

Deus guarde a V. Ex.

Sala da sociedade das sciencias medicas de Lisboa, 3 de Julho de 1880. — O presidente, *Eduardo Augusto Motta*. — O 1º secretario, *José Antonio Serrano*. — O 2º secretario, *Miguel Augusto Bombarda*.

(*Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa.*)

## REVISTA DA IMPRENSA MEDICA

### CIRURGIA, OPHTALMOLOGIA E THERAPEUTICA

TRATAMENTO CIRURGICO DA PERITYPHLITE—O Dr. Henry Sands refere 26 casos de perityphlite, "que elle mesmo observou, quasi todos na clinica civil, e divide-os segundo a marcha em 4 grupos: 1º os que terminaram sem suppuração; 2º aquelles em que o pus foi reabsorvido; 3º aquelles em que o abcesso perityphlitico foi aberto, e 4º finalmente, aquelles que terminaram fatalmente, sem intervenção cirurgica.

O sexo masculino deu o maior contingente, isto é, 22 casos, e o feminino somente 4.

O doente mais moço tinha 9 annos, o mais velho 54, 10 tinham de 10 a 20 annos d'idade, 7 de 20 a 30, 2 de 30 a 40, e 5 de 40 a 50.

O tumor caracteristico na fossa illiaca manifestava-se ordinariamente dentro de 48 horas, e estendia-se para dentro, raras vezes até a linha media, n'um caso porem 2 pollegadas alem d'esta; para cima alcançava raras vezes além do cecum, ou colon ascendente.

Duas vezes rompeo-se o abcesso para o recto, e uma vez para a bexiga. Onze vezes foi feita a incisão. Em todos estes casos apresentava-se na fossa iliaca o tumor caracteristico; em 2 casos podia ser tocado pelo recto; em 4 percebia-se a fluctuação. N'um d'estes a operação foi feita no 15º dia, n'outro no 17º, n'outro no fim d' 9ª semana.

Em 7 dos casos operados nenhuma fluctuação se percebia, e todavia somente n'um d'estes não se achou foco purulento.

Os calefrios, suor, temperatura alta, pulso acelerado, dôres no abdomen, tympanite, distensão crescente e resistencia decrescente da tumefacção, são para o autor signaes bastantes para admittir a existencia de um fóco de suppuração. Em caso de necessidade pode-se para maior segurança praticar uma punctura exploradora.

N'estes ultimos a operação foi executada 1 vez no 9º dia da molestia, 2 vezes no 12º dia, 1 no 13º, 2 no 21º. No caso em que não foi encontrado o fóco purulento, apenas 18 dias mais tarde esvasiou-se o abcesso pela incisão feita. Até o fim da 2ª semana o abcesso conserva-se ordinariamente pequeno. E' bom, entretanto, esperar, pois n'essa epocha elle se achia mais enkystado; mas não se deve perder de attenção o perigo de uma ruptura para a cavidade peritoneal.

A incisão foi sempre parallela ao ligamento de Poupart, na parte mais saliente do tumor, e feita camada por camada. Se não havia fluctuação, antes da incisão da fascia transversa, introduzia-se uma agulha exploradora em differentes direcções. A abertura externa não carecia ter mais de 2 pollegadas.

O fóco purulento deve sempre ser examinado com o dedo, afin de se verificar se ha corpos estranhos. Nos onze casos quatro vezes foram estes encontrados. O conteúdo dos abcessos era sempre fetido, e cheio de gazes, provavelmente em consequencia da perfuração do intestino. E' notavel que estas perfurações parecem fechar sempre muito depressa. As recalidas da molestia não são raras, provavelmente em consequencia de ficarem concreções ou de persistirem as causas para a formação d'ellas.

Nos dois casos que terminaram fatalmente, sem intervenção operatoria previa, a séde dos abcessos era

na região lombar, atraz do cecum e do colon ascendente. Convem, portanto, quando se manifestam os symptomas da perityphlite sem tumefacção da região iliaca, praticar uma punctura pela região lombar. N'um d'estes casos deo-se a perfuração pela parede posterior do colon, no outro pelo appendice vermiforme. No 1º caso o doente succumbio á peritonite, no 2º á pyemia. ( *Annals of. the Anat. and. surg. soc. Brooklyn II. 7. 1880.* )

SEGUNDO CASO DE RESECÇÃO DO ESTOMAGO — N'um segundo caso de resecção do estomago praticada por Billroth o doente morreu de inanición ao oitavo dia. Leite, café, sopa, vinho e varias fórmias de alimentos solidos, especialmente carne e biscoitos, separados ou diversamente misturados, foram administrados; porém nenhum supportou o estomago por mais de tres ou quatro horas, sendo então vomitados de mistura com o suco gastrico e tintos de bilis. Não havendo quaesquer symptomas de peritonite, o vomito só podia ser attribuido a uma obstrucção mecanica na passagem do conteúdo do estomago para o duodeno. Na sociedade medica de Vienna, Billroth disse que devia ter-se feito uma especie de curvatura na passagem do estomago para o duodeno, que difficultasse a passagem dos alimentos. Outro facto importanté a notar era que, tendo o estomago estado previamente muito dilatado, deveria ser muito escassa a sua força de contracção para que podesse vencer a obstrucção. A acção do estomago tambem era consideravelmente impedida por adherencias peritoneaes ás partes visinhas, especialmente ás paredes do abdomen. Estas considerações levaram Billroth a reabrir a ferida seis dias depois da operação, — com o intuito quer de remover qualquer obstrucção mecanica, quer de formar uma fistula duodenal, pela qual o doente se podesse alimentar temporariamente. Anesthesiado o