

casca, e se aplica a toda e qualquer casca, por consequência também ao estrato superficial, à casca do cérebro. *Cortiça* tem já em português um sentido muito mais estreito, significa apenas a casca do sobreiro e certas outras árvores: *rolha de cortiça*, *cinto de cortiça*, etc. Sem forçar muito as cousas, não se poderá pois dizer **cortiça cerebral** em vez de **córtice cerebral**.

Fiquemos, pois, em o **córtice** cerebral, que ficamos bem.

FROTTIS

A respeito d'este vocábulo francês, tão vulgar e corrente em nossa língua, diz o ilustre dr. Plácido Barbosa, em seu excelente dicionário:

"**Frottis** (fr.) s.m. (derivado de *frotter*, esfregar) — em tecnologia microscópica dá-se este nome ao preparado que se obtém esfregando sobre uma lâmina a substância a examinar. A extensão deste termo à linguagem médica parece-nos ter a sua origem menos na significação do seu radical, do que na analogia do seu sentido na arte da pintura, onde quer dizer a camada delgada de tinta ou verniz, que se aplica sobre um quadro. Por isso mesmo o termo *esfregação*, s.m., empregado pelo Instituto Osvaldo Cruz para traduzir *frottis*, foi um achado felicíssimo, pois *esfregação*, em português, tem na arte da pintura o mesmo significado de *frottis*.

"Tínhamos a princípio traduzido *frottis* por *esfregadura*, que é tradução boa e própria, mas *esfregação* é certamente equivalente mais completo."

Termo apadrinhado por tamanhas autoridades teria forçosamente que vencer; assim, pode-se êle considerar hoje como geralmente adoptado, a não ser apenas pelos galicizaras incorrigíveis.

Um defeito, porém, lhe poude notar o sr. Dr. R. M., em artigo publicado no último número desta revista.

Esfregação é uma palavra derivada do verbo **esfregar**, mediante o sufixo **ação**, "que em português indica acção enérgica, às vezes violenta, e também aumento; indicações estas bem impróprias para significarem o levíssimo contacto de uma nica de figado ou de baço, com fina lâmina de vidro, até produzir-se uma *mancha*, que deve ser submetida a processos especiais de fixar e corar."

Judiciosa é a observação, comprovada por dezenas de vocábulos formados com o mesmo sufixo e que todos dão idéa de um acto forte e enérgico. Aceita, portanto, a impropriedade do termo **esfregação**, cumpria procurar-lhe sucedâneo.

Foi o que fez, o Dr. R. M. Partindo do radical do verbo latino **fricare**, lembrou-se de juntar-lhe um sufixo diminutivo (para bem exprimir a delicadeza da operação) e assim formou uma longa série de palavras, onde só haveria o embaraço da escolha: *fricacho*, *fricelho*, *fricolho*, *fricela*, *fricete*, *friceta*, *fricoto*, *fricito*, *fricula*, *fricato*, *fricola*, *fricinho*.

Não parecem, porém, grandemente satisfatórios os vocábulos propostos e é o próprio propoente quem no-lo diz:

"Mas, como está firmado que se procure a fonte grega para a feitura dos termos scientificos, é preciso examinar, nessa língua, qual o tema para designar o atrito (leve); e qual o sufixo que indica o resultado de uma acção, incluindo também a ideia de diminuir.

"Eis o que cabe fazer a algum competente, se não fôr encontrado o termo português que signifique o *frottis*, ou lhe equivalha."

Ora, parece que, sem recorrer ao grego, se pôde encontrar vocábulo mais adequado que *esfregação*. Lembro **esfregado**, que, possuindo o mesmo radical, apresenta todavia uma forma mais aceitável.

Esfregado é o participio passivo de esfregar e, como tal, pode ser substantivado, designando o *resultado da acção*. Dir-se-há, pois, *um esfregado de baço*, *um esfregado de figado*, com a mesma propriedade com que se fala em *precipitado*, *preparado*, *filtrado*, *dialisado*, etc.

Parece, portanto, que o termo proposto exprime bem o objecto, não apresenta os inconvenientes apontados pelo Dr. R. M., e tem ainda em seu favor a analogia com outros vocábulos, usados na linguagem scientifica: *precipitado de enxofre*, *preparado de ferro*, *preparado microscópico*, *extracto de digital*, *soluto alcalino*, *filtrado*, etc.

Salvo melhor alvitre, poder-se-há, pois, dizer **esfregado**, em vez de **esfregação**; poder-se há fazer, preparar, fixar, corar *um esfregado de órgão*.

ACTUALIDADES MEDICAS

Diagnostico radiologico dos tumores do hypochondrio esquerdo — L. Mallet R. Collez — (Journ. de radiologie-Fév. 1922.)

Trad. pelo prof. Nogueira Flôres

Todos os clinicos conhecem a difficuldade do diagnostico dos tumores do hypochondrio esquerdo. Si pudesse-mos fazer uma estatística dos erros revelados na autopsia ou na intervenção, ter-se-ia uma parte importante, sem duvida, nas affecções desta região.

A simples clinica, é com effeito muitas vezes incapaz com a confusão dos signaes physicos, e com a variedade das localisações possiveis, decidir da sede da lesão. Os innumerados erros tem sido commettidos na esplenomegalia, qualquer que tenha sido a causa e em todos os tumores do abdomen: cistos do lóbo esquerdo do figado, tumores do rim e hydronephrose, cistos e lipomas do mesenterio, cistos do ovario e fibromas do utero.

"Sem duvida, dizem le Dentu e Delbet, baço augmentado de volume, quando não deixou o hypochondrio esquerdo é reconhecido na fórma, na extensa maciszez e nas incisuras caracteristicas do seu bordo cortante. Porém, o diagnostico differencial das lesões esplenicas com as do rim esquerdo são de frequentes erros. Apesar da historia clinica, as hematurias, o varicocele, a separação das urinas, ha em clinica doentes entre os quaes o diagnostico é quasi impossivel, antes da intervenção ou da autopsia."

Para Legueu, quando o tumor do hypochondrio é pouco volumoso, é ainda assaz facil reconhecer na sua situação e nas suas relações, como dependendo do rim. Porém, é muito mais difficil, quando o tumor é volumoso. Apesar da sua relação lombar, não se pode affirmar que seja renal, porque outros tumores do figado, do baço tem esta relação lombar e apresentam o mesmo rechaço.

Mas, se, já as difficuldades são grandes, quando os órgãos estão no lugar, quantas surpresas não se encontra quando o rim ou o baço deixaram a sua loja e vem se immobilisar em região mais ou menos afastada. Tem-se encontrado o baço na região umbilical, nas fossas iliacas direita e esquerda, na pequena bacia e até no sacco de hernias inguinaes (Ruysch, Bamberger). Os bagos pelvianos tem sido tomados por cistos do ovario (Péan, Potherat), por fibromas do utero (Pozzi, Walther). Em um caso de Lejars julgava-se um tumor do mesenterio e se tratava de um baço com o pediculo torcido; Castagnary (1911) referio a observação de um baço fixado na fossa

iliaca direita, acompanhado de febre, pelo que foi feito o diagnostico de appendicite. A mesma causa de erro foi assignada por Mac Donald e Mac Kay (1909). Bazy citou em 1912 dois casos em que o catheterismo dos ureterios, não deu gotta alguma de liquido, se concluiu na existencia de hydronephrose fechada. Tratava-se no primeiro caso de cisto hydatico do figado, e no outro de cancer de colon.

Estes factos, em razão desigual da attracção experimentada pelos autores, para publicarem seus erros, são muito menos raros na realidade, pois poucos encontramos na litteratura.

"Nos primeiros dias da cirurgia contemporanea, diz, Lejars, a confusão de tantos symptomas diversos em uma região tão cheia de embustes, devia trazer certo tedio.

Tornava-se tão benigno, tão simples operar, ir ver, que as minucias do diagnostico previo pareciam ter perdido seu interesse."

Esta tendencia persistio, apesar, do auxilio trazido pelo exame radiologico, porque muitas vezes as informações dadas permaneciam inconstantes.

A exploração dos órgãos abdominaes não attingiu ainda a precisão obtida no tubo digestivo.

No entretanto, os progressos da aparelhagem da technica, reduzindo o tempo de exposição a algumas fracções de segundo, permittiram obter com nitidez os contornos do rim na totalidade de 75% dos casos.

A pyelographia, dando-nos admiraveis imagens dos ureterios e dos bacinetes, nos mostra a posição do rim; porém, este methodo muitas vezes doloroso, mesmo, ás vezes impraticavel, não está livre de perigos e não é prudente applicar-o simultaneamente de ambos os lados.

"Si fizermos estas injeções em rins doentes,- diz Arcelin (Société de Radiologie) — os perigos do collargol, podem ser desprezados. Não se dá o mesmo, quando tratamos de localisar, pela radiographia um rim movel funcionando perfeitamente, ahí o problema é muito mais discutivel".

Legueu e Papin são de opinião contraria, por achar que no rim movel a pyelographia é superior a todos os outros processos. Um incontestavel progresso no diagnostico differencial dos tumores abdominaes adveio com a dilatação combinada do estomago e côlons. Sabe-se de uma parte, que o aerocolis physiologico das creanças permittia ver o bordo inferior do figado e do baço, sem previa preparação.

Os clinicos tem insistido, de outra parte, desde muito tempo, na necessidade de pesquisas as relações dos tumores com as faixas de sonoridade normaes ou artificiaes obtidas com a percussão dos côlons. E' assim que todos os autores assignalam, diante dos tumores do rim ou de um modo geral, dos tumores retroperitoneaes, a presença "de uma faixa sonora allongada verticalmente em charpa e devido ao recalçamento pelo tumor do côlon para a parede abdominal" (Le Dentu).

A insuflação do estomago e dos côlons sob os raios ia pois, ter uma dupla vantagem. De uma parte, estabelecia, como o vemos nas creanças, contrastes nos órgãos massiços, algumas probabilidades de serem observadas como sombra; de outro lado, tornava se facil estudar ao mesmo tempo e na mesma imagem, deformações e deslocamentos trazidos pelos tumores com a faixa brilhante dos côlons. Estas novas e excellentes condições reunidas á uma technica apropriada de que A. Béchère teve o grande merito de estabelecer regras, deram a radiologia dos órgãos massiços do abdomem, um novo arrojo. Foi applicada successivamente no serviço de Béchère por

Maingot (1909) na exploração da vesicula biliar, por Henri Béchère no bordo inferior do figado (1920) por Le Page na do baço (1912).

Os trabalhos de Ledoux-Lebard, os relatorios de Desternes e Baudon, a these de Lagarenne (1920) no serviço de Guillemot, bem demonstraram as indicações e difficuldades deste precioso meio de diagnostico. Afóra de toda questão da innocuidade e da dôr, o methodo de insuflação dos côlons deve ser considerado de modo geral e mais particularmente ao que se refere ao hypochondrio esquerdo, como methodo de localisação para limitar as diferentes lojas anatomicas do abdomen (Lagarenne).

O côlon transverso estando, comtudo demais cahido (Glénard e Almard, traça o limite do bordo inferior do figado e separa os tumores supra-mesocolicos dos infra-mesocolicos. Porém, os tumores supra-mesocolicos podem se originar, ou do figado, do estomago, do baço, ou dos órgãos da profundidade, aorta e pancreas, sem que seja facil differenciar com facilidade. Isso é o mesmo, cada vez que se desenvolvem em uma região, contendo diversas visceras, como p. ex. ao nivel do umbigo: a sombra dos tumores infra mesocolicos enquadra-se nas diferentes porções do estomago e do figado. Do mesmo modo, quando os tumores da pelvis ganham pelo seu desenvolvimento a cavidade abdominal, a insuflação dos côlons o cerca quasi completamente, os separam do andar supramesocolico. Quando, ao contrario, os tumores tem sede ao nivel a insuflação dos côlons, traçando seus limites, mostra a origem (Lagarenne).

E' pois, pelas divisões topographicas que ella traça no abdomen, pela limitação de suas diferentes lojas e de algum modo procedendo por exclusão, que a insuflação colica orienta a apalpação e a percussão no diagnostico differencial dos tumores abdominaes.

Applicada com particularidade nas localizações dos tumores do hypochondrio esquerdo, a insuflação gastrocolica era até nestes ultimos tempos e com respeito aos rins, completamente sem applicação. Com effeito, não fora sempre considerada como prejudicial e a insuflação não fora encarada até aqui, senão sufficientemente capaz de dar os contornos do baço. Normalmente, este apparece então applicado contra a parede abdominal lateral, como um triangulo de base externa, cujos lados são limitados para dentro pelo gaz gastrico e gaz colico. Mas, se esta visibilidade fôr boa, (o que permite, em certos casos, a exclusão) quando o tumor for pouco desenvolvido, isso não é o mesmo quando occupar um volume consideravel; o colon insuflado comprime-se então entre a parede abdominal anterior e o tumor, o contorno deste, já não pode ser precisado e o methodo, infelizmente não tem mais utilidade.

Outras informações podem ser obtidas entretanto, nestes casos de tumores volumosos pelos estudos dos "desvios dos côlons". E' sabido desde muito tempo em clinica e tem sido possivel verificar nos exames radiologicos, que a hypertrophia do baço e as collecções da loja esplenica recalcam para dentro o côlon descendente e abaxam o angulo esplenico, emquanto que a maior parte dos tumores do rim esquerdo e notadamente as hydronephroses (Legueu) desenvolvendo-se, sob a alça do côlon, recalcam este para cima e para fóra. E' o contrario que se passa no rim direito que recalca geralmente o côlon para baixo e para dentro. Porém, convém saber que estes signaes, cujo estudo é amplamente facilitado pela insuflação colica, são infelizmente inconstantes e conduzem muitas vezes a erros.

Estes factos explicam o pouco crédito concedido até aqui

ao methodo pelos urologistas, bem como explicam os insucessos e os erros do processo na localisação das neo-formações do hypocondrio esquerdo que ainda continua uma das regiões mais obscura da pathologia.

O methodo do pneumoperitonio artificial introduzido na França por um de nós com Ribadeau Dumas e Baud, parece ter illuminado com intensa luz.

Revedo nossas observações nos parece, com effeito, que maior numero de casos em que o pneumoperitoneo se mostrou particularmente util, foi naquelles que se referiam á affecções da metade esquerda do abdomen.

E' util lembrar, posto que, acabem de ser estudadas aqui, as modificações trazidas á estatica dos órgãos abdominaes pela presença de gaz entre as folhas da serosa peritonial. O conhecimento perfeito das imagens normaes é indispensavel á boa interpretação das imagens pathologicas.

"A presença do gaz na cavidade peritonial determina uma quêda visceral geral cuja amplitude está em relação com a tensão dos ligamentos suspensores de cada um delles e cuja direcção relativa varia em cada posição dada ao paciente. O gaz assim, expellido das partes declives, cerca os órgãos mais elevados e intensifica os contrastes. Modificando a posição do doente, se pôde encontrar em cada um dos órgãos massivos, uma ou varias situações de optimo isolamento, dando precisão absoluta dos contornos.

Em cada uma destas posições, a variação de incidencia dos raios permite a exploração da superficie completa do órgão".

Concebe-se que nestas condições o pneumoperitoneo seja um methodo de radioscopia clinica, necessitando a pesquisa com numerosas incidencias.

Treis posições do doente são especialmente importantes para proceder-se a exame completo do hypocondrio esquerdo com o emprego do pneumoperitoneo.

1.º — **Decubito ventral**, tubo radiogenico debaixo da meza, e emparo fluorescente no dorso do paciente.

Esta posição apresenta a vantagem de se fazer uma inspecção de conjuncto do hypocondrio esquerdo, como tambem de todo abdomen. Nesta posição o baço, destacado do diaphragma é completamente cercado de gaz. O contorno apparece com muita nitidez e o hilo é quasi visivel.

Bom plano de clivagem gazosa, o separa para baixo e para dentro do polo superior do rim esquerdo, sendo facil traçar nos orthodiagrammas todo contorno externo.

O polo inferior do rim se continúa com a sombra opaca e a fita do psoas. O colon descendente, mesmo fóra de toda dupla insuflação, em razão dos gazes naturalmente inclusos, apresenta muitas vezes suas finas paredes no meio de uma atmospheria tão luminosa, que formações, muito delgadas, como o ligamento phreno-colico esquerdo, se evidenciam. Não seria, preciso tomal-o por uma brida pathologica.

2.º — **O decubito lateral direito**, raio normal horizontal e incidencia ventro-dorsal ou dorso-ventral dos raios.

Esta incidencia dá uma figura muito analogia, com esta differença que, em certos casos o bordo externo do rim esquerdo é volumoso, é mais livre e mais nitido. Dá-se muitas vezes o mesmo com o baço, que a gravidade tem no entretanto, tendencia demais para applicar nesta posição contra o polo superior do rim. Este detalhe posto de parte, a boa visibilidade geral sobre esta incidencia, é devida a quêda de todas as alças intestinaes do lado opposto, provocando accumulção inversa do gaz,

contra a parede abdominal lateral esquerda em toda região a explorar.

E' preciso saber que, em certos casos raros (tumores volumosos) não se pôde differenciar o rim do baço com o simples decubito abdominal. O decubito lateral direito, intervem então com successo, principalmente quando **inclinamos o paciente lateralmente para diante ou para traz a 45.º** (em relação a meza).

Determina-se assim o apparecimento de um plano de clivagem nitido e preciso entre os dois órgãos.

3.º — **Decubito dorsal**, raio normal horizontal e incidencia latero-lateral dos raios).

Poder-se-ia assim, precisar certos detalhes relativos a face anterior do baço ou do estomago. Porém, no estado normal estes órgãos são pouco visiveis nesta posição, nenhuma clivagem gazosa se produzindo entre os órgãos amontoados, uns sobre os outros, debaixo de espesso colchão de ar. Mas, não é isso que se dá nos casos pathologicos, em que o estudo desta zona luminosa, torna-se particularmente proveitosa, pois que é lá que se apresentam de perfil, todas as adherencias com a parede anterior nas perigastrites, nas esplenites, nos tumores do tubo digestivo ou nas peritonites tuberculosas localisadas ou não.

Na mulher a elevação da bacia por sepos ou o abaixamento da cabeça (Trendelenburg) em meza radiologica movel, é util, em cada uma destas treis posições, para exame dos órgãos genitais.

A **posição vertical**, ás vezes menos supportada pelos doentes (dor em cinta), poderá ser facilmente utilizada, no estudo das nephro ou esplenoptosis.

Podemos julgar agora, com que facilidade vão ser percebidas as differentes modificações dos órgãos no estado pathologico. A questão, estando ainda em estudo, não poderíamos, sem arriscar a ser forçosamente incompleto, tentar no momento um exame de conjuncto. Tambem, preferimos trazer aqui observações tão diversas quanto possivel, notadas na mór parte em nossas estatisticas, onde o pneumoperitoneo deu figuras particularmente preciosas.

Em alguns casos as sombras observadas não conduziram immediatamente ao diagnostico preciso pela difficuldade muitas vezes consideravel, experimentada na interpretação das imagens particularmente novas. Porém, cada observação contribue com a que segue e já temos entrado no período em que o pneumoperitonico fará parte definitivamente da pratica do radiodiagnostico, todas as vezes, em que os outros meios de investigação habituaes, tiverem sido incapazes de esclarecer.

Obs. I — M. P. (serv de Ribadeau-Dumas), homem de 24 annos, apresentando grande figado e baço, difficil limitar-se. Pensamos em cisto hydatico do figado. O pneumoperitoneo mostra no decubito abdominal, um figado muito volumoso e regular; os rins bem visiveis, são normaes. O baço é muito volumoso. De pé e na oblique esquerda, verificamos a presença, sob o bordo inferior do figado, de uma sombra oblonga. A rotação na obliqua posterior direita mostra com certeza que se trata de vesicula. Além disto os movimentos de lateralidade provocam deslocamento como "badalo de sino" vesicula suspensa no vacuo abdominal. O estomago é visivel abaixo do baço.

Conclusões. Ausencia de cisto hydatico.

Baço, figado e vesicula biliar volumosos : "cirrhose hypertrophica biliar".

Obs. II — (serv. prof. Lardennois M. G.) volumoso tumor na região abdominal esquerda, pontudo para diante. Pensamos primeiramente em grande baço, porque o figado apparece igualmente grande. O exame do sangue não

permite precisar diagnostico algum. Um passado urinario de pouca importancia: hematuria de pouca importancia; hematuria ha varios annos.

Nada mais. O primeiro exame radioscopio após a insufflação gastrica e colicas não precisa cousa alguma.

O pneumoperitoneo o mostra: 1.º no decubito abdominal a direita o figado bem isolado, cercado de zona gázosa e descollado do diaphragma. Apresenta na parte externa uma saliencia nodular. Rim direito muito visivel. A' esquerda o baço bem isolado, de volume sensivelmente normal e não deformado. Coifa o polo superior uma sombra ovalar larga e longa, e irregularmente bosselada, attingindo para dentro a linha mediana, insinuando-se a treis dedos transversos para baixo na bacia, que é o rim esquerdo muito hypertrophiado.

2.º — No decubito lateral analysamos facilmente, ainda as relações do tumor com o baço. Seu polo superior é igualmente festonado e o tumor escorrega para a região mediana.

Verificação operatoria: "enorme tumor renal".

Obs. III (serv. do prof. Proust) M. V. Homem de quarenta e sete annos, apresentando volumoso tumor do hypochondrio esquerdo pelo qual consultara ha mais de um anno. Enviado por uma affecção gastrica. O exame clinico pende do lado de um tumor renal, sendo dado porém, o estado de anemia muito particular do doente a possibilidade de um volumoso baço, não foi sem verosimelhança. Um primeiro exame radioscopico mostra enorme massa escura, occupando todo flanco esquerdo, porém, não delimitavel: não podiamos verdadeiramente dizer se trata de um rim ou de volumoso baço. No correr do segundo exame a absorpção de 200 grammas de barita mostra o estomago deslocado para direita e recalçado principalmente em sua parte mediana. Ausencia de claridade na região esplenica, o baço se continua como tumor. Um clyster de ar faz apparecer o colon transverso no angulo esplenico, que está muito baixo sob o tumor; este parece um baço compacto englobando a região esplenica e renal.

O pneumoperitoneo (em collaboraçao com Darbois), estando o doente de costas ou de ventre não dá clivagem gázosa nitida do lado esquerdo. Porém em decubito direito, com raio horizontal, o paciente ligeiramente voltado para traz e examinado em obliqua posterior esquerda, vemos a capacidade abdominal se fragmentar e um plano de clivagem apparece nitidamente entre o baço, pequeno, descollado de diaphragma, coifando, como uma delgada calote, o polo superior do tumor que é nitidamente um tumor do rim.

Verificação operatoria: "tumor do rim esquerdo".

Obs. IV (doente de Renaudeaux) Mme. X. Tumor muito movel do hypochondrio esquerdo ao nivel do umbigo. Estomago radiologicamente normal. Weber negativo. Pensamos em tumor epiploico ou pancreatico ou ainda em tumor do rim ou do baço. Então com um primeiro exame radiologico, um enéma baritado se detem ao nivel do angulo esplenico muito antes da região em que o tumor é clinicamente palpavel.

O pneumoperitoneo, dá imagem: tumor do colon transverso adherente á parede abdominal anterior. A figura radiocopica complexa, não foi interpretada de um modo completo senão depois da intervençao (Pauchet); a periphéria clara do tumor, visto horizontalmente era o grande epiploon reconhecido muito gorduroso, a porção media francamente opaca era a parede colica espessada (tumor) e centro claro, era a luz colica irregular e estreitada.

Obs. V (serv. prof. Laubry) Homem de 60 annos entrado para o Rochefoucauld, por tumor volumoso do abdomen, proeminando ao mesmo tempo no hypochondrio

esquerdo e na fossa iliaca direita. Contornos bastantes irregulares e batimentos, principalmente em sua parte esquerda, porém é difficil dizer, si ha batimentos propagados ou movimentos de expansao propria. O exame clinico fazia inclinar-se a um neoplasma do mesenterio, primitivo ou secundario, antes que de tumor vascular.

O pneumoperitoneo permite revelar um aneurisma da aorta e traçar os contornos. A porção direita de sua sombra era mais ou menos immovel, porém, á esquerda era animada de batimentos, visiveis e proprios.

Obs. VI (serv. de Ribadeau e Dumas) Mme. L... 56 annos, apresenta mau estar e vertigem. Cór amarella, as arterias do pescoço com batimentos exagerados. A' região epigastrica, a mão sente ruido de corruptio e um foco de batimento. Não temos a sensação de tumor limitado, porém de uma massa allongada dotada de expansao. Wassermann positivo.

Depois do pneumoperitoneo observamos, em decubito dorsal, uma sombra occupando acima a parte interna do hypochondrio esquerdo e para dentro o baço ligeiramente massudo e animado de batimento. Em decubito lateral direito, notamos na claridade abdominal, diante da columna vertebral abaixo do baço, uma imagem de contornos um pouco irregulares, saliente para parede abdominal anterior. Esta sombra se confunde para traz com columna vertebral. Seu contorno é pulsatil e animado de movimentos de expansao. "Aneurisma da aorta abdominal".

Obs. VII (serv. de Ribadeau-Dumas) Mme. X... 67 anns. Pneumoperitoneo, executado para pesquisa do bordo inferior do figado e vesicula biliar. O exame no decubito lateral mostra enorme rim esquerdo, nitidamente polycistico e adherente por alguns tractos finos á parede abdominal lateral.

Verificação da autopsia: "rim polycistico".

Obs. VIII Mme. S... de 34 annos. Dôres do hypochondrio esquerdo. A' apalpação sentimos uma zona irregular, especie de placa de que é impossivel determinar-se a natureza exacta. Nenhum signal de ascite.

O pneumoperitoneo mostra no decubito dorsal um baço adherente á parede abdominal anterior e ahi ficando collocado por tractos frouxos. Seu bordo inferior é englobado nas adherencias, nitidamente visivel, ao mesmo tempo que uma porção do colon transverso esquerdo de que vemos a luz como aberta e as paredes espessadas, vistas horizontalmente. Em outras posições descobrimos a presença de um nivel liquido na cavidade peritoneal.

Diagnostico: "peritonite tuberculosa localisada, com leve ascite".

Obs. IX (serv. de prof. Lardennois) M. X... Apresenta perturbações gastricas sem caracteres precisos.

1.º — Exame — Examinado no curso da ingestão de um repasto baritado, verificamos que o estomago se enche irregularmente. A pequena curvatura apparece deformada. Não ha retardamento na evacuação gastrica. A passagem no duodeno se faz normalmente. A pressão ao nivel da pequena curvatura é dolorosa: não chega a apagar as figuras lacunares.

2.º Exame — Introduçao do tubo de Einhorn. pneumoperitoneo com Co' puro. O decubito dorsal mostra mesmo sem insufflação gastrica a presença de uma sombra do volume de uma tangerina, situada na concavidade da pequena curvatura. Insuflamos Co' no estomago pelo tubo de Einhorn: vimos então que o tumor interessa a pequena curvatura e que reduz o calibre do estomago na região do corpo.

No decubito ventral e levemente em obliqua posterior esquerda o tumor se projecta na sombra do rim esquerdo,

porém, se differença delle nitidamente. A comparação do exame radiologico pela refeição opaca e a dupla insuflação mostra a "extensão do tumor". A figura lacunar parecia corresponder a tumor menor que nos indica a massa visível pelo pneumoperitones.

Verificação operatoria: tumor do volume do punho, occupando a pequena curvatura".

Obs. X (serv. de Merklen) M. X... Tumor nitidamente perceptível no hypochondrio esquerdo com ponto de inicio indeterminado. O pneumoperitoneo mostra enorme baco ovoide allongado cujo polo inferior se avizinha da crista iliaca. O fgado, ao contrario, é menor que normalmente.

Sociedade de Medicina

Sessão de 21 de Abril de 1922.

Presidencia: Dr. Annes Dias (vice-presidente).

Socios presentes: Plinio Gama, Nogueira Flôres, U. de Nonohay, José Ricaldone, Hugo Ribeiro, A. Galvão e L. Escobar.

Pelo Dr. vice-presidente é proposto para socio correspondente em Uruguayana o Dr. Heraclito Coelho Leal. O Dr. Nogueira Flôres pede para ser inserido em acta um voto de pesar pelo fallecimento do prof. Souza Lima, jubulado da Faculdade do Rio e outro pelo fallecimento do distincto gynecologista Arnaldo Quintella. O Dr. Annes Dias pede para ser inserido tambem em acta um voto de pesar pela morte do Dr. Jorge Fayet.

O **Dr. Hugo Ribeiro** pede a palavra e communica um caso de uma senhora de 47 annos de idade, de boa saúde apparente e que já ha algum tempo vem soffrendo de cephalalgia e dôres vagas pelo corpo, pelo que, em occasião opportuna, consultando um medico no Rio de Janeiro, foi-lhe receitado um regime dietetico especial. Foi acommetida, quando já aqui, de vomitos, o que determinou a procura de novos conselhos medicos.

Ao exame foi informado de que a paciente, de um momento para outro, começou a vêr duplo e que sobreveiu-lhe uma crise nervosa terminada em choro. Verificou mais uma paralyisia do motor ocular externo.

Havia na familia antecedentes de doenças nervosas, tendo até uma prima da doente fallecido, apresentando diplopia. Em conferencia com outro collega ficou assentado o tratamento anti-syphilitico, si bem que o auctor tivesse levantado a hypothese de **paralyisia hysterica**.

Com novo exame encontrou paralyisia dos rectos externos direito e esquerdo. Encetado o tratamento mercurial pela manhã, foi avisado a tarde que todos os symptomas haviam desaparecido o que julga confirmar a hypothese de paralyisia hysterica que havia levantado.

A proposito falam os Drs. Plinio e Nonohay.

O **Dr. Nonohay** relata alguns casos de **syphilis tratados pelo Trepol**, que muito o tem entusiasmado. Acha que além de ser um treponemicida energico é um cicatrisante mais poderoso do que o Neosalvarsan. Teve occasião de observar um caso em que fizera o tratamento classico, levando um mez a cura posto que em outro caso similar tratado pelo Trepol o mesmo resultado foi obtido em oito dias. Em outros casos com perturbações oculares o resultado tambem foi bastante satisfatorio.

Quanto aos accidentes só um dos casos apresentou esto-matite que julga mais grave do que as mercuriaes.

O **Dr. Plinio** refere um caso de **eczema do couro cabeludo** em que empregou a Ionase Anti Eczematosa de Or-

lando Rangel. Oito horas após a primeira injeccão (enxofre colloidal), sobreveiu uma urticaria generalisada acompanhada de febre, vomitos, soluço e constrictão retroesternal. Liga este accidente a um choque colloido-clasico, tendo-o combatido com atropina. O doente continuou o tratamento, melhorando do eczema.

Sessão de 28 de Abril.

Presidencia: Dr. Annes Dias (vice-presidente).

Socios presentes: Velho Py, Januario Bittencourt, Pereira da Silva, Basil Sefton, Hugo Ribeiro, A. Galvão, Octacílio Rosa, Alberto de Souza, José Ricaldone, Luiz Guedes e Leonidas Escobar.

O Dr. A. Galvão propõe para socio effectivo o Dr. Felicissimo Diffini.

O **Dr. Octacílio Rosa** communica em caso de um moço de 20 annos de idade, que apresentava dôres vesicaes, verdadeiras colicas de bexiga e micções frequentes.

A anamnese foi sem importancia. O exame de urina revelou alguns globulos vermelhos. Pelo exame cystoscopico encontrou edema da região do trigono o que o levou a fazer medicação apropriada. Após o doente ausentou-se por um mez.

Nova crise, mais violenta, determinou novo exame cystoscopico pelo qual verificou edema bolhoso do orificio ureteral direito.

Ficou pensando ou em um calculo ou em uma tuberculose renal.

Para esta ultima as pesquisas feitas foram negativas. Outra cystoscopia, então feita, revelou **um calculo encravado no orificio ureteral**.

Para retirar este calculo, o que conseguiu, lançou mão da injeccão de oleo através de uma sonda ureteral.

O **Dr. A. Galvão** relata um caso de um individuo de 34 annos com symptomas abdominaes, anteriormente operado de appendicite, e que falleceu em poucas horas antes que pudesse formar um diagnostico preciso.

O **Dr. Annes Dias** conta um caso de **uma crise abdominal vagotonica** em uma moça que ha mais de 24 horas vinha apresentando angustia extraordinaria, manifestando-se pela dificuldade de respirar, constrictão precordial e dôr nas V e VI vertebraes dorsaes. A paciente apresentava tambem crises sudoraeas, pulso pequeno, 48 por minuto, extremidades frias, sem febre. Já tivera anteriormente crise semelhante que merecera o diagnostico de angina de peito. Conhecedor do historico da familia e em face destes symptomas vagotonicos não vacillou em fazer um prognostico benigno, receitando belladonna e adrenalina. Tudo cessou dentro em pouco o que veio demonstrar que se tratava de uma crise solar typica com phenomenos anginoides.

O **Dr. Guedes** communicou um caso de **confusão mental estúpida** em um rapaz de 35 annos que um mez antes apresentara um estado grippal. Após 10 ou 15 dias de melhora e como estas tivessem estacionado foi novamente convidado a examinar o paciente, lembrando a pesquisa dos signaes reveladores de syphilis. A punção lombar foi feita dando o liquido reacção de Wassermann fortemente positiva o que veio despertar a idéa de paralyisia geral.

O **Dr. Octacílio Rosa** communicou um caso de **corpo extranho** (tubo de drenagem) **na cavidade pleural** retirado por meio de um tubo de urethroscope. O doente fôra operado de empyema pleural e em um dos curativos verificou-se que o tubo desaparecera no interior da cavidade.

O **Dr. Annes Dias** referiu um caso de **febre typhoide** no qual o diagnostico clinico se impunha apezar de contrariado pela reacção de Widal e hemocultura. Durante a