

proposição de Rommelaere parece digna de interesse, e procurando verificar a asserção do cirurgião belga, as suas pesquisas recaíram em 24 doentes apresentando affecções cancerosas diversas. D'esses 24 doentes, 19 excretaram uma quantidade de uréa inferior a 12 grammas por dia; os outros maior quantidade. De modo geral os resultados parecem confirmar os de Rommelaere. Entre esses casos, ha alguns em que a uréa desceu a 4 g, 3 g, 2 g, e mesmo 1,35 g; mas estes factos foram pela maior parte vistos na Salpêtrière em mulheres edosas e cacheticas.

Aliás, ao lado d'esses casos, ha outros em que a quantidade de uréa foi superior a 12 g; é assim que o A, observou 14,59 n'um homem atacado de epithelioma do recto, 17,30 n'outro com epithelioma do maxillar, 21,30 n'um doente affectado de epithelioma lingual dos mais graves.

Em presença d'estes factos, do de Grégoire em que se acharam 33 g n'um caso de cancro do estomago, dos de Robin em em que a uréa subiu a 36 e 40 g em cancros do figado, é impossivel admitir as conclusões de Rommelaere em todo o seu rigor. Sem duvida a quantidade de uréa diminue de um modo geral nos cancerosos; mas não é regra absoluta. Não se podem utilizar os algarismos correspondentes para avaliar do estado geral do doente e fazer o prognostico; porque certos algarismos muito baixos foram encontrados em doentes muito operaveis e que operados curaram bem.

Se a asserção de Rommelaere fosse justificada, os tumores benignos deveriam dar um algarismo de uréa muito superior ao do cancro. Ora do exame que o autor fez de muitos casos conclue-se que nada se póde fundar sobre esse algarismo para admittir a benignidade ou malignidade de um tumor (1).

A CHOLECYSTOTOMIA NO TRATAMENTO DOS CALCULOS BILIARES.— J. Bœckel.—O autor resume o seu trabalho nas seguintes proposições:

(1) Os trabalhos precedentes são extractos de memorias apresentadas no Congresso francez de cirurgia, que transcrevemos da *Medicina Contemporanea*.

A gravidade da cholecystotomia depende da presença ou da ausência da fistula biliar.

A) No primeiro caso, a existencia d'uma fistula demonstrando ou fazendo suspeitar a presença d'um ou de muitos calculos, a intervenção não só está indicada; mas ainda é ordenada pelas circumstancias.—Embera se obtenha ás vezes uma cura espontanea, ha toda a vantagem em intervir logo que se reconhece que a fistula não se cura.—A intervenção rapida assegura e apressa a cura conjurando os accidentes devidos ao corrimento necessario da bilis.—A operação é d'uma simplicidade e d'uma benignidade notaveis, graças ás adherencias que reúnem a vesicula a parede abdominal; quando mesmo se seja obrigado a abrir o peritoneu (como na minha primeira operação,) a cholecystotomia praticada n'essas condições pôde ser considerada como inoffensiva, graças ao methodo antiseptico.

B) No segundo caso (ausencia da fistula e d'adherencias), a operação é em geral mais grave e mais complicada. O ponto complicado consiste em estabelecer as indicações. Primeiro que tudo, trata-se de estabelecer o diagnostico causal da obstrucção das vias biliares e de estar certo de que existem calculos para que se não fique exposto a fazer uma operação d'utilidade duvidosa.—Pelos commemorativos pela marcha da affecção, pelo exame attento do doente e sobretudo pela presença d'um tumor biliar em que a punctura exploradora tenha revelado a presença de calculos, poder-se-ha levantar a questão da intervenção.—Bem estabelecido o diagnostico, nem por isso a operação se deverá fazer senão em casos inteiramente excepçionaes, para evitar certos accidentes graves (peritonite por perfuração, cholelithiase generalisada), cuja imminencia infelizmente nem sempre pôde ser prevista.—Em qualquer outra circumstancia (diagnostico duvidoso), os resultados da operação são demasiadamente incertos para que levemos os doentes a correr-lhe os riscos sem grandes proveito.—O estado actual dos nossos conhecimentos não permite decidir se é a cholecystotomia ou a

cholecystectomia que se deve recorrer. Ao futuro pertence trazer factos novos e resolver o problema.

DAS URINAS ROSACICAS.—Verneuil.—No seu trabalho, baseado em quatro observações, o prof. Verneuil resume a sua opinião nas seguintes proposições :

1.^a A urina apresenta ás vezes nos feridos e nos operados um deposito cor de rosa, adherente ao vaso, que se reconhece á simples vista sem auxilio de reagentes e é constituido por uma materia particular a que se pode dar o nome significativo de acido rosacico.

2.^a Este phenomeno concorda em geral com a oliguria e a concentração das urinas, consequencia ordinaria do traumatismo. É precoce e mostra-se pouco depois do traumatismo; é passageiro, dura de um a tres dias e raras vezes reaparece durante o tratamento. Póde pois ser facilmente ignorado e com effeito o é á falta de ser procurado.

3.^a Póde apparecer depois de todo o genero de feridas abertas, intersticiaes ou cavitarias, e em todos os individuos fortes ou fracos, são na apparencia ou atacados de doencas constitucio-naes anteriores, de modo que a sua origem e a sua significação parecem incertas; mas os exames minuciosos dos antecedentes, a concordancia com outros symptomas e emfim os resultados ne-croscopicos estabelecem nitidamente que está na dependencia das lesões diversas do figado: cirrhose, congestão chronica, hydatide, cancro.

4.^a As alterações hepaticas causadas pelo alcool parecem, mais que as outras, ter o privilegio de provocarem os depositos urina-rios rosados sob a influencia incitadora do traumatismo; porque o symptoma observa-se frequentemente nos bebedores mais ou menos endurecidos, em seguida a accidentes cirurgicos variados e a operações diversas.

5.^a As urinas rosacicas teem pois um valor semiologico muito real, visto que annunciam quasi com certeza o estado morbido d'uma viscera importante, estado morbido muitas vezes latente