

9º) E' pouco provavel que a transplantação livre das trompas duma mulher a outra por causa de uma alteraçāo profunda desenvolvida nestas condiçōes nas trompas, possa adquirir uma applicaçāo praticar para lutar contra a esterilidade.

*Huberto Wallau.*

### **Meningite tuberculosa e gestaço.**

Por *A. Couvelaire* e *M. Lacomme.*

Obstetricia e gynecologia, Janeiro 1930.

### **CONCLUSÕES:**

1º) Devido ao estado de gestaço erros de diagnostico pōdem ser commettidos, em particular com a eclampsia convulsiva e nos casos em que a meningite evolue no curso dos primeiro mezes, com o syndrome dos vomitos graves.

2º) As formas meningēas da infecçāo tuberculosa parecem, no curso da gravidez, fazer correr ao fēto riscos especiaes, o que não fazem, geralmente, as outras formas desta infecçāo, em particular as formas pulmonares, cuja evoluçāo mesmo grave não apresenta senāo raramente consequencias clinicamente apreciaveis no recém-nascido.

3º) E' entretanto possivel que as creanças nasçam indemnes da affecçāo congenita, sobretudo si ellas sāo expulsas ou extrahidas precocemente pouco apōs o apparecimento dos phenomenos meningeos.

4º) Em presença de uma meningite tuberculosa no curso da gestaço é, pois, conveniente, desde que o diagnostico seja feito, e sem esperar o desencadeamento expontaneo do trabalho, o que não é habitual, praticar a extracçāo artificial da creança pela operaçāo cesariana sob anesthesia local, sempre que o fēto é ou pareça viavel.

*Huberto Wallau.*

### **A sutura do utero na cesariana classica.**

Por *E Macias Torres.*

Obstetricia e gynecologia, Junho 1930.

O auctor requerer que a sutura do utero na cesariana classica tenha os seguintes caracteristicos:

1º) Ser perfeitamente continente aos liquidos alojados no utero duraate as sequencias do parto.

2º) Affrontar as largas superficies musculares da incisāo e mantel-as em contacto durante os dias necessarios para a cicatrisaçāo.

3º) Permittir uma perfeita peritonisaçāo sem que a sutura sēro-serosa seja prejudicial á estabilidade da sutura muscular.

4º) Não deixar de cobrir com o peritoneo todos os nós e fios.

5º) Empregar para todas as suturas uterinas fios de catgut.

Para attingir este fim, usa a seguinte technica: Descollamento da serosa nos dois lados, em toda a sua extensāo e numa largura de um centimetro e meio ou dois. Este tempo é o mais importante e deve ser realisado com o bisturi na mão direita e mantido tangencialmente ao utero, e com uma pinça de dessecçāo no mão esquerda.

2º) Sutura muscular profunda, em pontos separados, com catgut chromado nº 3. E' preciso ter o cuidado de que os pontos não sejam perfurantes e que a agulha entre e saia pelo lugar onde, previamente, descollou-se a serosa, afim de que esta cubra os nós da sutura muscular.

3º) Sutura muscular superficial feita com catgut nº 2, comprehendendo sómente o musculo numa espessura de dois centimetros.

4º) Sutura sēro-serosa de peritonisaçāo, feita com catgut nº 0, agulha curva, e processo de Lembert-Cushing.

Nos casos em que empregou estas suturas, a cesariana iterativa permittio constatar a ausencia de adherencias, algumas vezes mesmo não se poude encontrar sobre o utero traços da incisāo anterior.

*Huberto Wallau.*

### **Erros de diagnostico e tratamento das molestias do aparelho digestivo.**

*H. von Haberer.*

(Verhandl. d. Gesellsch. f. Verdau. u. Stoff. 1929, 252).

1) Depois das cholecystostomias pōdem ficar dōres, que sāo de diagnostico difficil. Inculpam-se demais as adherencias. Entretanto, estas sāo em geral devidas á recurrencia, á volta da inflammaçāo nas vias biliares, desde o tecido hepatico até ao esphincter de Oddi.

2) Em toda operaçāo na vesicula, deve-se examinar bem o pancreas; a pancreatite aguda acompanha muitas vezes, ou segue a vesiculite. E no diagnostico da pancrea-

tite aguda, a dôr intensa, que não cede á morphina, o ílio paralytico precoce, e a classica cyanose, peculiar, no rosto, merecem cuidadosa attenção.

3) Poucas vezes é diagnosticado o abcesso de Douglas, consequente á appendicite. A appendicite aguda infantil frequentemente passa despercebida, porque falta a rigidez abdominal.

4) Máu resultado, em geral, dão as laparotomias iterativas, quando visam a destruição de adherencias.

5) Nos casos de ulcera penetrando o pancreas, não se toque na base della, ao operar. E' um risco de produzir a pancreatite aguda. Tambem ha o mesmo perigo quando se opera uma ulcera da parede posterior do duodeno: é preciso, nesse caso, evitar qualquer lesão do pancreas.

6) Só a histologia reconhe o carcinoma que começa na ulcera que estamos operando. E este não é muito raro. Na operação, ás vezes se pensa em carcinoma, quando apenas de syphilis se trata. Dáhi vem que, no caso de carcinoma inoperavel, justifica-se o tratamento pelo iodo: porque o iodo curaria o doente, estando errado o diagnostico; e o pratico acertaria sempre.

7) A ulcera duodenal bem latente pode dar subitos ataques de dôr. Neste caso, a confusão se faz com a appendicite, e com a cholecystite. Más é preciso tambem lembrar que essas affecções podem estar simultaneamente presentes.

8) Muita attenção, e muito estudo se fazem mister antes de intervir para uma hemorragia gastrica: muitas vezes as ulceras são varias, não é uma só; e quando estamos operando é difficil achar o ponto que sangra. Antes de operar, pensar nas causas geraes, e na cirrhose do figado, nas narizes, e nas esplenopathias.

9) O radiologista deve ser clinico: ao exame radiologico se tem feito sangrar com gravidade a ulcera. Impõe-se um exame clinico premunitorio.

10) As hemorragias, depois da gastro-enterostomia, são erradamente attribuidas a uma velha ulcera; as dôres, reincidentes, ás adherencias. Porém quasi sempre as causas têm sido muito outras: é a ulcera peptica, depois da gastro-enterostomia; é a achylia do estomago, muito reduzido, depois de uma excessiva resecção; é a cholelithiasse, associada á gastropathia; é a pyonephrose, e outros estados.

11) Muito se confundem, ainda, a dyspepsia e a ulcera gastrica, apezar dos progressos dos raios X.

E' bom nunca operar, quando não se confirma, na intervenção exploradora, a ulcera duodenal ou gastrica. Evitemos a resecção do estomago, para „os catarrhos gastricos, que formam ulcera“. Evitemos, especialmente, a gastro-enterostomia, que nesses casos dá a ulcera, que não havia, ou já estava curada, ou quasi.

*Martim Gomes.*

### **A importancia da choledocoduodenostomia externa para tratamento da lithiasse biliar.**

*H. Finsterer.*

(Arch. f. klin. Chir., CLVI, 417).

Estudando bem as causas da persistencia de symptomas nos cholecystectomizados, chega-se á conclusão de que o natural ou facil escoamento da bilis é um factor essencial para a persistencia da cura firme.

A obstrucção favorece a infecção, acarreta dôres, e produz calculos nas vias biliares.

A drenagem externa, pelos canaes biliares, não é cousa que seja possivel demorar muito. Não é um recurso pratico. Muitos fazem a dilatação forçada da caruncula major. Na verdade a irritação, assim produzioa, dá a estenose. Por isso está ainda em voga o emprego dum dreno, deixado na papilla, uma vez dilatada. Mas é facil verificar que o dreno logo se incrusta, de tal forma que predispõe ao calculo, e ainda ameaça a instalação duma pancreatite. A papillotomia interna, isto é, o corte que augmente a luz do fim do choledoco, não tem dado resultado, porque traz uma estenose cicatricial, — emenda peor que o soneto.

Finsterer recommenda, por essas razões, a sutura do choledoco directamente ao duodeno. Esta operação pode ser feita ao nivel da porção supraduodenal do ducto, ou mais abaixo, ao nivel da sua porção retroduodenal. Quer isto dizer que a sutura é por dentro do intestino (interna, Kocher), no ultimo caso. Ella é uma choledocoduodenostomia externa, quando se faz ao nivel da porção supraduodenal (por fora, ou de Sasse). Esta modalidade de Sasse basta para as cholangeites. A interna pa-