

O Dr. Octacilio Rosa refere-se ao anti-projecto, combate o facto de se transformar a Associação Medica em ultima instancia para o julgamento de assumptos profissionaes. Diz aguardar a discussão do anti-projecto, para novamente fallar sobre o assumpto.

Posta em votação a proposta da organização de um anti-projecto elaborado após farta consulta aos meios medicos, discutido na Sociedade e depois de approved, novamente submettido ao Congresso Medico de Bagé, passou a mesma por unanimidade de votos. Nesta occasião ficou deliberado que a mesma commissão que apresentára o parecer sobre os itens for-

mulados para a ordem do dia, ficasse encarregada de elaborar o anti-projecto.

Após varias considerações sobre o charlatanismo, assumpto em que o Dr. Blessmann relata algumas impressões colhidas em sua recente viagem á Europa; após a acceitação da offerta do Dr. Ygartua em conseguir os estatutos do Syndicato Medico Uruguayo, afim de facilitar o estudo das questões presas aos interesses profissionaes, dado o adiantado da hora, o senhor presidente encerrou a sessão.

Porto Alegre, 6 de Julho de 1928.

Dr. Argymiro Chaves Galvão
Secretario adhoc.

A bacteriologia das colecistites. Estudo experimental e clinico.

(The bacteriology of cholecystitis. A clinical and experimental Study), por L. WILKIE. — *The Brit. Jour. of Surg.* Janeiro de 1928. (Transcripto da Rev. Lisboa Médica n.º 5. Maio de 1928.)

Morais David.

São as seguintes as conclusões do artigo:

Na maioria dos casos de coleciste crónica, a bilis é estéril. As culturas feitas com pedaço da parede da vesicula, incluindo tôda a sua espessura, são também estéreis a maioria das vezes. As culturas feitas da sub-mucosa e das camadas externas da vesicula, sem participação da mucosa, revelaram o estreptococo em 42% dos casos.

A bilis demonstram uma acção impeditiva do desenvolvimento dêstes microorganismos.

Em 86% dos casos isolaram-se estreptococos das culturas do gânglio cístico. O coli bacilo foi isolado da bilis apenas em 6% dos casos. Em um dêstes o bacilo de coli foi também isolado do gânglio cístico.

Os estreptococos das colecistites são constituídos por pequenas cadeias, desenvolvem colónias pouco espessas e não hemolíticas na gelose e crescem rapidamente no caldo glicosado. A injeção intravascular de suspensões das colónias, em coelhos, não produziu alterações vesicula-

res, mas as injeções feitas na espessura da parede da vesicula determinaram colecistites crónicas, progressivas, das quais foi possível isolar de novo o agente. Estas últimas injeções feitas após a laquiação do canal cístico, conduzem á formação de um empiema crónico da vesicula com alterações acentuadas da parede; as injeções na espessura da parede, com ou sem laquiação do canal cístico, dão origem á formação de pequenos calcos, de colessterina e sais de cálcio quando se estrangula o canal, só de colessterina quando o cístico está permeável.

As injeções intravenosas dos estreptococos, quando são repetidas, produzem manifestações de colecistite crónica com formação de calcos de colessterina. As mesmas injeções, depois da ligadura do canal cístico, conduzem ao empiema da vesicula biliar, com lesões inflamatórias pronunciadas da parede e formação de pequenos grânulos dentro da vesicula, espécie de pequenos calcos, contendo calcio e colessterina.

A separação da vesicula e do figado, com interposição de epiplon, de modo a excluir a infecção do figado á vesicula por via linfática, a par da laquiação do cístico, não impede o desenvolvimento da colecistite quando o estreptococo foi introduzido por via intravenosa.

Há uma perfeita analogia entre as lesões da colecistite humana e as da colecistite experimental.

A coleciste parece, pois, resultar da localização intraparietal na vesicula de um estreptococo do sangue.