

do carcinoma. Alem destes dous casos nenhum dos outros fruiu da operação resultados satisfactorios. M. Hahn conclue que os resultados obtidos em tão pequena proporção não animam, embora reconhecesse sempre como tardias as intervenções a que prestou-se, conforme convenceo-se pelo exame das preparações anatomicas tiradas dos taes casos infelizes. Em sua communicação M. Hahn lembra uma circumstancia interessante, que é, por occasião da autopsia dos doentes fallecidos, não ter encontrado os ganglios lymphaticos visinhos aos tumores infiltrados, conforme assignalara desde 1885, opinando, porém, que o facto dá-se em alguns casos, mas um pouco tardiamente. O mesmo auctor affirma que os neoplasmas tendendo a soffrer a induração cornea, a modalidade keratoidde, por exemplo, inspiram prognostico mais favoravel; ao contrario, nos que são molles, infiltrados, com tendencia á desorganisação espontanea, o prognostico é duvidoso, e não se deve fazer mais do que a tracheotomia quando sobrevenha suffocação. Depois de tratar do assumpto na parte operatoria, M. Hahn apresenta tambem um modelo de canula, que sempre lhe tem prestado os melhores serviços na extirpação total ou parcial do larynge. Esta canula é rodeada de um manguito em esponja preparada e iodoformisada. Embebendo-se dos liquidos este manguito se dilata, de modo a operar a oclusão completa da trachéa. A canula interna é munida de um tubo de caoutchouc, adaptando-se na outra extremidade a um funil forrado de flanella, sobre o qual derrama-se chloroformio. Pode-se assim acabar a operação estando o doente no somno anesthesico, sem temer que o sangue penetre na trachéa e nos bronchios.

**Cholecystotomia.** — M. Polaillon fez á Academia de Medicina de Paris referencia de um caso em que praticou esta importante operação, em consequencia da hydropisia da vesicula biliar, devida á presenca de calculos no canal cystico.

O relator lê sobre a cholecystotomia uma communicação relativa a uma observação enviada por M. Terrillon. Outr'ora

quando se queria abrir a vesicula biliar esperava-se que adherencias peritoneaes se tivessem dado, de accordo com o processo de Recamier para a abertura dos kystos hydatieos. Graças aos progressos da antisepticia os cirurgiões abrem hoje ousadamente a cavidade abdominal, donde se originaram a cholecystotomia e a cholecystectomy, operações pela primeira vez feitas por Sains em 1878 e Langebeck em 1882. O caso seguinte é de cholecystotomia praticada por M. Terrillon : Uma mulher de vinte e quatro annos apresentava um tumor, estendendo-se das falsas costellas direitas até abaixo do umbigo, do tamanho de uma cabeça de feto, duro e resistente, movel no sentido transversal e não acompanhando os movimentos da respiração. Não accusava dores, e tinha apenas algum vexame, dyspepsia e emmagrecimento. Evidentemente era um tumor do figado ; mas a existencia de distensão da vesicula biliar por obliteração calculosa do canal cystico não era clara, por quanto a doente não se queixava de colicas hepaticas nem apresentava descoramento das fezes e ictericia. A 23 do Novembro de 1886 M. Terrillon fez uma incisão média, vertical, de 8 centimetros, e verificou na face inferior do figado um tumor fluctuante, de paredes azuladas. Depois punccionou a vesicula e della extrahio um calculo do tamanho de um nucleo de cereja, após a sutura nos dous angulos da incisão abdominal e posterior incisão da vesicula. Um segundo calculo é encontrado, encravado na mucosa e extrahido com a pinça de garras.

Ressecando depois uma parte do fundo da vesicula, sutura esta na parede abdominal, estabelecendo uma larga fistula biliar, onde introduz dous grossos tubos de drenagem. No fim de um mez a fistula admittia apenas a passagem de uma vella filiforme, persistindo, porém, o escoamento da bilis. Dous mezes depois da operação e feitas duas cauterisações com o thermo-cauterio, a fistula estava obliterada e a doente curada.

Em geral a incisão mais favoravel á cholecystotomia é em linha recta, seguindo o bordo externo do grande recto anterior do abdomen. Para ter, porém, mais luz ajunta-se outra incisão

mais ou menos transversal, um pouco abaixo do rebordo das cartilagens costaes.

M. Terrillon incisou na linha media, porque o tumor fazia saliencia no umbigo, a natureza delle sendo desconhecida, pelo que desejou então explorar o abdomen.

A abertura da vesicula biliar pode dar logar a dous accidentes, a hemorragia, que se debella com pinças, e o derramamento da bilis no peritoneo, que é evitado puxando para fóra a vesicula, e protegendo a sorosa com esponjas.

Se houver calculos convém extrahil-os e desobstruir os canaes cystico e choledoco, o que nem sempre é facil. Fauconneau-Dufresne aconselha quebral-os com um pequeno lithotridor; M. Terrillon servio-se de uma pinça de garras. A estatistica mais recente sobre a cholecystotomia, feita em 1888 por Denuce, menciona 33 successos e 10 mortes. Com a recente operação de M. Terrillon tem-se a mortalidade de 16 por 100.

A cholecystotomia é, pois, uma operação séria, mas que merece entrar no dominio de uma pratica prudente e reflectida.

M. Terrillon julga que se deve discutir a oportunidade della sempre que um tumor do hypochondrio direito ou da parte superior do abdomen se complique de accidentes da retenção biliar. E convém practical-a se os symptomas dão a temer rotura da vesicula. Não obstante, em todos os casos julga elle prudente precedel-a da punção exploradora, afim de confirmar o diagnostico.

**Tratamento cirurgico das peritonites por perfuração.**—M. Lücke, de Strasbourg, relatou, ha pouco tempo, um caso de peritonite por perfuração, curado pela laparotomia. Um rapaz de 16 annos, robusto, estando a beber um copo de cerveja gelada, foi de repente acommettido de violentas colicas. Levado ao hospital, apresentou todos os symptomas de peritonite aguda. A temperatura era de 41°,1. Foi feita a laparotomia na tarde do mesmo dia, evacuando-se 500 centimetros