

abcesso torpido do cerebro bastará a ausencia de traumatismo, supurações pulmonares, otíticas, etc., a par das reacções differentes do liquido. Filigrana diagnostica se estabelece porém com o glima de marcha rapida maximé na sua variedade de „glioma amaurotico“, appellando-se para a marcha regularmente progressiva do glioma, em contraste com os surtos successivos da ependymite. Em face porém, de signaes cerebellosos, como no caso citado, o diagnostico differencial com um glioma do cerebello ou ponto cerebellar é quasi impraticavel.

A fallencia da therapeutica medica e os resultados por vezes brilhantes do acto cirurgico, si bem que puramente symptomatico, estabelecem a indicação primacial da trepanação descompressiva, considerada até de urgencia, quanto á amblyopia por estase.

Paula Esteves.

Surgery, Gynecology and obstetrics.

A redistribuição da respiração após a paralysis do diaphragma.

Jerome R. Head.

(Do „Surg. Research Laboratory“, Univ. of Illinois).

O exame de varios casos mostra que a paralysis do hemidiaphragma é sobretudo compensada por um augmento da respiração costal do lado homolateral e assim por uma maior expansão, transversa e antero-posterior, do pulmão homolateral.

As observações mencionadas no trabalho mostram que „esta redistribuição pode ser alterada por varios factores pathologicos; isto offereceria uma explicação do „resultado variavel“ que se segue á operação da *phrenico-exerese*, no tratamento da tuberculose pulmonar.

Tambem suggere, por isso, novas indicações e contra-indicações á operação, e á redistribuição da respiração. Essas indicações são assim resumidas:

1) — A operação deve convir mais á cura das lesões da base pulmonar.

2) — Quando usada em casos de lesão dos apices, deve-se esperar o melhor resultado, desde que a fibrosis do pulmão previne o augmento na excursão costal. Fóra disso, é de esperar máu resultado.

3) — Havendo adherências entre o diaphragma e a parede thoraxica ou derrame abaixando a abobada, a operação dará um

grande augmento na respiração do pulmão homolateral, e nesses casos pode-se anticipar os peores resultados.

4) — Na tuberculose unilateral, processos accessorios devem-se empregar para auxiliar a limitação dos movimentos respiratorios, quando a operação é empregada.

Martim Gomes.

(Do mesmo n.º da Surg., Gynecology and obstetrics.)

Hepathite subordinavel á cholecystite chronica.

Harry Köster, M. A. Goldzieher, W. S. Collens
(Crown Heights Hospital).

Muitos cholecystectomizados continuam soffrendo. Os symptomas residuaes não se explicariam por um estado neurotico, senectude, nem lesões cardiovasculares. Ha-de haver outras causas. Examinaram-se 27 casos. Só em 2 destes casos não havia signaes histologicos de lesão hepatica, e inflamação da vesicula. Um, desses dois, mostrava clara infiltração lipoide da submucosa (strawberry gall blader), mas nada havia de inflamação. O outro foi operado sob o diagnostico de cholecystite, mas a vesicula estava histologicamente san, e o doente apresentou uma ulcera peptica do pylorio.

Em resumo: ha lesões hepaticas que acompanham a cholecystite; estas lesões são de hepatite chronica; estas predominam no tecido periportal.

Ha varias razões que fazem pensar que a hepatite é secundaria, e a cholecystite a sua causa: é difficil acceitar a drenagem lymphatica, como quer Graham, sahindo do figado para o cholecysto. Ao contrario, a absorpção dagua, na vesicula (Rous e McMaster), confere a infecção biliar a possibilidade da precedencia morbida. Além a distribuição anatomica das lesões, e dos lymphaticos.

Martim Gomes.

(Do mesmo n.º da Surg., Gynecology and obstetrics.)

A anemia „physiologica“ da gravidez.

P. Brooke Bland, L. Goldstein, and A. First
(Jefferson Medical College Hospital). Philadelphia.

Além da anemia *physiologica*, descoberta em 1836, por Nasse, eventualmente podem sobrevir, no estado gravidico, dois

outros typos de anemia: 1) o *typo pernicioso*, descripto por Channing, em 1842; e, 2) a severa *anemia hemolytica*, discutida por Rowland, Allan e outros.

a) Em mil pacientes examinadas em varios periodos da gestação, 47,4 por cento deram anemia, com uma contagem de erythrocytes de 3,5 milhões e outros.

b) Uma clara hemoglobinemia de 70 por cento, ou menos, occorreu em 58,6 por cento das gravidas em observação.

c) Só 24,7 por cento deram moderada ou severa anemia nos dois primeiros trimestres, ao passo que no terceiro trimestre a porcentagem foi de 56,7.

d) Melhora accentuada veio em 7 a 10 dias do post-partum, em 72,6 por cento de 106 anemicas.

e) Em 2 a 6 mezes, após o parto, houve uma nitida melhora em 92 por cento de 100 examinadas. Em 95 por cento dessas houve tambem accentuada melhora na hemoglobinemia.

Martim Gomes.

(Do mesmo n.º da Surg., Gynecology and obstetrics.)

Ulceras da perna.

H. O. McPheeters.

Min. Minnesota.

Na discussão do *diagnostico deferencial*, devemos considerar as ulceras varicosa, syphilitica, tuberculosa, maligna, e outras mais raras, como a actinomicosica.

I *Ulceras Varicosa* E' a mais commum. Tem todos os tamanhos, formas e condições. Associa-se-lhe em geral uma area de reacção inflammatoria, que pode espalhar-se por varias pollegadas para além da ulceração aberta. E' cousa acceita que as veias varicosas, dilatadas, com a onda de refluxo, e a consequente congestão, constituem a causa do mal. Estas varizes quasi sempre podem ser encontradas junto da area ulcerada. A's vezes a veia vae ter directamente dentro ou em baixo da ulcera. Neste caso o diagnostico é positivo.

II. A *ulcera syphilitica* é de bordos em geral destacados, e talhados, cortados, nitidos. E' mais profunda que as outras. Base vermelha escurecida, granulada. O serum que transuda não têm aspecto de puz. Aspecto variavel. Historia e R. Wass. positivos.

III. A *ulcera tuberculosa*, é rara na perna. Bordos indefinidos, em geral. As-

pecto cinzento, de exudato, ás vezes. Em geral secundaria, a outra localisação tuberculosa

IV. A *ulcera maligna*, rara nesta região, nunca produz a zona de inflamação da ulcera varicosa. Só por coincidência viria com varizes, e da cura destas não lhe vem nenhuma melhora. Nada de R. W., nada de tuberculose; deve-se fazer uma biopsia.

V. A *ulcera trophica*, geralmente pode ser diagnosticada pela consideração da historia clinica do caso.

VI. A *ulcera actinomycosica* é uma abertura de um modelo, que expõe uma base necrotica, onde se notam granulações amarelladas. Rarissima. Deve-se suspeitar actinomyose nos casos de grande rebeldia a todo tratamento. E' preciso curetar o fundo, e requisitar o exame.

TRATAMENTO

Nunca é satisfactorio.

O de Unna é o melhor apparelho. Inumeros tratamentos têm sidos empregados. Quando é a veia a principal causa, a injeção esclerosante é o melhor tratamento. Usa o seguinte methodo, sendo que o essencial é injectar bem dentro da veia, (usa o salicylato a 30 ou 40 por cento, quando não ache resultado com o sal a 20 %):

1. Injectar e esclerosar toda veia que é achada.

2. Applicar localmente o nitrato de prata, numa concentração de accordo com o typo da granulação.

3. Cortar um disco de esponja de borracha, das de banho, que possa ser 1 cent. maior que a ulcera.

4. Cobrir a ulcera com gaze.

5. Applicar sobre a ulcera a esponja de borracha.

6. Cobrir tudo com duas camadas de algodão.

7. Apparelho elastico, com algodão, na perna.

8. Mudar cada 2 ou 3 dias.

9. Continuar a pressão com a esponja de borracha até fechar a ulcera.

10. Em certos casos, empregar o enxerto cutaneo, para andar mais depressa. Isto só depois de curar as varizes, e tratar a ulcera.

11. Em todos os casos, logo depois da cura, empregar o apparelho de Unna. E isto ainda é mais essencial quando houve necessidade de recorrer ao enxerto. Mudar esse apparelho uma ou duas vezes por mez.

Martim Gomes.