se por espaço de um mez. Finalmente a duração total da escarlatina varia entre dez e quarenta dias.

Geralmente fallando, póde-se dizer que a escarlatina deve ser considerada como regular, quando verificamos a existencia de seus tres periodos de invasão, de erupção e de descamação, qualquer que seja a duração de cada um destes tres periodos;— quando o exanthema é geral, de uma côr vermelha frambroezada, que augmenta e diminue gradualmente; quando existe uma angina, cuja intensidade está em relação com a do exanthema, sem todavia passar certos limites, nem determinar accidentes graves. Póde a escarlatina terminar-se debaixo de tres maneiras: 1.º, pela sua resolução; 2.º, pela morte; 3.º, pela conversão em uma ou outra molestia.

PROGNOSTICO.

Varia o prognostico da escarlatina segundo a fórma que ella apresenta; assim elle é quasi sempre feliz, quando ella é benigna, e que ataca a individuos bem constituidos, e que não tem tido recentemente molestias agudas ou chronicas. Com Darwin deve-se dizer que a gravidade da escarlatina varia segundo as epidemias e as complicações mais ou menos sérias que vem a ter lugar.

A anginosa, posto que mais grave, termina bem, quando não reveste o caracter pseudo-membranoso, e sobretudo gangrenoso.

A fórma typhoica é muito mais grave, porém não é necessariamente mortal applicando-se-lhe um tratamento adequado.

A fórma ataxica arrasta quasi sempre a terminação fatal; aqui, diz Rilliet e Barthez, é mister distinguir as perturbações da intelligencia dos symptomas fornecidos pelo aparelho locomotor. Um individuo escarlatinoso, que tem agitação, delirio, que continuamente grita, ou que está em coma, é gravemente doente, inspira-nos comtudo alguma esperanza; entretanto

SEGUNDO PONTO.



DA NATUREZA DAS ESCROPHOLAS.



NATUREZA DAS ESCROPHULAS.

PARECE que o espirito humano é destinado a trilhar todos os caminhos que conduzem ao erro, primeiro que acerte com aquelle que encaminha ao conhecimento da verdade. Estas palavras, que encerrão uma bem triste realidade, podem ser applicadas á natureza da molestia, que occupa nossa attenção. Com effeito é sobre este objecto que os pathologistas se tem dividido, attribuindo uns esta molestia a uma alteração dos humores, outros a uma alteração dos solidos.

Entre as opiniões dos humoristas notamos a de Hippocrates, que fazia consistir esta molestia na presença de um humor frio e pituitoso. A. Parè n'uma alteração particular da pituita, que torna-se espessa e glutinosa, e de uma natureza semelhante á do gesso; Hufeland n'uma acrimonia especifica da lymphá; Ettmuller e Hunter na existencia de um acido particular, que depois Baumes julgou ser o acido phosphorico; e como estas as de Bordeu, Charmenton, Peyrilhe, Pujol, Renard e Gamet, &c., as quaes passarei em silencio, visto que estão hoje completamente esquecidas na sciencia. Limitar-me-hei apenas á opinião de Astruc, que foi o primeiro que teve a idéa, de que as escrophulas dependião de uma degenerescencia syphilitica produzida por muitas transmissões hereditarias. Esta opinião foi depois disto abraçada por muitos pathologistas; porém nenhum tem apresentado documentos de valor real para decidir esta questão; por conseguinte a influencia da syphilis sobre as escrophulas não é admissivel senão como possibilidade ou hypothese. A frequencia da escrophula em certas localidades, em que a syphilis é mui rara, parece ser um poderoso argumento contra esta influencia. É verdade que estas

duas molestias atacão de preferencia o systema lymphatico, e que dahi se propaga aos mais tecidos, como seião o tecido osseo, o periosto, a pelle, &c., porém os symptomas são inteiramente differentes; elles tomão uma marcha aguda na syphilis primitiva, e se são chronicos como nos accidentes secundarios e terciarios, não se assemelhão de fórma alguma aos da escrophula. Além disto, a molestia venerea é contagiosa no mais alto grão, entretanto que a escrophula não o é.

Passando a tratar das opiniões daquelles que encaravão esta molestia, como dependente de uma alteração dos solidos, diremos que nenhuma parece nos querer guiar ao conhecimento da verdadeira natureza da molestia, como a de Giacomini. Portanto é sobre ella que vamos nos occupar, deixando de parte as dos outros solidistas.

Este autor, apoiando-se na observação das causas que concorrem á producção das escrophulas, bem como no tratamento iodado de que tanto proveito tirão na pratica os pathologistas, chega a dizer que as escrophulas consistem em uma inflammação chronica do systema lymphatico-glandular. Entrando na apreciação dessas causas, diz elle, diversa é a ordem de phenomenos, que se desenvolvem segundo as escrophulas são originadas já pela influencia de uma atmospherã viciada, e já pela influencia de uma má alimentação. Assim, quando ellas são determinadas sob a influencia de uma atmospherã viciada, os ganglios lymphaticos da região cervical são os primeiros, que denuncião a existencia desta molestia. Tumores mais ou menos duros, indolentes, apresentando irregularidade na sua fórma, e sem mudança de côr na pelle, se deixão ahi divisar.

Uma outra ordem de phenomenos entretanto se declara quando as escrophulas são occasionadas pela influencia de uma má alimentação. As substancias alimentares obrão não por falta de principios nutritivos, porém por sua má qualidade, que os torna indigestos: ou então quando aconteça que ellas seião digeriveis, o chylo que fornecem é sempre máo, e contém quasi sempre principios estranhos. A' vista disto, estas substancias devem obrar consequentemente sobre o apparelho gastro-intestinal como agentes de irritação. É então que os symptomas que se revelão pelo engorgitamento dos ganglios lymphaticos cervicaes, quando o ar viciado foi a causa da molestia, se patentêão pelos desarranjos da digestão, e pela irregularidade de seus trabalhos, provindo dahi que o

individuo que se acha nessas circumstancias, emmagrece progressivamente, o seu ventre torna-se abaulado, enorme, suas paredes tensas, deixando algumas vezes descobrir por meio da compressão aqui e ali pequenos corpos duros, ovoides ou redondos.

Nem sempre se dão reunidas estas duas manifestações das escrophulas em um mesmo individuo; entretanto quando dá-se a coincidência de ambas pôde-se asseverar, que simultaneamente obrão as duas causas, isto é, o ar viciado e a má alimentação. Com effeito, quando o ar viciado tem sido a causa desta molestia, é muito natural, que elle vá actuar sobre aquellas partes, que sejam mais descobertas e superficiaes, assim como dotadas de uma textura delicada, e que por isso mais se resintão essas partes de sua impressão, como acontece á cutis do pescoço das mulheres, que são principalmente as que das escrophulas são affectadas em consequencia de estarem nesta condição favoravel ao seu apparecimento; além disto, é essa a região, onde se encontra grande numero de ganglios lymphaticos, que devem ser os primeiros e muitas vezes os unicos atacados.

Quando as escrophulas são produzidas pela má alimentação o engorgitamento dos ganglios lymphaticos, que acompanha as escrophulas, é devido, segundo Giacomini, a um máo chylo, o qual começando por actuar sobre as primeiras ramificações lymphaticas, ahí determina primeiro o apparecimento da molestia.

Um outro cortejo de caracteres morbidos se dá nas escrophulas além dos que mencionamos, como são: a ophtalmia, que frequentemente coincide com as escrophulas; donde o nome de escrophulosa; as inflamações dos intestinos, do thorax, as periostoses, os abscessos, caries, necroses, molestias estas que dão á escrophula um character tão grave, que a tornão muitas vezes refractaria ao tratamento mais bem dirigido. Todas estas lesões parecem provar a opinião do professor de Padua, tanto debaixo do ponto de vista da natureza da molestia, como do modo de obrar de suas causas, que, segundo elle, são irritantes. Os meios de que tem lançado mão os pathologistas para combater as escrophulas, e de que melhores resultados tem elles alcançado são os anti-phlogisticos, como por exemplo sejam: as sanguesugas, as sangrias, as preparações de ferro, de quina, de digitalis, e outras de igual natureza. Todos estes medicamentos são collocados por Giacomini na ordem dos hyposthenisantes, cuja theoria

é hoje por muitos medicos abraçada, por ser ella a que mais se acha em relação com os factos, e que mais satisfaz ao espirito.

Reconhecida a acção hyposthenisante destes meios, com que direito, pois, havemos de rejeitar esta mesma acção ao mercurio e iodo, que hoje são considerados como medicamentos de bastante efficacia tanto no tratamento das escrophulas, como em outras molestias, taes quaes as dermatosas e syphiliticas?

Entretanto é fóra de duvida que nem sempre todos esses medicamentos que se tem empregado contra as escrophulas tem sido coròados de felizes resultados. Será por ventura devida esta anomalia ás diferentes épocas e periodos, em que elles tem sido applicados? Assim o julgamos, pois que quando apparecem todos esses symptomas e alterações pathologicas que caracterisào as escrophulas, como são: os tumores, as periostoses, as phlegmasias intestinaes e thoracicas, as necroses, já a molestia tem feito progressos, tem invadido profundamente todo o organismo, e finalmente tem já passado seu primeiro periodo, quando o medico conhece as primeiras irrupções das escrophulas. E' nessa época que a molestia triumpho, como fica dito, de todos os meios que nos fornece actualmente a therapeutica. A época mais propria e conveniente para que o medico possa tirar proveito do iodo, como de outro qualquer medicamento, é sem duvida aquella que marca o seu primeiro periodo; é debaixo do ponto de vista clinico o mais importante, pois que é durante este tempo, que as glandulas e os ganglios lymphaticos do pescoço resentem a acção do ar atmospherico, que consiste na mudança brusca de temperatura produzindo a reabsorpção dos humores, que deviào ser expellidos, ou na humidade, e em outros principios de sua composição, que entrão no organismo. E' assim que o máo chylo, que provém de alimentos de má natureza e arruinados, e que contém principios estranhos na sua composição, affecta os vasos lymphaticos entero-mesentericos, os quaes recebendo-o assim alterado são os que em primeiro lugar devem experimentar a acção irritante, que delle certamente resulta.

Tendo o chylo proveniente de alimentos taes qualidades irritantes, deve nessas ramificações lymphaticas entero-mesentericas engendrar uma phlogose. Esta não se reveste, segundo Giacomini, do cortejo de symptomas tão francos e pronunciados, como acontece á de outros órgãos em consequencia de não serem as partes sobre que se assessão as escrophulas,

tão providas de elementos indispensaveis para que a inflammação ahi se torne sensivel.

E' caracter de toda phlegmasia que quanto mais rica de vasos sanguineos e ramificações nervosas é a parte que ella invade, tanto mais salientes são os seus symptomas. Como se sabe, o systema lymphatico não abunda de nervos, assim como os vasos sanguineos que ahi se distribuem são mui pequenos e delicados; de maneira que, segundo Giacomini, é essa a razão por que nas escrophulas não notamos o rubor, a dôr e o calor; a tumefacção, que é tambem um caracter inflammatorio, não se apresenta logo, segundo elle, visto que os vasos e ganglios lymphaticos se achão collocados debaixo da pelle, e enterrados no tecido cellular; além disto, a tenuidade e pequenez dos vasos não permittindo o affluxo e a estagnação dos fluidos em quantidade capaz de produzir promptamente a tumefacção, faz com que este phenomeno leve tempo a ter lugar. Quando o individuo que é atacado das escrophulas chega a esse estado, já a molestia tem feito estragos consideraveis; o doente tem já por muito tempo estado debaixo da influencia de uma lymphadenite antes de ser escrophuloso, segundo Giacomini; e durante este tempo certos tecidos tem tido tempo de se engorgitar, de se espessar e de se endurecer, de sorte que a escrophula quando é reputada verdadeiramente tal, deveria ser antes considerada como o resultado de uma phlogose glandular, do que como uma molestia primitiva.

Parece-nos muito judiciosa esta opinião de Giacomini. Na verdade, como se poderá conceber o endurecimento e a tuberculisação dos tecidos affectados, sem admittir a existencia de um estado phlegmasico determinado ou pela influencia do ar viciado, ou do máo chylo, que podemos dizer ser as unicas causas desta lymphadenite?

Este estado inflammatorio tem uma marcha chronica devida á natureza do systema lymphatico; estado este que é na opinião de Giacomini a origem dessas alterações e phases pathologicas, por que passam as partes lesadas.

Á vista de taes considerações, julgamos razoavel a theoria de Giacomini: muito mais quando ella é confirmada pela applicação do mercurio e iodo, que, segundo experiencias de medicos de grande criterio, tem uma acção hyposthenisante especial sobre o apparelho lymphatico-glandular, o qual é o que figura como o principal elemento

na molestia, que nos occupa, pelas alterações pathologicas, que ahi se manifestão. Se é verdade que essas alterações pathologicas são devidas a causas eminentemente hyperstenicas, e que ellas só por si exprimem a natureza phlogistica desta molestia, concluiremos dizendo que não duvidamos em abraçar a theoria de Giacomini, pois que é ella a que na época actual parece explicar a natureza das escrophulas.

ETIOLOGIA.

Causas predisponentes. — Entre as diversas causas que figurão no desenvolvimento das escrophulas, é a herança uma das que goza de grande papel. E' por meio della que pais escrophulosos legão a seus filhos uma predisposição mais ou menos facil para contrahir esta molestia, segundo circumstancias exteriores em que elles estiverem collocados.

O temperamento lymphatico tem sido por muitos autores considerado como uma forte causa predisponente ás escrophulas. Richerand chega a dizer que esta molestia não é senão a exaggeração deste systema. Esta opinião não nos parece verdadeira, porque experiencias feitas ultimamente por Lebert provão que em um grande numero de escrophulosos vistos por elle não se distinguão os caracteres attribuidos a este systema. Porém de todos os temperamentos é o lymphatico que sem duvida deve ser, e é considerado como tal. A idade mais propria para contrahir as escrophulas é, segundo observações do Sr. d'Espine, a dos cinco aos quinze annos.

O sexo feminino é assignalado, segundo Lepelletier, como mais predisposto ás escrophulas; tanto que, segundo elle, este sexo está para o masculino como 5:3.

Causas determinantes. — A atmospheria tem uma grande influencia no apparecimento das escrophulas. A habitação dos lugares humidos, frios ou mal arejados, e em que os raios solares custem a penetrar, é reputada como uma poderosa causa determinante das escrophulas.

O ar viciado resultante de principios estranhos, que entrem em sua composição, ou então quando elle é difficilmente renovado, como acontece nessas grandes cidades, em que individuos se agglomerão sob o

mesmo tecto, é também indicado como causa determinante das escrophulas.

Uma má alimentação, que se compõe dos farinaceos, de legumes, de massas assucaradas, contendo ovos e manteiga, e outros alimentos julgados máos; um alleitamento por uma aia má, são causas sufficientes para determinar o apparecimento das escrophulas.

SYMPTOMATOLOGIA.

Para mais methodica tornarmos a exposição dos symptomas apresentados pelos escrophulosos, os dividiremos em duas ordens; a primeira se refere ao habito externo do doente; a segunda á alteração das funcções em geral.

SYMPTOMAS RELATIVOS AO HABITO EXTERNO.

Os individuos escrophulosos se reconhecem pelos caracteres seguintes: cabeça volumosa e ornada de cabellos louros ou castanhos; a fronte curta e estreita; as fontes comprimidas; rosto inchado, coberto de uma pelle fina, alva, ligeiramente rosea, algumas vezes vermelha; os olhos ordinariamente grandes, brilhantes, outras vezes languidos, lacrymejantes e cercados de um semi-circulo azulado; as scleroticas azues; as pupillas dilatadas; as palpebras edematosas, com as margens vermelhas, muitas vezes ulceradas, com os cilios agglutinados por causa das ophthalmias palpebraes, que são mui frequentes; o nariz muitas vezes vermelho, tumefeito e luzidio; as aberturas nasaes inchadas, vermelhas, luzentes e com escoriações; a pituitaria muitas vezes inchada, espessa, a ponto de fechar ás vezes a abertura das fossas nasaes; os labios são grossos, sobretudo o superior, e de uma dureza notavel; a bocca grande; os angulos do maxillar inferior mais salientes que de ordinario; os dentes alvos, mui bellos ou amarellos, cariados, mal collocados e separados uns dos outros; o pescoço curto e grosso (segundo Kortum), todavia allongado e fino na maioria dos casos.

A pelle do corpo é como a do rosto, fina, alva, alguma cousa transparente, embaçada e semeada de vèas azuladas, algumas vezes secca e de

côr terrea, muitas vezes humida e coberta de suores que espalhão um cheiro desagradavel e nauseabundo. A estatura do doente é baixa; os membros inferiores são delgados; as articulações dos ossos volumosos; as carnes abundantes e flaccidas; o ventre proeminente, ás vezes doloroso. As glandulas e ganglios lymphaticos situados na dobra das articulações, principalmente nas vizinhanças do maxillar inferior e pescoço, são mais desenvolvidos e duros. Finalmente quando a molestia escrophulosa ganha grande intensidade, abscessos se formão, não só nos ganglios lymphaticos cervicaes como em outras regiões do corpo; passão do estado de suppuração ao de ulcera; os ossos tornão-se cariados, necrosados, até que a morte vem pôr termo a este quadro medonho, de que são victimas os individuos escrophulosos.

SYMPTOMAS RELATIVOS ÀS FUNCÇÕES EM GERAL.

Nos individuos escrophulosos observão-se perturbações da digestão; o appetite é ordinariamente irregular; ora nullo, ora mui vivo; ha frequentes indigestões, seguidas algumas vezes de diarrhêa com ou sem colicas, o ventre é tenso e doloroso á pressão.

As secreções são ordinariamente pouco activas, maxime a perspiração cutanea, e quando é augmentada por exercicios forçados, o suor exhala um cheiro desagradavel e nauseabundo; as secreções mucosas augmentão-se muitas vezes, e de ordinario nota-se nos escrophulosos corrimentos mucosos em um ou mais pontos do systema do mesmo nome, por exemplo, em a mucosa occular, nasal, bronchica e intestinal, constituindo o que se chama catarrhos chronicos escrophulosos. A secreção ourinaria não se afasta do estado normal em certos casos; ella contém, segundo Fourcroy, uma grande quantidade de phosphato de cal, materia mucosa e pouca uréa. Bécquerel, examinando a ourina destes individuos, encontrou-a com caracteres differentes, segundo a escrophula era ou não acompanhada de febre. Quando a affecção era sem febre a ourina era pallida, de uma fraca densidade, transparente, acida, e tendo em suspensão uma nuvem mucosa, e ás vezes disposta a tornar-se promptamente alcalina, não depositando acido urico, já espontaneamente, já pela addição de uma pequena quantidade de um acido. Quando a affec-

ção era acompanhada de febre, a urina era diminuída de quantidade, densa, colorida, mui acida, deixando depositar ácido urico, já espontaneamente, já pela addição de um ácido; em uma palavra, a urina era febril segundo elle. A circulação tem pouca actividade; os batimentos do coração são fracos, o pulso é molle e pequeno.

A respiração é tambem pouco activa; os seus phenomenos mecanicos se fazem com difficuldade; o halito é fetido e nauseabundo; a voz é ordinariamente fanhosa, rouca e sibilante.

As funcções locomotoras são mais ou menos alteradas; os movimentos são difficeis e lentos; cansão os individuos escrophulosos com o menor exercicio, o que determina nelles a apathia e o amor do repouso.

Quanto ás funcções genitae, os autores tem notado uma grande inclinação para os prazeres venereos; ella manifesta-se muitas vezes cedo nos meninos, que se entregão com furor á masturbação (Kortum). Lugol diz, que a evolução dos órgãos genitae é retardada nos dous sexos; que suas funcções são pouco activas, que os testiculos são pouco desenvolvidos, ao passo que o penis é volumoso. Os menstruos se restabelecem com difficuldade, ou são demorados nas mulheres escrophulosas; estas são mais sujeitas que as outras ao aborto.

Quanto ás funcções intellectuaes, diz Kortum, os escrophulosos são notaveis pelas singularidades que apresentão; assim os meninos affectados das escrophulas são admiraveis pela vivacidade de seu espirito, e pela sua aptidão para os trabalhos intellectuaes. Elles tornão-se dignos de admiração pela facilidade, que tem de aprender tudo quanto se lhes ensina; alguns são alegres e amão o prazer, outros são morosos, reflectidos, e apresentão uma madureza de raciocinio que faz pasmar; estes estão sempre em movimento; aquelles procurão o repouso e a tranquillidade perfeita do corpo e do espirito. Não é mister em summa ligar senão uma minima importancia aos caracteres fornecidos pela innervação. Com effeito estas brilhantes qualidades de intelligencia são muitas vezes substituidas pela estupidez ou uma ausencia mais ou menos completa.

ANATOMIA PATHOLOGICA.

Lesões mui diversas se encontrão nos escrophulosos. Quasi sempre verifica-se um desenvolvimento insolito dos ganglios sub-maxillares e dos das partes lateraes do pescoço. A alteração se propaga algumas vezes aos ganglios bronchicos. Ella póde occupar igualmente os do mesenterio, e mais raramente talvez os de algumas outras partes, como as axillas e as verilhas. Os ganglios doentes adquirem um volume que varia desde o de uma pequena noz até o de um grande ovo de gallinha. A alteração não chega por toda a parte ao mesmo gráo: em uns o tecido é sómente endurecido ou avermelhado; mais longe é compacto, assemelhando pela côr e consistencia á carne de vitella cozida e lavada. Quasi sempre encontra-se materia tuberculosa em maior ou menor quantidade, ora sómente infiltrada, outras vezes reunida em massas separadas umas das outras por tecido cellular lamelloso. O tecido dos ganglios é então completamente destruido; os tuberculos se achão em diversos estados. Quando a molestia está avançada, elles são amollecidos em uma grande extensão; muitos se transformão em abcessos, que se abrem no exterior, e verificão-se então trajectos fistulosos mais ou menos longos, descolamentos consideraveis da pelle, suppurações diffusas, indurações chronicas que dos ganglios tem ganho as partes molles circumvizinhas. Os ossos, sobretudo os ossos esponjosos, e entre estes os do carpo e do metacarpo especialmente, assim como os do tarso e do metatarso, as phalanges dos dedos e dos artelhos, os corpos das vertebrae, e as extremidades articulares dos ossos longos, são a séde de osteites, de periostites, de carie e de necrose; ahi encontra-se muitas vezes materia tuberculosa em diversos estados de desenvolvimento: é uma alteração sobre a qual as pesquisas dos Srs. Nichet e Nelaton tem lançado nestes derradeiros tempos uma viva luz. É inutil dizer tambem que nos escrophulosos que succumbem a um periodo avançado, encontrão-se tuberculos em maior ou menor numero de órgãos; assim encontrão-se quasi constantemente nos pulmões. Collecções serosas se observão já nas pleuras, já no peritoneo, e em outras cavidades splanchnicas.

TERCEIRO PONTO.

TRATAR DO COBRE

E

SUAS COMBINAÇÕES EMPREGADAS EM MEDICINA

E DA

MANEIRA DE QUIMICAMENTE AS RECONHECER.



COBRE é um metal conhecido de tempo immemorial, e antes do ferro; outr'ora elle entrava como parte principal na composição que servia aos antigos para fabricar as armas e os instrumentos cortantes, que erão ordinariamente feitos com cobre contendo estanho.

É da ilha de Chypre, donde vem o nome de Cyprium, que então deu nascimento ao de Cuprum, que os Gregos e os Romanos tiravão a maior parte do cobre para fazer as suas armas.

Elle encontra-se na natureza no estado nativo ou crystallizado em cubos ou em octaedros regulares; é de uma côr vermelha caracteristica; pela fricção entre os dedos exhala um cheiro desagradavel; é eminentemente maleavel e ductil; podemos obtê-lo em folhas e em fios mui delicados; depois do ferro é o mais tenaz de todos os metaes: um fio de cobre de dous millimetros de diametro exige um peso de 137 kilogrammas para se romper; é notavelmente mais duro que o ouro e a prata, tanto que o unimos a estes dous metaes para os tornar mais resistentes; o peso especifico do cobre varia de 8,7 a 8,96.

O cobre funde-se no calor vermelho pouco mais ou menos a 27 grãos pyrometricos. Crystallisa pelo resfriamento em rhomboedros ao passo que por meio da humidade crystallisa em cubos.

Quando o submettemos a uma temperatura mui elevada lança vapores, e communica á chamma uma côr verde; porém a perda que elle experimenta pela volatilisação, ainda mesmo quando a acção do calor seja por muito tempo prolongada, é mui pequena, e por assim dizer insensivel.

Na temperatura ordinaria o cobre não soffre alteraçoão alguma pelo contacto do ar perfeitamente secco, mas forma-se facilmente no ar humido

um sub-oxido, e perde assim uma parte do brilho metallico, de que é dotado.

Na maioria dos casos forma-se na superficie do metal uma camada mais ou menos espessa de côr verde, que parece ser um sub-carbonato de cobre hydratado, conhecido vulgarmente pelo nome de verdete.

Debaixo da acção de uma temperatura pouco elevada o contacto do ar determina na superficie do metal a formação de uma camada vermelha de protoxydo de cobre. Prolongando-se a acção do oxygenio, o protoxydo se transforma em bioxydo, que é negro.

O cobre não decompõe a agua senão em uma temperatura muito superior á vermelha; não ha acção nenhuma reciproca a frio mesmo em presença dos acidos os mais fortes.

O cobre tambem se oxyda em presença dos acidos organicos; o mesmo tem lugar com as substancias gordurosas e oleosas que favorecem a mesma alteração.

A agua regia o dissolve rapidamente.

O acido azotico o ataca e dá lugar á formação de azotato de bioxydo de cobre, e a um desprendimento abundante de bioxydo de azoto que em contacto com o ar se transforma em acido hypo-azotico.

O acido sulfurico não tem acção sobre o cobre senão quando está concentrado e fervente; ha então formação de sulfato de cobre e desprendimento de acido sulfuroso.

O acido chlorydrico não tem acção sobre o cobre na maior parte dos casos; sómente quando elle está dividido é que se produz o proto-chlorureto de cobre.

A ammonia dissolve o cobre sob a influencia do oxygenio do ar; forma-se bioxydo de cobre, que entra em dissolução na ammonia, e a colora em azul.

Póde-se fundir o nitro em um vaso de cobre sem o atacar sensivelmente; todavia em uma temperatura vermelha o cobre é oxydado pelo nitro.

As dissoluções de sal marinho dissolvem mui rapidamente o cobre; aquellas que são concentradas não tem sobre elle acção sensivel.

O enxofre, o phosphoro, o arsenico, o bromo, o chlo-ro, e a maior parte dos metaes podem combinar-se com o cobre. Algumas destas combinações se fazem com desprendimento de calor e luz.

O equivalente do cobre é, segundo Berzelius, 395,695.

O oxygenio forma com o cobre tres compostos: o protoxydo, o bioxydo e o tritoxido de cobre.

O protóxido se encontra na natureza algumas vezes crystallisado em octaedros regulares, cuja côr é de um vermelho escuro, ou, quando elles são transparentes, de uma bella côr vermelha de rubim.

O bioxydo se acha em algumas minas de cobre, e obtem-se já fazendo queimar o cobre no ar livre, e já decompondo o carbonato de cobre pela calcinação. É de uma côr escura quasi negra no estado secco, e azul no estado de hydrato.

O tritoxido é de uma côr amarella escura; a agua quente basta para o decompôr. Igual acção tem sobre elle os acidos, que facilmente o transformão em bioxydo de cobre, e em oxygenio ou agua oxygenada.

Destes oxydos o que tem mais tendencia para os acidos e formar saes é o bioxydo; os outros dous são pouco estaveis, e em combinação com os acidos passão facilmente a saes de bioxydo.

Os oxydos de cobre não tem applicação alguma em medicina; portanto não nos occuparemos por mais tempo com elles.

Passemos então a tratar das combinações do cobre empregadas em medicina. Antes disto convém que digamos algumas palavras relativamente ás propriedades chimicas dos saes de bioxydo de cobre.

Eis-aqui os caracteres principaes pelos quaes pôde-se facilmente reconhecer-los. Os saes de bioxydo de cobre crystallisados ou em dissolução são coloridos de azul ou verde.

Com a potassa e a soda fazem nascer um precipitado azul de bioxydo de cobre insolúvel em um excesso de alcali. O precipitado se deshydrata pela ebullicão e torna-se negro.

Com a ammonia dá um precipitado verde solúvel em um excesso de ammonia, e faz immediatamente o licôr tomar uma bella côr azul. Esta dissolução ammoniacal é precipitada no fim de certo tempo por um excesso de potassa.

Com o carbonato de potassa dá um precipitado azul de carbonato de cobre, que torna-se negro pela ebullicão.

Com o carbonato de ammonia—precipitado verde solúvel em um excesso de reactivo.

Com o acido oxalico—precipitado branco-verde de oxolato de cobre.

Com o cyanureto de potassio e ferro — precipitado escuro còr de castanha.

Com o sulphydato de ammonia — precipitado negro.

Com o iodureto de potassio — precipitado branco.

Com o chromato de potassa — precipitado vermelho escuro.

Finalmente os saes de bioxydo de cobre são decompostos facilmente pelo zinco e ferro. Uma lamina de ferro, por exemplo, lançada em uma dissolução de um destes saes, cobre-se rapidamente de uma camada de cobre metallico. Prolongando sufficientemente a acção do ferro pôde-se determinar a precipitação total do cobre contido no licòr. É este e o cyanureto de potassio e ferro os melhores reactivos, que temos para reconhecer com facilidade a existencia de um sal de cobre.

Passemos agora ás combinações de cobre empregadas em medicina.

Actualmente os unicos compostos de cobre empregados em medicina são o sulphato de bioxydo de cobre, e o sub-acetato de cobre.

Entremos em suas descripções.

SULPHATO DE BIOXYDO DE COBRE. — Este sal conhecido no commercio sob o nome de caparrosa ou vitriolo azul por causa de sua còr, vitriolo de Chypre, vitriolo de cobre, é de um sabor styptico, soluvel em duas partes de agua fervente, e em quatro partes de agua fria; crystallisa em parallepipedos obliquos, de um grande volume, de uma bella còr azul, transparentes, contendo cinco equivalentes de agua; sua densidade é de 2,19. Exposto ao ar secco é ligeiramente efflorescente; perde duas equivalentes de agua e torna-se opaco; a 100° não conserva senão um só equivalente de agua; a 200° se transforma em um pó quasi branco, que é o sulphato de cobre anhydro; este pó recobra a sua còr azul e se redissolve, quando o collocamos em contacto com a agua; o sulphato submettido a uma temperatura muito elevada se decompõe completamente e deixa um residuo de bioxydo de cobre.

Quando mistura-se a uma dissolução de sulphato de cobre em grande excesso sulphato de ferro, separão-se delles pela evaporação e resfriamento parallepipedos obliquos de um sulphato duplo, no qual o sulphato de cobre, em lugar de conter cinco equivalentes de agua, encerra sete, como o sulphato de ferro. Reciprocamente os crystaes formados por uma mistura

destes dous saes, na qual existe em excesso o sulphato de cobre, contém como o sulphato de cobre cinco equivalentes de agua.

O sulphato de cobre existe na natureza, porém ordinariamente em dissolução nas aguas que correm através das fontes de minas de cobre.

Prepara-se o sulphato de cobre por varios processos:

Em certos paizes extrahe-se pela evaporação das aguas que o tem em dissolução.

Em outros paizes queima-se o sulphureto de cobre nos fornos a reverbero, e trata-se depois pela agua para dissolver o sulphato formado; decoa-se então a massa, faz-se evaporar o licôr e obtem-se o sal pela crystallisação.

O sulphato de cobre obtido por estes dous processos contém sempre um pouco de sulphato de ferro e de zinco. Para o obter puro basta lançar em excesso bioxydo de cobre na dissolução salina; todo o oxydo de ferro e zinco se precipita em pouco tempo.

Prepara-se ainda este sal humedecendo cobre com acido sulphurico fraco e deixando o metal sulphatar-se ao contacto do ar.

Tambem podemos obter este sal aquecendo cobre com acido sulphurico concentrado: $2SO^3, HO + CU = 2HO + CUO, SO^3 + SO^2$.

Reconhe-se este sal da maneira seguinte:

Trata-se primeiramente de dissolver o sal, se é que elle existe no estado de crystallisação. Feito isto, lança-se na dissolução agua de baryta, que dá um precipitado branco de sulphato de baryta, insolúvel n'agua, no acido nitrico e na ammonia. Depois filtra-se, ou decanta-se o liquido em um cadinho com a sexta parte de seu peso de carvão em pó; eleva-se fortemente a temperatura por espaço de uma ou duas horas; no fim das quaes todo o sulphato de baryta se acha convertido em sulphureto de bario; lançando-se ahi algumas gottas de acido nitrico, sulphurico ou hydrochlorico, desprende-se o acido hydro-sulphurico com desenvolvimento de um cheiro de ovos podres. Eis a maneira pela qual se reconhece a existencia de um sulphato. Para chegarmos ao conhecimento de que é com effeito do sulphato de cobre, de que se trata, lançaremos em outras dissoluções do mesmo sal os reactivos proprios aos saes de bioxydo de cobre, os quaes nos fornecerão os caracteres que lhes são peculiares.

SUB-ACETATO DE COBRE.—É pulverulento, de uma côr verde pallida, insolúvel n'agua, e não se decompõe pelo acido carbonico.

O verdete impuro (*vert de gris* dos Francezes) é um composto de acetato neutro e hydrato de bioxydo de cobre. É inalteravel pelo contacto do ar; é insolúvel no alcool. Sendo tratado pela agua fria o verdete impuro se decompõe, o acetato neutro se dissolve, e o hydrato azulado e precipita; se a agua estiver fervendo, a decomposição é mais completa; o calorico tambem determina a sua decomposição, e fica cobre metallico. Sendo aquecido com acido acetico se transforma em acetato neutro.

O VERDETE CINZENTO é composto de 43,34 partes de byoxydo de cobre, 22,45 de acido acetico, e 29,31 de agua; sua formula é $(C^2H^3O^3 + 2 CUO) + 8 H^2O$.

Preparação. — Começa-se por submetter o bagaço de uvas á fermentação, e quando elle se torna acido, o collocamos por camadas alternas com laminas de cobre em vasos de pedra, chamados marmitas. Porém antes é mister ter cuidado de molhar as placas com uma dissolução de verdete cinzento, de as seccar docemente, e de as aquecer a ponto de não poder mais, por assim dizer, tê-las na mão. Neste estado tres semanas bastão para as cobrir de verdete cinzento. Então retirão-se, e conservão-se durante dous ou tres dias; no fim dos quaes ellas são mergulhadas n'agua por varias vezes, deixando porém entre duas immersões consecutivas um intervallo de sete a oito dias. Por este meio a camada de verdete cinzento incha-se, e se destaca facilmente raspando-a com uma faca, e repete-se a operação com as mesmas laminas sem ter cuidado de as molhar com agua carregada de verde cinzento. Ellas não se destroem completamente senão em um tempo bastante consideravel, ainda mesmo que ellas não tenham senão uma meia linha de espessura.

Reconhece-se este sal aquecendo-o, ou tratando a sua dissolução pelo acido sulphurico ou nitrico; ha então formação de um sub-sulphato, ou sub-nitrato de cobre, e desprendimento de acido acetico com um cheiro caracteristico de facil reconhecimento. Lançando depois á dissolução do sub-acetato de cobre os reactivos dos saes de bioxydo de cobre, obteremos os resultados que lhes são proprios; desta fórmula chegaremos ao conhecimento de que é um sub-acetato de cobre de que se trata.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mutationes anni temporum maxime pariunt morbos: et in ipsis temporibus mutationes magnæ tum frigoris, tum caloris, et cætera pro ratine eodem modo. (Sect. 3.^a, aph. 1.)

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. (Sect. 7.^a, aph. 71.)

III.

In febribus acutis, convulsiones, et circa viscera dolores vehementes, malum. (Sect. 7.^a, aph. 65.)

IV.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. (Sect. 7.^a, aph. 1.)

V.

Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima. (Sect. 1.^a, aph. 6.)

VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia æstimare oportet. (Sect. 8.^a, aph. 6.)

Esta these está conforme os estatutos.

Rio de Janeiro , 5 de Novembro de 1852.

DR. FRANCISCO DE PAULA CANDIDO.