

na região lombar, atraz do cecum e do colon ascendente. Convem, portanto, quando se manifestam os symptommas 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 inanção 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 symptommas 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

doente, Billroth abriu pela segunda vez o estomago e achou-o muito dilatado e fixo, não só dentro da esphera da primeira operação, mas ainda para o lado do diaphragma. A passagem para o duodeno estava franca, mas curvada. Como uma sutura nova e completa do estomago levaria demasiado tempo, e demais não era para aconselhar no estado de debilitação do doente, fixou-se a parede abdominal á abertura do estomago por umas poucas de suturas, e um tubo de drenagem, da grossura de um dedo, foi collocado no duodeno para a introdução dos alimentos. Esta combinação deu bons resultados, porém o doente, que desde a operação só se tinha alimentado com injeções rectaes, morreu de esgotamento trinta horas depois da segunda operação. A autopsia confirmou as observações feitas durante a vida. Nenhum signal de peritonite geral. Este segundo caso, como o primeiro, ensina pois que a operação de reseccão do estomago traz consigo tanto perigo de peritonite como qualquer outra laparotomia. Tambem se viu na autopsia que fôra completa a extirpação do cancro. As glandulas mesentericas estavam intactas. Estes primeiros dois casos de Billroth deram começo a uma seria operação; porém muito trabalho e experiencia ainda serão necessarios para que depois da reseccão do estomago se possa esperar a cura tão socegadamente e com tão pouca anciedade como depois da ovariectomia.

A primeira doente operada pela reseccão do estomago está agora de perfeita saude. (Do *British Med. J.*)

DO EXAME DO ESOPHAGO COM O ESPELHO LARYNGOSCOPICO — Segundo o Dr. Astier, as primeiras investigações feitas com o fim de examinar o interior do esophago sobem a 1860.

O Sr. Semeleder, operando em si mesmo, introduzia no esophago pinças terminadas por pequenas colheres