

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

e o Sr. Stoerk fazia o exame com o laryngoscópio. Porém, comprimida a larynge pelos musculos contra a columna vertebral, a abertura esophagiana tomava a fórma de um oito e a luz não podia penetrar além de uma pollegada.

Em 1868 publicou um periodico inglez a descripção de um instrumento imaginado pelo Sr. Aylurin Bevan. Pouco depois appareceu um esophagoscópio semelhante a este ultimo e imaginado pelo Sr. Waldenburg. Consistia n'um tubo conico, de caoutchouc endurecido, articulado a um cabo de 14 centimetros de comprimento. Mais tarde este instrumento foi modificado e composto de dois tubos introduzidos um no outro e permittindo chegar ás partes profundas do esophago. Porém este instrumento era de difficil manejo e o Sr. Stoerk fez construir um esophagoscópio composto de trez tubos, podendo alongar-se e encurtar por meio de uma mola metallica. Vendo que ainda este instrumento não correspondia ás suas esperanças e depois de varios ensaios, imaginou o anno passado outro composto de um tubo de 11 centimetros de comprimento, formado por nove anneis separados uns dos outros adiante, tocando-se atrás e unidos entre si por charneiras lateraes.

Ao tubo assim construido podia-se imprimir a curvatura momentanea exigida para a sua introducção no esophago, porém a passagem ao nivel da cridoideia era dolorosa. Para obviar a este inconveniente, envolveu-se o tubo n'outro de caoutchouc, de modo que, propriamente fallando, o instrumento compunha-se de um tubo de caoutchouc internamente sustentado por anneis metallicos. Havia então outra difficuldade: ainda que apresentando um bordo perfeitamente rombo, o anel inferior difficilmente se introduzia no esophago. E como encontrar um *embout* que, ao mesmo tempo, se

podesse facilmente tirar e ser bastante grosso para disfarçar o bordo inferior do aparelho?

Foi então que o Sr. Stoerk imaginou empregar um tubo de caoutchouc terminado por uma ampola que se podesse inchar á vontade. Eis como actualmemente procede :

Introduz um d'esses tubos no esophagoscopia, incha a bola insufflando-a e adapta ao bordo inferior do ultimo anel. Assim preparado o instrumento, dá-se-lhe uma leve curvatura e leva-se até á pharynge e ao esophago. O doente facilita esta manobra fazendo um movimento de deglutição. Uma vez franqueado o espaço mais estreito, isto é, comprehendido entre a columna vertebral e a cricoidéa, deixa-se escapar o ar contido na ampola dilatada e tira-se o tubo de caoutchouc. Levando então até á pharynge a extremidade superior do esophagoscopia, faz-se desaparecer a curvatura que foi preciso dar ao instrumento na occasião da introdução.

Basta então fazer sentar o doente n'um lugar alto, como para o tracheoscopia, e por meio de um espelho laryngoscopia consegue-se illuminar facilmente o interior do esophago.

A introdução do tubo elastico no esophagoscopia é facilitada usando de um catheter inglez (Charrière, n. 25). O diametro do instrumento é de treze millimetros no interior e incluídas as paredes de dois centimetros.

No extremo superior do esophagoscopia pode-se adaptar, n'um angulo de 45°, um espelho igual ao de que nos servimos para o exame da larynge e basta illuminar com um reflector frontal ordinario. O manejo do instrumento torna-se assim muito facil, mesmo para as pessoas pouco acostumadas aos exames laryngoscopia.

Este instrumento, como acabamos de descrever, não pôde servir senão para o exame de uma parte determinada do esophago; pôde-se recorrer a tubos cujo comprimento esteja em relação com a profundidade a que se pretende chegar. (*El Siglo Medico.*)

SOBRE AMBLYOPIA CENTRAL, por G.W. Berry — Aquella forma de amblyopia na qual só o alcance de vista é reduzido, parece ser causada na maior parte dos casos por intoxicação. Quasi sempre pelo abuso do tabaco, menos pelo do alcool, — visto que a abstinencia de tabaco, sem diminuir o uso d'alcool, dá melhoras; e que os symptomas são observados em individuos que nunca usam alcool. — O padecimento é muito raro em mulheres, descontando os casos em que a marcha indica uma atrophia progressiva. Ha porém casos que parecem ser complicados d'alcoolismo chronico, e n'estes as melhoras são mais vagarosas e incompletas. Os doentes queixam-se d'um nevoeiro diante dos olhos, que percebem menos sendo a iluminação menos forte; o alcance de vista central é que é principalmente atacado. Ordinariamente são igualmente atacados ambos os olhos, só nos grãos mais serios da doença ha differença nos dois. — O scotoma central tem a forma d'um ovado horizontal, que vae da papilla até um pouco além da mancha amarella. A periphèria do campo de vista está intacta, excepto nos casos em que o scotoma central é o primeiro symptoma d'uma atrophia progressiva. — No scotoma é defeituosa a percepção das cores encarnada e verde, e isto é mais pronunciado no sitio entre a mancha amarella e a papilla do nervo optico. — Ali descobrem-se tambem os primeiros principios e ultimos vestigios do scotoma para as cores. — Em grãos ligeiros da amblyopia é bom para descobri-la fazer experiencia com diferentes cambiantes do mesmo encarnado misturando-o com branco.

Emquanto ao aspecto com o ophthalmoscoppio, o estado da metade temporal da papilla não tem importancia; maior tem uma perivasculite na papilla, ou pouco além.