

a 1 hora da tarde e as 10 horas da noite, a sombra, em aposento arejado, com o thermometro Fahrenheit.

Janeiro	81°,1 e 77°,3
Fevereiro	83°,0 e 79°,1
Março	79°,2 e 76°,2
Abril	74°,4 e 70°,9
Maió	71°,2 e 66°,9
Junho	68°,5 e 64°,2
Julho	66°,9 e 61°,5
Agosto	70°,9 e 67°,0
Setembro	69°,6 e 66°,2
Outubro	74°,8 e 70°,7
Novembro	76°,5 e 73°,2
Dezembro	75°,7 e 72°,3
Medias	74°,3 e 70°,5
Media annual geral	74°,4

O mez de Agosto foi um pouco mais quente e o de Dezembro um pouco mais frio, o primeiro por causa da secca, e o segundo por causa das abundantes chuvas e vento do sul.

A maior temperatura observada foi em Fevereiro 88° no dia 28, e a minima na noite de 17 de Julho—53°.

O barometro esteve mais baixo em Janeiro e mais alto em Junho, Julho e Agosto.

Poucos paizes podem se considerar mais bem dotados em relação a temperatura do que Santa Catharina.

VARIEDADE

A DOENÇA DE GAMBETTA

A *Gazeta hebdomadaria* de Paris publica no seu ultimo numero a observação completa da doença a que succumbiu Gambetta, bem como o resultado da autopsia. D'esses docu-

mentos, assignados pelos professores Charcot, Verneuil, Trélat, Brouardel e Cornil e pelos Drs. Siredey e Lannelongue, fazemos o resumo seguinte :

Observação. — Chamado em 27 de Novembro, o Dr. Lannelongue encontrou Gambetta deitado na cama e com a mão coberta por um penso. Levantado este, procedeu-se ao exame da ferida, cujo trajecto occupava a mão e a secção inferior do antebraço direito. O orificio de entrada do projectil foi visto por dentro da eminencia thenar, na altura de uma linha transversal partindo da raiz do pollegar. O orificio de saída estava situado no antebraço, a 5 centímetros acima da apophyse styloideá do cubito, na união do bordo interno e da face dorsal. O trajecto media 13 centímetros em linha recta. A ferida, segundo as declarações de Gambetta, fôra feita quando elle tinha na mão esquerda um revolver, em que ficára um cartucho; fizera buscular o cano e para o tornar a pôr no seu lugar apoiava a palma da mão direita na extremidade da arma; o cartucho oppunha-se e logo que a pressão foi bastante forte, a capsula de fulminante fez explosão e Gambetta recebeu o projectil na palma da mão direita. Completado o exame, que vem minuciosamente descripto na observação, o Dr. Lannelongue chegou ao seguinte resultado: abertura certa das bainhas dos tendões flexores, alteração quasi egualmente certa de alguns tendões do grupo dos flexores superficiaes e profundos, ferimento incompleto do nervo cubital e da arcada palmar superficial; musculo cubital anterior atravessado da face profunda para a face superficial. Como direcção do tratamento adoptaram-se os principios seguintes: immobilisação absoluta da mão collocada na extensão physiologica; protecção das feridas, postas ao abrigo de todo o contacto irritante ou infeccioso. O penso algodoado e phenicado realisou completamente essas condições até á cicatrisação definitiva; pensos raros; nunca se levantaram senão com a pulverisação phenica.

Nos primeiros dias houve dôres violentas na mão, insomnias que fizeram recorrer ao choral e á morphina, prisão de ventre

contra a qual se recorreu aos purgantes e estabeleceu-se ao doente uma dieta severa — leite, grogs, ovos, que só se começou a levantar a 3 de Dezembro. A 12 o orificio palmar da ferida estava completamente cicatrizado e o outro não apresentava senão uma agglomeração de pequenos gommos carnosos que foram cauterizados.

Antes d'isso, porém, nos dias 8 e 9 de Dezembro appareceram perturbações gastricas; na noite de 9, esforçando-se no acto da defecação, sentiu Gambetta uma viva dôr no flanco direito, cuja sede foi mal precisada e que persistia menos accentuada no dia seguinte; estado saburral mais pronunciado, completa inappetencia. Nada de anormal no ventre; apenas alguma sensibilidade na parede direita e inferior do thorax. No dia seguinte este estado continuava e permittiu-se ao doente que passasse algumas horas n'uma poltrona. Depois da administração de um purgante, todo o mal estar desapareceu, o appetite voltou e no dia 12 Gambetta almoçou bem. A 14 o doente passeiou por casa. No dia seguinte mal estar abdominal, eructações frequentes; apesar d'isso o doente saiu, do mesmo modo que no dia seguinte, em que deu um passeio de carruagem. A ferida de saída estava completamente cicatrizada.

Na noite d'esse dia, 16, um dos internos, encontrando uma temperatura de 39°,6; com um pulso a 88, mandou chamar o assistente, que encontrou Gambetta sentindo muito calor e em plena transpiração. Ventre tendido e um pouco doloroso; nenhum empastamento. 17: o Dr. Siredey encontrou um empastamento doloroso e muito circumscripto na fossa iliaca direita e pensou que « a typhlite é o que ha de mais provavel. » 18, de tarde: calefrio bastante intenso, seguido de calor e esforços de vomitos; t. 39°,9; ás 10 h. abundante transpiração; quinina. 19: outro accesso, calefrio, t. 39°,9; a exploração da fossa iliaca indicava um empastamento muito profundo e doloroso á pressão, de forma allon-

gada e cylindrica, da extensão de 4 a 5 centímetros, e começando dois dedos acima da espinha iliaca superior; som submacisso circumscripto; nada mais de anormal, á excepção dos phenomenos indicados pela analyse das urinas e que resumimos adiante; ás 3 h. novo accesso — calefrio, calor e suor; ás 6 h. t. 39°,9.

Os phenomenos locais foram-se accentuando, persistiram os accessos febris e em 23 de Dezembro, n'uma conferencia com o Professor Charcot. este medico encontrou: estado geral em boas condições, ventre menos distendido por gases, exploração da fossa iliaca facil e reconhecia-se que a sua parte inferior e interna estava livre, não acontecia o mesmo para fóra e para cima, onde existia um empastamento que occupava o cœcum e a parte inferior do colon ascendente; era a porção posterior d'esses órgãos que parecia lesada assim como o tecido gorduroso em que repousam: perityphlite e pericolite concomitante. Não havia indicio de suppuração, nem edema, fluctuação ou dores espontaneas.

N'esta conferencia decidiu-se a applicação de um vesicatorio destinado a produzir apenas a rubefacção da pelle. Em 25 verificou-se que o empastamento tinha descido um pouco para a espinha iliaca superior e tambem se prolongava para traz. 26: no lugar do vesicatorio existia uma inflammacção da pelle com rubor e edema. Continuava a não se encontrar fluctuação; ganglios inguinaes dolorosos. 27: symptomas de irritação do psoas. 28: Consulta dos Drs. Charcot, Verneuil, Trélat, Siredey, Gilles, Fieuzal e Lannelongue, que concordaram unanimemente nas seguintes conclusões: « A existencia da perityphlite é incontestavel; qualquer outra hypothese deve ser desviada; as probabilidades em favor de uma suppuração á roda do grosso intestino, no tecido cellulogorduroso em que repousa, são muito grandes. Os resultados fornecidos por uma attenta indagação da fluctuação são absolutamente negativos; em nenhum ponto existe collecção purulenta. Talvez haja uma infiltracção de pus. A sonoridade

intestinal excede por todos os lados o empastamento profundo, mesmo por traz. Estas condições reunidas obstem a uma intervenção cirurgica, que seria cheia de perigos, sem que desse nenhuma esperança fundada de resultado favoravel. » Dia 29: o exame local mostrava uma erysipela muito extensa, cobrindo a parte lateral direita do abdomen e o tronco do mesmo lado, desde o angulo inferior da omoplata até á raiz da coxa. Sob a erysipela não se distinguia parte mais saliente e uma indagação attenta e moderada da fluctuação foi absolutamente negativa. 30: rubor da erysipela menor, ventre mais molle. O doente teve vomitos. Os consultants reconheceram que a situação se tinha aggravado consideravelmente e que nenhuma operação estava indicada ou era possível. 31: ás 5 h. da m. delirio leve, que reapareceu por muitas vezes até ás 7 1/2; um pouco mais tarde soluço durante alguns instantes; grande fraqueza; vomitos.

Á noite: os symptomas assustadores tinham-se multiplicado e aggravado, e o doente falleceu alguns minutos antes da meia noite.

Informações complementares. — Soube-se que a saúde de Gambetta deixava muito a desejar havia um anno; frequentemente soffria de incommodos abdominaes. Ao seu assistente fallou mesmo de verdadeiras *angustias d'entranchas*, que se tornavam frequentes havia algum tempo.

Analyse das urinas. — Dia 19 de Dezembro: Albumina 2gr,18 por litro; glycese, 12gr,375; uréa, 14gr,95; acido urico, 1gr,20; acido phosphorico, 0gr,98; nenhuma bilis.

Exame ao microscopio: massas amorphas d'urato de sodio, globulos de pus, tubos uriniferos, cellulas epitheliaes.

2.^a *analyse*, 21 de Dezembro: quantidade de assucar inferior a 1 gramma; albumina, cerca de 0gr,25; uréa 29gr,460; acido phosphorico, 1gr,90.

Ao microscopio: alguns globulos rubros, maior numero de globulos brancos, cellulas vindas da bexiga e pequenos depósitos d'urato de sodio, poucos cylindros.

3.^a *analyse*, 29 de Dezembro: albumina, 1gr,42; glycose, ausencia total; uréa, 15gr,92; acido phosphorico, 2gr,54; bilis, ausencia.

Exame microscopico do deposito: algumas cellulas epitheliaes, um só globulo de pus.

Dissecção da mão doente; resumo: O projectil produziu as seguintes desordens: abriu a grande bainha dos flexores no meio da palma da mão e percorreu toda a sua cavidade até á extremidade anti-brachial. N'este trajecto, o tendão superficial do indicador foi levemente tocado; o tendão superficial do mediano foi atravessado, os tendões profundos do mediano e do anular, entre os quaes a bala caminhou n'uma extensão de 2 centímetros, foram lesados na sua superficie e muito contusos. Antes de penetrar n'esta bainha o projectil cortou a arcada vascular superficial; á saída tocou ao de leve na arteria cubital e cortou incompletamente o nervo cubital. O trajecto estava cicatrizado em toda a sua extensão e em parte alguma havia vestigio de suppuração.

Resumo da autopsia: Nada de notavel no habito externo que não decorreria da doença primitiva, da decomposição cada-verica e applicações therapeuticas.

Cavidade craneana. Normal o seu contento. O cerebro pesava 1:160 grammas e foi enviado a Duval, Presidente da Sociedade d'Anthropologia.

Cavidade thoracica. Coração normal. A aorta, acima das valvulas sigmoideas, apresentava uma pequena placa atheromatosa calcificada de 7 a 8 millímetros de diametro. Parede cardiaca normal; valvulas sãs.

Pulmões sem adherencias, ligeiramente emphysematosos, ausencia de lesões antigas ou recentes, ausencia de nodulos tuberculosos e de signaes d'abcesso.

Cavidade abdominal. O peritoneo contém gases fetidos e uma pequena quantidade de liquido sero-purulento nas partes declives. Ausencia de falsas membranas no folheto parietal, ausencia nas ansas intestinaes, liberdade d'estas. O figado

pesava 1:920 grámmas; nenhuma esão. O fundo da vesícula unido por uma adherência ao colon transverso. Não continha calculos. Parede de vesícula notavelmente espessada. Baço, 230 grammas; ausencia de signaes d'abcesso. Rins, descorticaram-se facilmente; o direito pesava 200 grammas, o esquerdo, 160. Superfície lisa, apparencia normal, ausencia d'abcesso. Intestino delgado e grosso muito distendidos por gases. Os contidos no cœcum deslocam-se facilmente pela pressão e sobem ao colon ascendente. Este menos dilatado que aquelle. A parte posterior do cœcum unida á parede abdominal por adherencias resistentes e antigas. Descollado o cœcum e levantado, descobre-se um foco de infiltração purulenta, anfractuoso, com septos de tecido cellular, contendo pus para encher duas colheres. Este foco attinge superiormente a athmosphera adiposa do rim direito, internamente a columna vertebral, passando por detraz do psoas, e inferiormente envia á pequena bacia um longo prolongamento de tres a quatro centimetros. Exterioirmente o foco é limitado, do lado do peritонеo pelas adherencias já apontadas, mas prolonga-se, adiante da fossa iliaca, na espessura do tecido conjunctivo sub-peritoneal. Em continuidade com este foco, existe, na parede antero-lateral do abdomen, no tecido celluloso-adiposo sub-peritoneal da região do flanco direito, ilhotas disseminadas de tecido cellular spha-celado, amarelento, taes como se vêem no phlegmão diffuso. Retiram-se para exame detalhado, a parte terminal do ileon, o cœcum e o colon ascendente. Aberto o cœcum vê-se a valvula ileo-cœcal proeminente, analoga na configuração ao focinho de tenca. Forma uma saliencia de 3 a 4 centimetros; e longe de se apresentar constituida por duas valvulas delgadas, em contacto uma com a outra, apresenta um bordo circular, espesso, endurecido, e uma abertura estreita, franzida, que mal permite a introdução da extremidade do dedo minimo.

A abertura do intestino delgado e da valvula ileo-cœcal, mostra atraz do aperto d'esta uma dilatação e depois um novo aperto a 5 ou 6 centimetros da valvula. Sobre a secção do

intestino delgado vê-se que a saliência e o aperto da valvula são determinados por uma invaginação no cœcum da extremidade inferior do ileon.

A mucosa do intestino delgado ao transpor o aperto, reveste toda a parte extrema ou cœcal do rebordo espessado da valvula.

A mucosa assim reflectida de dentro para fóra cobre um anel fibro-muscular muito resistente, semi-transparente, de 4 a 5 millímetros de espessura, que fórma, por assim dizer, o esqueleto solido da saliência da valvula de Bauhin.

A mucosa do cœcum e a do colon ascendente mais espessadas e rigidas que no estado normal. Na parte posterior do fundo do sacco cœcal, em relação com o fóco purulento, a superficie da mucosa é lisa, como que distendida, esticada. No colon ascendente a mucosa penetra nas dobras e anfractuosidades formadas pelo relevo das fibras musculares. Não ha ahi ulcerações nem perfurações. O appendice cœcal abre-se no fundo do sacco do cœcum por uma abertura bastante larga.

Examinado na superficie do cœcum, vê-se primeiro o appendice fixar-se, contornar depois a extremidade inferior do cœcum e em seguida dobrar-se debaixo para cima para passar por baixo e atraz do fundo de sacco cœcal. Na primeira parte do seu tracto, que é de 5 centimeiros, a serosa peritoneal cobre o appendice bem como o cœcum ao qual adhire; mas desde o ponto em que penetra atraz do cœcum até á sua extremidade terminal, isto é: uma extensão de seis centímetros, está o appendice situado no tecido cellular interposto ao cœcum e a fascia illiaca, isto é: no fóco purulento retro-cœcal. Ahi dirige-se debaixo para cima, adhire á face posterior do cœcum, banha no pús, e é cercado d'um tecido conjunctivo de feixes acinzentados, cujas malhas enche uma sanie purulenta.

A superficie externa do appendice é cinzenta, irregular, enrugada. Apresenta, a 2 centímetros da sua terminação, uma bossa irregular devida a um espessamento da sua parede. Ao lado da induração, vê-se uma pequena ampola saliente formada por uma membrana muito delgada e molle, revirada sobre si e

perfurada no centro. Um pouco acima d'esta perfuração, que mede 1^{mm},5 pouco mais ou menos de diametro, está outra menor e deprimida. Estas duas perfurações communicam com a cavidade do appendice. Aberto o appendice em toda a sua extensão, não se encontra n'elle nenhum corpo extranho; a mucosa está lisa e normal na primeira porção, irregular pelo contrario, acinzentada, e em partes espessada na segunda, sobretudo proximo á extremidade; adelgaça-se progressivamente junto aos buracos, os quaes parecem corresponder ao fundo de ulcerações que pouco a pouco destruíram toda a parede. Para saber si o espessamento da mucosa era antigo ou recente, pôz-se a endurecer em alcool absoluto. Nos cortes feitos perpendicularmente á superficie n'um fragmento tirado do appendice n'um ponto em que a parede media 2 millímetros e endurecido pelo alcool absoluto, encontram-se perfeitamente conservadas as glandulas tubulares, com as suas cellulas normaes; abaixo das glandulas ha uma camada espessa constituida por tecido conjunctivo fasciculado, contendo algumas vesiculas adiposas, depois as duas tunicas musculares e emfim, totalmente á face externa, uma camada bastante espessa de tecido conjunctivo; n'esta e na muscular superficial uma grande quantidade de cellulas vasculares se interpõem aos feixes conjunctivos e musculares, mas não ha cellulas redondas emigradoras no tecido conjunctivo espesso situado por baixo das glandulas nem na tunica muscular de fibras annulares. D'este exame pode-se concluir que a mucosa do appendice estava espessada muito tempo antes do principio dos accidentes agudos que determinaram a perityphlite.