

108-162-5
ALFREDO COSTA

Alguns casos de aneu-
rismas na crossa da
aorta

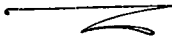
[Porção ascendente e crossa
propriamente dita]

MAIO — 1914

IMPRENSA NACIONAL
de Jaime Vasconcelos —
Rua da Picaria, 35 e 37
PORTO

160/3 FNT

Alfredo Gomes da Costa



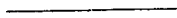
Alguns casos de aneu-
rismas na crossa da
aorta

[Porção ascendente e crossa
propriamente dita]



MAIO — 1914



IMPRENSA NACIONAL
de Jaime Vasconcelos —
Rua da Picaria, 35 e 37
PORTO 

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Cândido Augusto Correia de Pinho

LENTE SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários

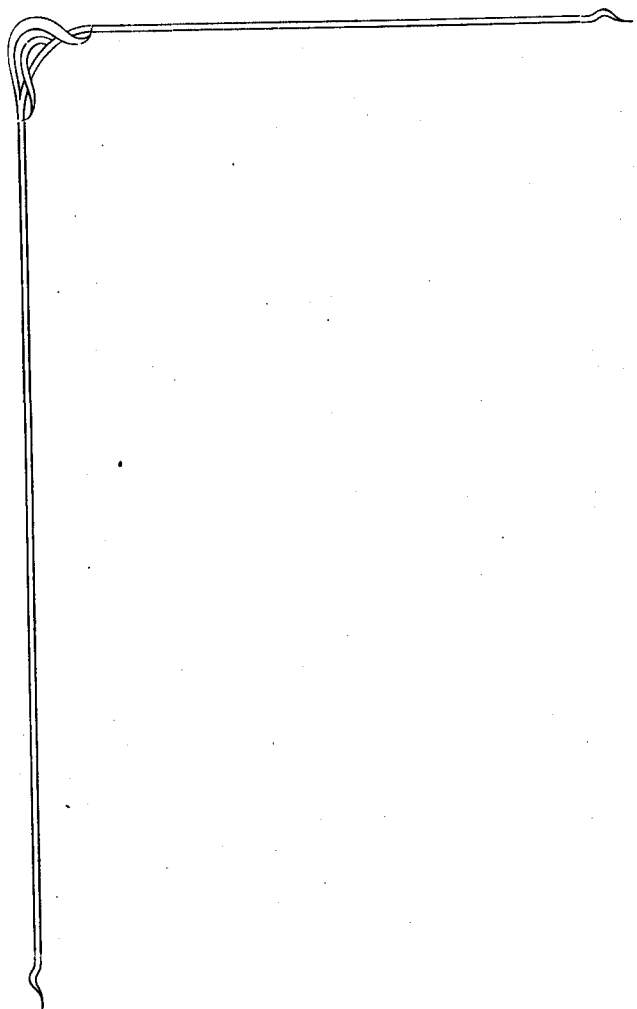
- | | | |
|--|---|---|
| 1. ^a classe — Anatomia | { | Luis de Freitas Viegas
Joaquim Alberto Pires de Lima |
| 2. ^a classe — Fisiologia e Histo-
logia | { | António Plácido da Costa
José de Oliveira Lima |
| 3. ^a classe — Farmacologia. | | Vaga |
| 4. ^a classe — Medicina legal e
Anatomia Patológica | { | Augusto Henrique de Almeida Brandão
Vaga |
| 5. ^a classe — Higiene e Bacte-
riologia | { | João Lopes da Silva Martins Júnior
Alberto Pereira Pinto de Aguiar |
| 6. ^a classe — Obstetrícia e Gine-
cologia | { | Cândido Augusto Correia de Pinho
Álvaro Teixeira Bastos |
| 7. ^a classe — Cirurgia | { | Roberto Belarmino do Rosário Frias
Carlos Alberto de Lima
António Joaquim de Souza Júnior |
| 8. ^a classe — Medicina | { | José Dias de Almeida Júnior
José Alfredo Mendes de Magalhães
Tiago Augusto de Almeida |
| Psiquiatria | | António de Souza Magalhães e Lemos. |

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
António Joaquim de Moraes Caldas.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Faculdade de 23 de abril de 1840, art. 155.º)



CAPÍTULO I

Etiologia

Pela sua sintomatologia mais fácil de se reconhecer, e pela sua mais fácil observação, os aneurismas da aorta ascendente são os que mais tem chamado a atenção dos diversos autores.

Sempre que as túnicas da parede aórtica sejam atingidas por qualquer processo patológico (traumático, infeccioso ou tóxico) facilmente poderemos observar a sua dilatação, parcial ou total, com ou sem ruptura das suas túnicas após um traumatismo mais ou menos violento da região torácica.

Causas predisponentes. — A idade, pois difficilmente se encontram nos diversos auto-

res casos de aneurismas antes da idade de 35 anos; o sexo, em que a observação nos diz ser muito maior entre os homens que entre as mulheres, isto devido certamente à influência das condições higiênicas, tam diferentes nos dois sexos.

Sendo tam freqüentemente atingido um sexo como o outro pelo agente mais habitual dos aneurismas, o *treponema pallidum de Schaudinn*, nós somos obrigados a fazer intervir, como causas ocasionais, todas as causas de hipertensão repetidas, tais como: os esforços musculares intensos, que trazem uma impulsão cardíaca maior, e portanto maior tensão vascular, *surmenage* e todos os excessos de qualquer natureza. Acrescentemos ainda que é o sexo masculino que abusa imenso do tabaco e do álcool, productores de aortite prèaneurismática.

Hodgson em 63 casos encontrou 56 homens e 7 mulheres; Valleix, reunindo 29 casos, encontrou a seguinte proporção: 25 homens e 4 mulheres, e Elie Roques observou entre 1912 e 1913, 26 casos de aneurismas em que 17 eram do sexo masculino.

As relações de proximidade entre a aorta ascendente e o coração, a existência dos seios

aórticos e a curvatura da aorta são outras tantas circunstâncias, com que devemos entrar em linha de conta, como favorecendo a formação dos aneurismas da aorta ascendente, onde são muito mais freqüentes que em qualquer outra região do sistema arterial, como se pode notar pelas observações de quasi todos os autores.

Citaremos ainda os retraimentos ou obliterações a uma maior ou menor distância da origem aórtica.

Ainda como causas predisponentes há quem faça intervir, e a nosso vêr, com alguma razão, a raça, a profissão, o calibre dos vasos, doenças gerais e emoções violentas.

Causas determinantes. — SÍFILIS — É, depois da descoberta da reacção de Wassermann, inegável o grande papel da sífilis na produção dos aneurismas. Se muitos doentes confessam a infecção sífilítica, outros há, e em grande número, que o não fazem; uns por vergonha, outros porque a ignoram. É assim que, outrora de difícil diagnóstico sempre que o doente não acusava cancro, roséola, goma, etc., hoje se torna relativamente fácil o diagnóstico da infecção sífilítica recorrendo-se à reacção de Wassermann.

Toda a reacção de Wassermann positiva indica sífilis em actividade. Mas a recíproca não é verdadeira. É neste caso de sífilis problemática que o tratamento anti-sifilítico ainda nos pode guiar. Se o doente morre lá está a sua autópsia para nos dar indícios precisos afim de diagnosticarmos a sífilis, pois é bem raro que ela não deixe sôbre um ou outro órgão sinais bem característicos.

É depois dêste processo de pesquisa que as observações nos levam a afirmar a sífilis como causa predisponente principal na produção dos aneurismas.

PALUDISMO.—Que o paludismo entre outras lesões do aparelho circulatório é capaz de produzir o aneurisma da aorta, di-lo Lanceraux baseado em observações que fez de aneurismas da crossa da aorta em indivíduos impaludados. Demonstra ainda com observações que a porção ascendente da crossa da aorta é a sede de predilecção desta lesão e de aortites tendo por causa o paludismo.

TUBERCULOSE.—Como Poncet e Lyon outros há que atribuem à tuberculose um papel importante na génese dos aneurismas da aorta,

embora outros autores o contestem baseados nas suas observações.

Para a formação dum aneurisma será sempre preciso a não integridade anterior das paredes do vaso?

Sugere-nos esta pergunta o facto de vários auctores darem como possível para a formação dum aneurisma a simples compressão da caixa torácica, e um caso observado por nós, há aproximadamente três anos, no Hospital Geral de Santo António, dum indivíduo vindo do Brasil e que, após um tiro na região axilar, apresentou um aneurisma da artéria axilar. Êste indivíduo aparentemente hígido não seria portador dum aparelho circulatório periférico já doente?

Serão êstes os verdadeiros aneurismas traumáticos, desde que seja possível afirmar-se a integridade anterior das paredes do vaso dilatado.



CAPÍTULO II

Anatomia patológica

É segundo a composição da parede aneurismal que alguns autores tem dividido os aneurismas em:

ANEURISMA VERDADEIRO.— Aquele em que a parede do saco aneurismal é constituída pela dilatação de todas as túnicas.

ANEURISMA MIXTO-EXTERNO.— Aquele cuja parede do saco é constituída apenas pela túnica externa.

ANEURISMA MIXTO-INTERNO.— Aquele cuja parede aneurismal é constituída pelas túnicas interna e média fazendo hérnia através da exter-

na. Vários autores põem-no em dúvida, visto que a túnica interna sendo friável e inextensível, não pode por êsse facto formar saco aneurismal.

ANEURISMA FALSO CIRCUNSCRITO OU CONSECUTIVO.— É o que resulta de ruptura da parede do aneurisma primitivo no tecido perivascular ou órgão vizinho da artéria, servindo-lhe então esta de parede limitante.

ANEURISMA VARICOSO OU VARIZ ANEURISMAL.— Quando há comunicação da dilatação arterial com uma veia.

ANEURISMA DISSECANTE.— Aquele em que o sangue ocupa o espaço limitado pelas túnicas do vaso (muito raro).

Classificam-se ainda segundo a sua forma ou antes segundo as relações da parte dilatada com o tubo arterial em:

SACCIFORME.— Quando apresenta uma dilatação limitada a um ponto da circunferência arterial, à maneira dum saco apenso ao vaso (dilatação parcial).

FUSIFORME. — A dilatação no ponto onde existe abrange todo o contôrno do vaso.

CUPULIFORME. — Aneurismas pequenos e hemisféricos que teem por sede de predilecção a origem da aorta.

Â variabilidade de formas aneurismais e de constituição das suas paredes temos ainda a juntar o variado no que respeita ao tamanho, pois podem ir desde o tamanho duma avelã ao duma cabeça de feto.

Sempre que qualquer das dilatações acima mencionadas se observa, nota-se a não integridade das túnicas do cilindro arterial. É a túnica média de preferência a lesada, podendo desaparecer, na totalidade ou em parte, sob a acção do processo mórbido (endarterite, periarterite, etc.); por outro lado as túnicas externa e interna hipertrofiam-se e distendem-se, já pela sua constituição, já porque também partilham do mesmo processo mórbido que a túnica média, formando assim o saco aneurismal.

Diz Dieulafoy — que muitas vezes a túnica interna, modificada pela inflamação, pode por si só constituir a parede aneurismal: “o tecido de nova formação que, em parte ou na totalidade, forma o saco dos aneurismas é composto de

camadas de células chatas, separadas por uma substância vagamente fibrilar, que sofre a transformação gordurosa, ateromatosa e a petrificação; podem-se mesmo observar sacos antigos, formados por uma carapaça calcárea inextensível» (Cornil e Ranvier).

A diminuição de velocidade do sangue no saco aneurismal, e o seu contacto com as paredes modificadas são condições favoráveis à formação de coágulos por estase; na verdade a trombose não falta, e, assim, a abertura dum aneurisma deixa-nos ver lâminas fibrinosas, estratificadas, elásticas, duras, e cinzentas, em que as camadas parietais são as mais antigas; coágulos moles no centro do saco de cor vermelho escuro e não estratificados, formados no momento da morte ou pouco depois pela coagulação do sangue, que circulava no aneurisma.

O mecanismo da formação destes coágulos compreende-se desde que prestemos atenção ao modo como se faz a circulação sanguínea em qualquer das formas aneurismáticas, pois que uma das condições mais favoráveis para a transformação do sangue líquido em sangue coagulado é a falta de actividade das suas moléculas, o que se dá em qualquer dêles.

Mas esta estagnação não é a condição única

da formação dos coágulos; outras ainda provocam essa coagulação, e podem-se encontrar igualmente dentro do aneurisma, a saber:

O contacto do sangue com a superfície interna do saco, desprovido da túnica interna, e por conseguinte rugosa, e oferecendo maior atrito à corrente sanguínea, é uma causa muito importante da formação dos coágulos.

A inflamação, que acompanha sempre a formação dos aneurismas, pode ser a origem, como se dá nas flebites, de pequenos trombos, situados na superfície interna do aneurisma e que pela aposição sucessiva de camadas de fibrina dão origem ao coágulo.

Dêste modo a estratificação fibrinosa oblitera o saco, vindo da periferia para o centro.

São de grande interesse, ainda, as modificações que o tumor aneurismal traz às partes vizinhas com o seu desenvolvimento progressivo.

Estas modificações podem ser de ordem não só funcional mas orgânica. Assim o aneurisma aórtico pode produzir não só a atrofia parcial do pulmão, mas ainda a ulceração dos brônquios, do esôfago, e da pleura; os nervos que, a princípio, apenas se encontram comprimidos pelo tumor, mais tarde irão fazer corpo

com êle, sendo então a mais das vezes impossível distingui-los.

Não são só as partes moles susceptíveis de serem modificadas, pois que os ossos (sterno, clavícula, costelas, etc.), são muitas vezes a sede de luxações, de perdas de substância, e de osteíte devidas a um trabalho irritativo.

Outras vezes ainda o saco aneurismal contrai aderência com os órgãos vizinhos, onde vai propagar o trabalho inflamatório.

Pelo que fica dito compreende-se bem a abertura dum aneurisma aórtico na pleura, pericárdio, esófago, traqueia, artéria pulmonar, veia cava superior, aurícula direita, etc.

O aneurisma da porção inicial da aorta traz a insuficiência das válvulas sigmoideias, e segundo muitos autores até a hipertrofia do coração.

A hipertrofia cardíaca parece ser a regra geral.

Terminarei êste capítulo lembrando a possibilidade de embolias por fragmentos de coágulos, destacados do saco aneurismal.

CAPÍTULO III

Sintomatologia

Todo o aneurisma cuja evolução não seja lenta, revela-se-nos por sinais funcionais ou de compressão, e por sinais físicos.

São quasi sempre os sinais de compressão, nevralgias intercostais, cérvico-braquiais, dor precordial, dispneia, alteração da voz, oedemas, perturbações visuais, disfagia, palpitações mais ou menos dolorosas, paralisia duma das cordas vocais, etc., cujo aparecimento, mais ou menos brusco, não é explicado por algum estado patológico anterior ou actual, que nos põe de sobreaviso sobre a existência dum aneurisma torácico capaz de os produzir.

DISPNEIA. — São várias as causas que a podem determinar, a saber: a compressão do nervo

recorrente, que além doutros sintomas admiravelmente explicados por Dieulafoy no seu aneurisma tipo recorrente, mostra-nos anatômica e fisiologicamente a produção de espasmos glóticos. É fácil reconhecer a dispneia de origem laríngea ou tipo recorrente pela alteração da voz, e principalmente pelo exame laringoscópico.

A compressão da traqueia, que facilmente se reconhece pelos fenómenos de auscultação e percussão, praticados durante o acesso dispneico, em que êles se apresentam diminuidos dos dois lados.

Compressão dum brônquio, reconhecível pela diminuição dos fenómenos de auscultação e percussão apenas dum lado; muitas vezes a compressão tráqueo-brônquica pode dar lugar a uma dispneia contínua ou quasi contínua, aumentada por qualquer esforço; o doente tem nêstes casos uma inspiração e expiração bastante difícil e acompanhada de *cornage*.

A compressão do nervo frénico dá também a paralisia do diafragma e soluços, assim como a compressão pulmonar origina a dispneia.

Mais raramente podemos apontar o edema, a hemorragia pulmonar, cianose e hidropisia generalisada, devida à compressão das aurículas.

DOR.—São as dores umas vezes contínuas, outras intermitentes que quasi sempre abrem a scena sintomática dos aneurismas, cujas localizações variam mais ou menos segundo os nervos lesados; assim: a lesão do nervo frénico produz dores diafragmáticas e a nevralgia frénica; à lesão dos nervos espinais correspondem dores raquidianas e nevralgias intercostais; à do plexo cardíaco dores precordiais; a do plexo braquial dá as dores do braço, mão e nevralgia cubital; a compressão do pneumogástrico dor precordial, angina de peito, acessos de tosse, coqueluchoide e enrouquecimento; a do nervo recorrente, perturbações da voz; e a do simpático traz perturbações óculo-pupilares.

DISFAGIA.—É ainda a compressão do nervo recorrente que nos explica a disfagia dolorosa, espasmos do esófago, da faringe, a disfagia contínua, etc. Segundo estas perturbações são contínuas ou intermitentes, assim diremos tratar-se de excitação ou paralisia do nervo recorrente.

Como causas de disfagia podemos ainda citar a compressão directa do esófago pelo aneurisma.

DISFONIA.—Segundo o grau da lesão e o ponto lesado do aparelho de fonação, assim poderemos observar a voz bitonal, afonia (rara), voz mais ou ou menos apagada, rouca, etc.

É o exame laringoscópico que melhor nos pode elucidar sobre as causas imediatas, produtoras destas alterações da voz.

A paralisia unilateral da glote com o triplice carácter de espontaneidade, independência e duração, adquire o valor dum sinal patognomónico dos tumores torácicos.

SINAIS FÍSICOS.—A inspecção, palpação, percussão, auscultação e ainda o exame do pulso são os sinais físicos que não só nos certificam da existência dum tumor torácico, mas também nos põem ao par da sua natureza.

INSPECÇÃO.—A sua utilidade no diagnóstico quasi é aproveitada apenas nos aneurismas que se exteriorisam pelo seu volume e pulsações. O volume tam variável que se encontra na região aórtica, ocupando uma porção maior ou menor do hemitórax direito, apresenta-se-nos umas vezes com uma forma mais ou menos abobadada e outras vezes uma elevação mais ou menos circunscrita, arredon-

dada e sem mudança de côr na pele. Na ocasião do exame directo dêste tumor notam-se muitas vezes pulsações, caracterisadas por serem expansivas, ondulantes e gerais e não bruscas e limitadas. Esta expansibilidade depende da maior ou menor abundância de coágulos sólidos, existentes no saco aneurismal.

Podem notar-se ainda pela inspecção as perturbações da circulação venosa devidas à vizinhança do tumor.

PALPAÇÃO.—As pulsações, muitas vezes, não perceptíveis pela vista são-no pela palpação; estas pulsações expansivas e bem diferentes dos levantamentos passivos e limitados que se notam nos tumores sólidos, situados sôbre qualquer vaso de grande calibre, podem, ao contrario dêstes, ser simples ou duplos.

Quando a pulsação é dupla, a primeira, mais forte e mais prolongada que a segunda, é devida à chegada da onda sanguínea ao saco aneurismal; quanto à segunda tem sido diversamente interpretada; seria, para uns, produzida pela oclusão das sigmoideias aórticas detendo e repelindo no saco aneurismal a onda sanguínea, que tende a entrar de novo no coração durante a diástole, para outros, ao reflexo san-

guíneo vindo das arterias colaterais; e, ainda talvez as duas pulsações não representem mais que a distensão em dois tempos do saco aneurismal (Franck).

A unidade ou dualidade das pulsações depende da sede da dilatação aórtica, assim: sobre a aorta ascendente, crossa e suas colaterais a pulsação pode ser dupla; sobre a aorta descendente (torácica ou abdominal) é sempre simples.

Quanto às relações destas pulsações com a radial e coração, elas estão assim estabelecidas: primeira pulsação aneurismal retarda sobre a sístole e precede a radial; a segunda coincide com o comêço da diástole ou precede-a dum intervalo infinitamente curto.

Algumas vezes as desigualdades da parede arterial ou pequenos depósitos isolados de fibrina originam no saco aneurismal um frémito vibratório perceptível à palpação, que é intermitente e isócrono da primeira pulsação.

AUSCULTAÇÃO.— É este processo de exame que quasi podemos dizer nos dá os sinais patognomónicos do aneurisma aórtico.

Sempre que auscultamos um aneurisma aórtico podemos encontrar sons ou sôpros.

Os primeiros são os sinais estetoscópicos normais, os segundos os anormais; relativamente à sua produção e à razão da dualidade ou unidade já atrás nos referimos.

Tanto o primeiro como o segundo som aneurismal, ou ainda os dois ao mesmo tempo, podem ser transformados em sôpro ou sofrer modificações de tonalidade.

O primeiro ruído é modificado pelas desigualdades dos depósitos fibrinosos, pelas rugosidades ateromatosas da artéria na vizinhança do saco, pela compressão da artéria pelo tumor e ainda por uma estenose do orifício aórtico em que o sôpro cardíaco se propaga até ao aneurisma; o segundo é modificado pela insuficiência das válvulas aórticas, tantas vezes consequência do aneurisma, ou ao retôrno da onda sanguínea.

Vezez há que os dois sons percebidos no hemitórax direito juntamente com as duas pulsações, dadas pela palpação, são tam nítidas que nos dão a impressão de dois corações no tórax (Stokes).

EXAME DO PULSO.—Se estudarmos o tracado esfigmográfico notamos anomalias que bem se explicam pelo divertículo formado pelo

saco no tracto da árvore arterial, tornando a corrente sanguínea mais ou menos contínua, o que se verifica no traçado esfigmográfico pelas linhas de ascensão e descida se tornarem quási ou da mesma extensão.

A chegada da onda sanguínea à periferia pode ser retardada, pois a existência do saco aumenta o seu tracto. Esta demora nota-se em todos os vasos periféricos que teem a sua origem depois do aneurisma, o que nos explica poder encontrar-se esta anomalia numa das arterias radiais, nas duas, nas femurais, etc.

É ainda pela mesma razão que se nota muitas vezes a falta de sincronismo, num aneurismático, entre as pulsações das duas radiais.

Na apreciação destas anomalias, assim como fizemos notar para as pulsações do próprio saco, devemos sempre ter em consideração a extensibilidade das paredes do aneurisma.

PERCUSSÃO.—A percussão dá-nos um som massiço mais ou menos limitado onde normalmente é claro; na avaliação dêste sinal nós temos de pôr de parte qualquer lesão do coração, fígado, pulmão e pleuras capaz de nos levar a êrro, o que não é difícil depois dos sinais já obtidos pelos diversos processos de diagnós-

tico, pelo exame do estado anterior e actual do doente, e pela sede da massicez.

Aos sinais acima, que nos levam ao diagnóstico do aneurisma aórtico, podemos juntar ainda as modificações pupilares, a que Dieulafoy dá grande importância, não só como sinal de primeira grandeza no aneurisma, mas ainda como sinal diferencial da aortite sem tumor aneurismal.

Assim, segundo Dieulafoy, umas vezes há midríase, outras miósis conforme a irritação ou destruição do nervo simpático, do lado correspondente à lesão.

Estas desigualdades podem ainda observar-se em doentes não portadores de aneurisma ou de tumor do mediastino, como, por exemplo, entre os sífilíticos (Babinski). Êstes doentes podem de facto apresentar também midríase ou miósis, mas enquanto que nos primeiros continua a pupila a reagir à luz, nos sífilíticos desaparece o reflexo luminoso.

Compreende-se, então, que um indivíduo sífilítico, portador dum aneurisma pode apresentar estas desigualdades pupilares sem que a sua causa seja devida ao desenvolvimento do saco aneurismal, mas sim à acção da sífilis sobre o sistema nervoso.

CAPÍTULO IV

Diagnóstico

O diagnóstico dum aneurisma aórtico nem sempre é fácil, pois que, casos há que só na autópsia se reconhecem (Dieulafoy). Embora êstes casos não sejam apontados em grande número, nós temos que os admitir, porque pequenos aneurismas de evolução lenta e em relação mais ou menos íntima com um brônquio, com a traqueia, pericárdio, etc., sem causar qualquer perturbação, e sem sintoma revelador pode provocar uma hemorragia mortal. Certamente daqui vem o dizer-se que os aneurismas de grandes dimensões nem sempre são os de peor prognóstico. Sempre que se possam colher todos, ou alguns dos sintomas acima ditos, não temos mais do que fazer o diagnóstico di-

ferencial entre os aneurismas aórticos e os tumores do mediastino, os aneurismas do tronco bráqueo-cefálico e os aneurismas artério-venosos.

Nos tumores do mediastino há levantamento e abaixamento, análogos às pulsações aneurismais, mas não há um centro onde se notem pulsações, mais ou menos relacionadas com as do coração; há ausência de expansão da região deformada; ausência de som e sôpros.

Além disso sempre que seja possível modificar a sua posição em relação ao vaso, de maneira que entre eles não haja contiguidade, nota-se a ausência de pulsações do tumor e a normalidade da corrente sanguínea, tanto a jusante como a montante da compressão anterior da aorta.

No aneurisma artério-venoso são: o edema, cianose, circulação colateral, tendência ao coma, e o sopro contínuo que nos levam a suspeitá-lo.

No aneurisma bráqueo-cefálico são: a elevação da clavícula direita com pulsações, sôpros, massicez da região clavicular, e fenômenos de compressão mais marcados à direita, que nos levam ao diagnóstico diferencial.

Casos há em que, quer o diagnóstico dife-

rencial quer o próprio diagnóstico de aneurisma aórtico, não é possível, umas vezes por falta de clareza dos sintomas, outras por falta de sinais apreciáveis pelos processos referidos; é assim que muitas vezes recorreremos, e com êxito quási sempre, ao esfigmógrafo e à radiografia.

A radiografia não é só um precioso elemento de investigação para o médico permitindo-lhe explorar a aorta torácica, diagnosticar aneurismas inacessíveis a outros processos de exame, mas ainda para diferenciar um tumor mediastínico, uma pleurisia mediastínica ou uma adenopatia dum tumor aneurismal.

É muitas vezes possível, segundo Bécclère, por êste processo de diagnóstico verificar a localização dum aneurisma na aorta. Assim sôbre o *écran* êle distingue três tipos de sombras dos aneurismas da aorta, a saber:

1.º tipo — Sombra limitada por uma linha curva excedendo à direita o esterno, mais nitidamente visível pela parte anterior do tórax: *dilatação da aorta ascendente*.

2.º tipo — Sombra excedendo o esterno e estendendo-se da base do coração à parte superior do tórax, mais nítida adiante: *dilatação da crossa na união das partes ascendente e transversal*.

3.º tipo—Sombra estendendo-se para a esquerda do esterno, mais visível atrás: *ectasia da aorta na união da crossa com a parte descendente*.

O esfigmógrafo concorrerá para o diagnóstico pela observação das alterações de tensão sanguínea na porção do sistema circulatório, situado além do aneurisma.

Dieulafoy vai mais longe, pois diz ser possível fazer o diagnóstico topográfico da lesão, quando esta recai sobre a porção da aorta, que confina com a ansa do nervo recorrente (aneurisma tipo recorrente).

São êstes aneurismas que o mesmo autor considera de peor prognóstico o que decerto o levou a uma descrição meticulosa do seu *aneurisma typo recorrente*.

CAPÍTULO V

Evolução, prognóstico e tratamento

Na marcha dos aneurismas da aorta, é a ruptura das suas paredes que quási sempre se receia. Esta ruptura pode variar de gravidade segundo se dá nos tecidos celulares circunvizinhos, para o exterior, através da faringe, esôfago e traqueia, ou na cavidade torácica.

Mas nem sempre assistimos à ruptura do saco aneurismal, o que sem dúvida se pode atribuir à marcha lenta, regular e progressiva desta lesão, que traz o reforçamento do saco, quer pela condensação dos tecidos periféricos, que veem a fazer corpo comum com êle, quer ainda pela aposição de coágulos fibrinosos na face interna da sua parede.

Quando a ruptura se dá no tecido celular,

que cerca o aneurisma, forma-se um aneurisma difuso, que enquistando-se, essa coleção sanguínea dá origem ao aneurisma falso consecutivo. É dos três casos talvez o mais benigno, pois que a ruptura feita para o exterior através dum dos canais citados, embora seja pequena, nem sempre é obstruído.

A benignidade diminue ainda se ela se faz na caixa torácica, em que a morte é quasi sempre immediata.

Nem sempre a ruptura das paredes do sacco se nota, havendo como que uma tendência à cura; é à configuração do sacco, à forma do orifício de comunicação entre elle e a artéria, e à posição do tumor que nós devemos attribuir esta tendência à cura, pois que, sem dúvida, a sua acção, sobre a diminuição de velocidade da corrente sanguínea, facilita a deposição de camadas successivas de fibrina sobre a parede interna do sacco, retraindo-o assim gradualmente e diminuindo portanto cada vez mais de volume.

Á maneira que o tumor aneurismal vai seguindo esta marcha, nós vamos assistindo ao desaparecimento successivo dos diferentes symptomas provocados pela lesão.

Infelizmente esta hipótese é rara e apenas

temporária, pois que, quando não é a ruptura a terminação do aneurisma, é a compressão que êle traz aos órgãos vizinhos, que produz a morte do doente. Como se pode bem compreender a morte dar-se há por compressão dos vasos pulmonares ou da veia cava, por asfixia, devida á compressão da traqueia e brônquios por pneumonia (supurada) e por tuberculose.

A obstrução do saco é tam rara, que nós somos levados a dizer que todo o aneurisma aórtico tem um prognóstico desanimador. No entanto podemos afirmar que a duração da doença pode ir até longos anos; há todavia um acidente que vem abreviar os dias do doente, é a ruptura do saco aneurismal quer nos órgãos contidos dentro da cavidade torácica, com ou sem comunicação com o exterior, quer ainda à superfície do corpo, acidente que dá ordinariamente lugar a uma hemorragia fulminante.

De diferentes meios de tratamento se tem lançado mão, e que por serem numerosos demonstram a sua insuficiência na grande maioria dos casos, visando, no entanto, todos a facilitar a formação de coágulos activos no saco aneurismal.

O repouso prolongado no leito, regímen

alimentar lácteo ou lacto-vegetariano, medicamentos hipotensivos, tais como a trinitrina, nitrato de sódio e especialmente o iodeto de potássio, juntamente com a medicação, visando a causa eficiente, quando for conhecida (antisifilítica, antipalúdica, etc.), e com as injeções de soro gelatinado segundo o método de Lanceaux e Paulesco, parecem ser suficientes, quando não para a cura, pelo menos para grandes melhoras.

OBSERVAÇÃO I

Serviço da 2.^a Clínica Médica — 1913-1914

S. C., de 22 anos, solteira, jornaleira, residente na rua João de Deus, Pôrto; entrou no hospital a 2 de Janeiro de 1914.

Antecedentes hereditários.— Pai morreu cardíaco, a mãe morreu afogada; cinco irmãos saudáveis.

Antecedentes pessoais.— Sarampo e varíola quando pequena.

História da doença.— Já há muito se encontra doente mas só há dois meses é que piorou de forma a não poder trabalhar. A sua doença manifestava-se por dores torácicas, dispneia no repouso e muito aumentada com os movimentos, anorexia, cefalalgias, por vezes muito fortes, tosse sèche. Ausência de menstruação há três meses.

Exame directo.— Palidez acentuada da pele, mucosas descoradas. Apresenta uma saliência na região costal esquerda à altura da terceira articulação condro-sternal. Cansaço com a marcha, dispneia, tosse sêca, dores torácicas, principalmente à pressão sôbre a elevação a que nos referimos acima, dores costais, ausência de menstruação, cefalalgias, constipação de ventre e língua um pouco saburrosa.

Sôpro sistólico no foco pulmonar, propagando-se ao longo do bôrdo esquerdo do esterno, sôpro no segundo tempo do foco pulmonar.

Inspiração rude na linha mamilar direita e no terceiro espaço intercostal, assim como no segundo espaço intercostal esquerdo, atrás à direita e à esquerda assim como respiração em vaga; sarridos para fora da linha mamilar direita.

Pela percussão havia massicez em toda a porção abaúlada, que se encontrava junto da articulação condro-sternal.

Tratamento.— Além da dieta lacto-ovo-vegetariana, do iodeto de potássio, pílulas de extracto tebaico, recorreu-se às injecções de sôro gelatinado.

Essas injeccões foram dadas:

- 1.^a injeccão a 3—2—14
- 2.^a " a 10—2—14
- 3.^a " a 18—2—14
- 4.^a " a 27—2—14
- 5.^a " a 14—3—14

Depois desta série de injeccões a doente
sai bastante melhorada.

~~~~~

## OBSERVAÇÃO II

**Esta observação é respigada, em parte, do relatório apresentado na 2.<sup>a</sup> Clínica Médica pelo meu condiscípulo Carlos de Castro Henriques, aluno-assistente d'este doente.**

J. J. da S., de 60 anos, casado, cocheiro, natural do Pôrto deu entrada na enfermaria da Clínica Médica no Hospital Geral de Santo António, a 14 de Dezembro de 1912.

*Exame directo.* — Chamada a nossa atenção pelo doente para o seu tórax notámos o seguinte:

*Inspecção.* — Á simples inspecção nota-se uma certa diferença a mais no hemitórax direito, não total, ocupando uma zona que interessa a sua porção superior e interna (zona aórtica).

Há um verdadeiro abaùlamento, tendo na parte mediana, a um centímetro e meio do sterno e no terceiro espaço intercostal, uma pe-

quena depressão, dotada de movimentos pulsáteis. Esta depressão explicar-se há talvez pela sínfise quasi certa, entre o saco aneurismal e os tecidos perinflamados do espaço intercostal.

O choque apexiano difficilmente se nota. Os movimentos respiratórios do lado direito encontram-se sensivelmente diminuidos. A carótida direita pulsa um pouco mais intensamente que a esquerda.

*Palpação.*—A palpação fornece-nos os seguintes dados: existe leve dor à pressão nos espaços intercostais, ao nível do abaùlamento; não existe dor no segundo espaço à esquerda (plexo cardíaco normal); não há dor à pressão nos pontos acessivos do frénico; a temperatura não está aumentada ao nível do abaùlamento; êste dotado de movimentos de expansão e pulsações; as pulsações são nítidas, vibrantes, com verdadeiro frémito; compoem-se de dois tempos: um primeiro, forte, o segundo, fraco, mas ainda bem preceptível; a pulsação no abaùlamento segue, immediatamente depois, a pulsação cardíaca; a ponta do coração bate fracamente no quinto espaço intercostal, abaixo do mamilo esquerdo, um pouco mais fora que o normal; a extensão do choque está ligeiramente aumentada.

*Percussão.* — À percussão somos detidos por uma agigantada maciszez cárdio-aórtica.

Realmente a grande maciszez atinge uns limites muito fora do vulgar. Marcada no tórax do doente com o lapis dermatográfico para melhor se avaliar da sua forma e extensão notavam-se duas grandes zonas, mais ou menos ovóides, separadas por um estrangulamento quasi mediano.

Examinando estas duas zonas, notamos que, na maciszez propriamente cardíaca, a linha horizontal da ponta, que normalmente é de 9 a 10 centímetros, neste caso media 18 centímetros e passava notavelmente o bordo direito do sternó. Este aumento julgo dever attribuí-lo não só a uma hipertrofia de todo o coração direito, mas ainda ao grande contacto, que a aurícula direita, anormalmente tomou com o diafragma, deprimida que foi, pela grande massa aneurismal superior.

Houve, por assim dizer, uma rotação e não um abaixamento total do coração, o que facilmente se depreende, do facto da ponta bater no quinto espaço esquerdo, embora um pouco mais fora do que o costume.

Mais ainda, a fixidez da ponta e o ser de 9 centímetros, a distância que separa a extre-

midade esquerda do estrangulamento da horizontal da ponta na linha médio-sternal, que neste caso representa a largura do coração, indica-nos que não há hipertrofia do ventrículo esquerdo.

A percussão cardíaca posterior nada deu de anormal no facto de sensibilidade e extensão. Não existe, pois, dilatação da aurícula esquerda.

A zona aórtica aparece-nos ultrapassando os dois bordos do sterno, mais extensa à direita e com uma largura total de 12 centímetros.

Em altura sobe acima do ângulo de Louis, e mede 9 centímetros.

Na sua porção direita, dá-nos também a percussão, uma fraca resistência no terceiro espaço intercostal.

O estrangulamento indica naturalmente a separação das duas zonas cardíacas e aórticas.

A percussão pulmonar apresenta-se normal, relativamente ao som obtido, mas a sua zona encontra-se diminuída à direita.

*Auscultação.*—A auscultação cardíaca revela-nos a existência de dois sôpros, sistólico e diastólico nos focos mitral e aórtico, mas muito mais acentuados neste último. O pri-

meiro é um sôpro de raspa, o segundo é mais suave. A propagação faz-se para cima e para baixo, segundo uma linha oblíqua, que faz aproximadamente um ângulo de  $35^{\circ}$  com a linha médio-sternal.

O primeiro ruído da ponta do coração encontra-se sensivelmente enfraquecido (degenerescência miocárdica?). O seu ritmo nem sempre é regular.

O murmúrio vesicular encontra-se diminuído no pulmão direito (apesar da sonoridade normal na percussão).

*Exame do pulso.*—O pulso radial oferece-nos os seguintes sinais: visível à inspecção; retardado em relação à sístole cardíaca; sincronismo na pulsação das duas radiais, frequência média de 60 a 66, quando deitado, de 70 a 76, quando de pé; pulso tardo e pequeno; regular. A sua regularidade não é muito constante, o que facilmente se vê pelo exame dos esfigmogramas.

Os esfigmogramas mostram uma linha de ascensão pouco elevada, com *plateau* sistólico e linha de descida alongada. Não apresentam linhas ou antes curvas de elasticidade. A linha de descida indica uma manifesta lentidão no abaixamento da tensão vascular.

*Tensão arterial.*—As tensões máxima e mínima obtidas com o Pachon são respectivamente 20 e 8. Como se vê, apesar desta grande elevação de tensão máxima, a tensão mínima conservou-se normal.

Há, portanto, hipertensão máxima, que não é devida à simples doença de que o doente está em tratamento. A infecção crónica, de que o doente é portador, toma grande parte na sua causa.

Quando existe assim uma grande diferença nas tensões torna-se excessivo o trabalho cardíaco. Aplicando a fórmula seguida para a sua avaliação e tomando 70 para número médio, neste doente temos:

$$\text{Tr. c.} = \frac{\text{Pd p}}{\frac{\text{T M}}{\text{T m}}} = \frac{(20 - 8) + 70 + 8}{20} = 346$$

Como se vê o trabalho cardíaco está sensivelmente duplicado, pois que o normal é de 160 a 200.

*Temperatura.*—O doente não acusa temperatura na evolução da sua doença, a não ser, como adiante digo, quando da aplicação do sôro gelatinado.

*Radiografia.*—A que foi feita ao doente ser-

viu para confirmar a forma e volume do coração e aorta, que tinham sido avaliados pela percussão.

*História da doença.* — Encontrava-se doente havia quatro meses. Dos sintomas que apresentava a essa data e agora colhidos pelo interrogatório, o que mais apoquentava o doente eram as dores espontâneas no hemitórax direito.

Semelhavam picadas de alfinetes, originando-se junto à região sternal e com irradiações para a espádua direita, face interna do braço até ao cotovelo, mas não passando nunca ao antebraço (territórios cutâneos do 2.º e 3.º intercostais-acessório do braquial cutâneo interno). Uma vez como que dormente, outras um pouco mais intensas, especialmente quando de noite se deslocava na cama, quando movia o braço direito ou quando tossia.

Modificavam-se, pois, com a posição, atenuando-se quando deitado, exagerando-se quando de pé, e muito mais caso se curvasse para a frente.

Apresentava concomitantemente um cansaço geral, dispneia aos menores movimentos (dispneia de esforço), tosse com expectoração branca, palpitações acentuadas na ocasião das

dores e com grande facilidade se cansava do seu braço direito.

Examinando o sintoma dor diremos, que correspondia a nevrites dos intercostais e accessorio braquial cutâneo interno, por intermédio das suas anastomoses com o 2.<sup>o</sup> e 3.<sup>o</sup> intercostais. São produzidas não só por compressão, mas ainda por contiguidade com a zona inflamada de tecidos torácicos em contacto com o saco aneurismal.

*Antecedentes pessoais.* — De aparência sadia e robusta, diz tê-lo sido sempre. Acusa uma blenorragia antiga, cuja data não foi precisada. Há vinte anos esteve no Brasil, onde contraíu o impaludismo, que o obrigou de novo a voltar à sua Pátria. Teve sete filhos, dos quais três morreram: um tuberculoso, os outros dois pouco depois de nascerem. Não averiguámos a causa da morte. A sua profissão no Brasil foi a de pedreiro, quando voltou para Portugal, e desde então para cá, tem sido cocheiro.

*Discussão e diagnóstico.* — Pela simples análise dos sintomas se deve inclinar o diagnóstico para uma lesão aneurismal da aorta, mas é preciso fazer-se o diagnóstico diferencial com as diferentes lesões do mediastino, que podem fazer-se acompanhar dum cortejo

sintomático, mais ou menos idêntico ao que descrevemos.

São êles os tumores do mediastino, as dilatações simples da aorta, os aneurismas variados da região.

Excluindo imediatamente os tumores, porque trazem maior sintomas de compressão e porque não trazem sôpros nem pulsações, porque fazem aderências aos órgãos vizinhos e caquetisam o portador, ficam-nos as dilatações e os aneurismas.

A simples dilatação também se exclue, porque daria uma zona regular cilíndrica na maciszez.

Posto, porém, o diagnóstico de aneurisma da aorta em que grupo se deve classificar êste?

Examinemos os sintomas diferenciais dos aneurismas da aorta.

Nos aneurismas artério-venosos entram os œdemas, cirrose e o sôpro contínuo. Os dois primeiros sintomas podem também aparecer no caso dum simples aneurisma arterial, quando êste comprima ou os troncos venosos ou as aurículas.

Como se vê no caso presente nem sequer existem estes em menor escala. Trata-se, pois, dum aneurisma arterial.

Ausência dos sinais pupilares de Babinski e Robertson, disfagia, disfonia, fenómenos recorrentes, e o sincronismo das pulsações radiais excluem os aneurismas da segunda porção da crossa da aorta.

*Conclusão.*—Aneurisma sacciforme da porção ascendente da crossa da aorta.

Acompanhando a lesão muito provavelmente dela aparece a hipertrofia do coração direito.

Esta hipertrofia é de compensação, para vencer a elevada tensão da arteria pulmonar, devida à stase sanguínea e compressão dos pulmões, especialmente do direito.

A diminuição do murmúrio vesicular tem como causa a mesma compressão.

*Causa.*—A causa mais vulgar dos aneurismas da crossa da aorta é a sífilis. Com essa suspeita se mandou fazer a reacção de Wassermann que deu negativa.

Só ao impaludismo e à sua penosa e violenta profissão se deve atribuir a formação dêste aneurisma.

*Evolução e tratamento.*—O repouso e a dieta entraram como factores primordiais no tratamento do nosso doente, e assim se conservou em repouso permanente, e deitado, na

posição dorsal, durante a sua estada no Hospital.

A dieta estabelecida foi a láctea. A hipertensão arterial foi tratada por meio do iodeto de potássio na dose diária de meio grama, dado em duas sessões, de oito dias cada, e separados por um igual período de repouso.

A tensão máxima passou de 20 sucessivamente a 19 e 16,5, conservando-se a mínima constante.

Avaliando agora o trabalho cardíaco, e tomando ainda para número de pulsações médias 70, temos:

$$\text{Tr. c.} = \frac{8,5 + 70}{16,5} = 220,6$$

Assim se diminuiu o trabalho cardíaco aproximando-o do normal.

O pulso melhorou muito, o que se notava nos esfigmogramas.

No esfigmograma da radial esquerda existia uma extra-sístole nítida.

Fizeram-se cinco injeções de sôro gelatinado com intervalos de oito dias e o doente, que se conservava apirético no curso da sua doença, acusava a cada injeção uma alta de

temperatura passageira: 39°,1; 38°,8; 38°,4; 38°,2 e 37°,1.

Observa-se, portanto, que as elevações de temperatura foram decrescendo até que a última injeção não deu reacção térmica apreciável.

Com o tratamento apontado, conseguiu o doente obter alta no dia 20 de Fevereiro, muito melhorado.



## OBSERVAÇÃO III

**Observação cedida pelo meu condiscípulo  
Dr. Miguel Pinto Valada**

J. G. C., de 45 anos, casado, proprietário, natural do Pôrto.

*Inspecção.*—Nota-se um tumor circunscrito, situado na fosseta supra-sternal, tornando-se um pouco proeminente na sua base. A pele dessa região não apresenta mudança sensível de côr. Comparando as duas metades da região torácica superior, observa-se que a metade direita está um pouco mais saliente na parte vizinha da articulação sterno-clavicular, e numa superfície, limitada por uma circunferência de dois centímetros de raio, tendo por centro aquela articulação. Notam-se nesta região movimentos pulsáteis.

*Palpação.* — Reconhece-se que o tumor situado na fosseta supra-sternal é pulsátil, e que as suas pulsações se transmitem à superfície acima limitada. É mole e reductível, dando ao tacto a sensação dum tumor líquido de paredes muito delgadas. Observa-se também a existência do *thrill*. A região, onde existem as pulsações, é dolorosa, à pressão.

*Percussão.* — Há maciszez e dores; pulmões normais.

*Auscultação.* — Demonstra a presença dum sôpro, sobretudo audível na parte do tumor, situado acima da forquilha do sterno.

Os ruídos aneurismais teem um timbre claro, sonoro e timpânico, caracteres êstes que indicam a existência de paredes delgadas, moles, e ainda não tapetadas por uma camada espêssa de coágulos.

Além dêstes observam-se os seguintes sinais: O coração não está hipertrofiado. A ponta bate no quinto espaço intercostal.

A jugular direita está um pouco distendida.  
A voz levemente rouca.

Os traçados esfigmográficos dos dois pulsos radiais, direito e esquerdo, mostram que o primeiro é mais fraco e mais retardado que o segundo. A linha de ascensão do primeiro era

menos elevada, e a linha de descensão fazia-se com menor declive; não eram isócronos.

*História da doença.*—Em Junho de 1913 queixava-se de falta de ar, tosse freqüente, e dores localizadas à porção direita da cabeça e ombro correspondente.

As dores eram sempre contínuas, mas tendo períodos de exacerbação verdadeiramente insuportáveis, a ponto de lhe ser necessário deitar-se em qualquer portal à espera que elas diminuíssem. Estas dores também o não deixavam deitar sobre o lado direito, ou apoiar a cabeça sôbre o mesmo lado, pois que aumentavam nesta posição.

A tosse era muito forte, freqüente e aumentava com o andar.

Andou assim alguns meses com o tratamento pelo iodeto de potássio e mercurial, pois que as dores que êle sentia eram atribuídas à sua sífilis. Sentia muito poucas melhoras, e mesmo estas eram perceptíveis desde que tivesse repouso absoluto e dieta lacto-vegetariana.

Em Setembro, porém, observava-se na base do pescoço a existência dum tumor que pulsava, mtando-se, então, que se tratava dum aneurisma. O doente também acusava essas pulsações quando colocava a mão sôbre o tumor.

As pulsações dos vasos da região lateral direita do pescoço eram igualmente sentidas pelo doente.

*Antecedentes pessoais.*— Teve em criança o sarampo. Aos 10 anos foi para o Brasil, onde teve por várias vezes febres palustres, sendo passadeiras e não lhe durando mais que quatro ou cinco dias de cada vez. Da idade de 18 anos teve dores nos ossos, que o médico classificou de causa sifilítica.

No Brasil esteve catorze anos, quasi sempre doente, vindo para a Europa por conselho dos médicos.

Aos 23 anos teve cancos moles e um bubão, rebentando-lhe por essa ocasião o corpo e tendo uma inflamação na garganta.

Excedia-se um pouco nas bebidas alcoólicas.

*Antecedentes hereditários.*— O pai morreu aos 48 anos, sofrendo do estômago e tendo cálculos vesicais. O médico que o tratava dizia que elle era sifilítico. De dez irmãos, apenas tem dois vivos. Os restantes morreram novos.

*Diagnóstico.*— Em vista do que acabamos de dizer, vemos que se trata dum aneurisma circumscrito.

Para determinar a sede da lesão recorreremos,

como meio de diagnóstico, ao exame comparativo dos dois pulsos radiais.

Pela sua observação, vimos, então, que o pulso radial direito era mais fraco e mais retardado do que o esquerdo, o que nos indicava que a lesão residia, ou no tronco bráquio-cefálico ou na porção da crossa da aorta, compreendida entre êsse tronco e a carótida esquerda.

Pelos sintomas apresentados parece poder-se afirmar que se trata dum aneurisma da crossa da aorta.

*Evolução e tratamento.*—No dia 21 de Novembro de 1913 começou o doente o tratamento com injeccões de sôro gelatinado, segundo o metodo de Lauceraux.

Depois duma série de injeccões o *thrill* e o sôpro teem diminuido, sendo êste último quási imperceptível. A região torácica em relação com o aneurisma deixou de ser dolorosa à pressão.

Os traçados esfigmográficos dos pulsos são mais semelhantes.

Depois da 6.<sup>a</sup> injeccão as melhoras acen-tuam-se. O tumor supra-sternal tinha diminuido muito. Havia pouca tosse. A respiração fazia-se melhor. As dores permaneciam mais tempo.

Êste tratamento era acompanhado pelo repouso no leito e dieta lactea.

Depois da 11.<sup>a</sup> injeccção desaparecem as dores, dispneia, tosse, e o doente levanta-se, começando a ocupar-se nos seus afazeres. Tinha havido uma redução razoável do tumor.



## OBSERVAÇÃO IV

**Esta observação foi-me cedida pelo meu amigo snr. dr. José Reis e Castro, que a colheu durante o seu tirocinio no Hospital Colonial.**

J. V., de 56 anos, sapateiro, residente em Lisboa deu entrada no Hospital Colonial a 7 de Novembro de 1913.

*Exame do doente.* — De constituição robusta e temperamento sanguíneo, a primeira coisa que impressionava era o seu modo de respirar: a inspiração era sibilante e ruidosa, sendo mais penosa que a expiração.

A respiração, enfim, fazia-se tam difficilmente que à primeira vista nos pareceu tratar-se dum oedema da glote.

Pela auscultação notava-se um sôpro muito nítido, tendo o seu máximo de intensidade no segundo espaço intercostal esquerdo.

Á inspecção o tórax apresentava-se um

pouco mais abaúlado na região superior esquerda.

É preciso dizer, porém, que êste abaúlamento era pouco sensível e só se percebia bem, colocando o doente de maneira que pudesse ser vista de lado. Colocado o doente nesta posição, podia-se mesmo perceber pela vista um certo levantamento pulsátil do segundo espaço intercostal, de modo a parecer que a base do coração também pulsava.

Isto mesmo era observado pela palpação, limitando-se melhor o ponto em que o tumor pulsava com maior violência e que era no segundo espaço intercostal, na linha mamilar.

O exame comparativo dos dois pulsos mostra que êles são isócronos, mas um pouco mais retardados que as pulsações cardíacas.

O murmúrio vesicular do lado esquerdo era consideravelmente diminuído.

A voz é rouca.

*História da doença.*—Em Maio de 1912, começou a sentir-se mal com dores no peito e uma pontada do lado esquerdo do tórax, que lhe trespassava para as costas. Por essa ocasião começou a sentir uma certa dificuldade em ingerir a comida, sendo-lhe necessário, por vezes, beber uma pouca de água para os ali-

mentos passarem ao estômago. As dores eram contínuas ao princípio, não lhe permitindo deitar-se sobre um ou outro lado, e sendo preciso para dormir estar encostado a almofadas.

Mais tarde, as dores foram diminuindo, o que o doente atribue a uma série de inecções mercuriais dadas nessa ocasião, mas pouco depois apareciam, ainda que com menos intensidade. Ao passo que isto se dava, a voz principiou-lhe a enrouquecer, sentindo também um grande cansaço quando caminhava.

Há aproximadamente dois meses o doente começou a sentir uma grande dificuldade em respirar, parecendo-lhe que tinha um grande tumor na garganta, que o não deixava tomar o ar. A voz foi enrouquecendo cada vez mais, chegando a ponto de quasi não poder falar. A deglutição tornou-se-lhe mais difícil, chegando a lançar os alimentos fora sem que tivessem chegado ao estômago.

*Antecedentes pessoais.*—Sifilisou-se aos 38 anos. Fez tratamento insufficiente. Diz ter tido em criança a escarlatina.

*Antecedentes hereditários.*—Nada de importante nos dão.

*Diagnóstico.*—Pela observação dos sintomas que expuzemos, vimos que se tratava dum

aneurisma da crossa da aorta (aorta ascendente), bastante volumoso e comprimindo o esôfago e o nervo recorrente, dando por êsse motivo, lugar às perturbações de deglutição e laríngeas, que acabamos de enumerar.

*Tratamento.*— Por o doente ter feito o tratamento antisifilítico antes de nos consultar, dizendo que as melhoras que sentia eram poucas, desde que não fizesse esforços, instituímos-lhe desde logo o tratamento pelas injeções de sôro gelatinado.

Dias depois da 2.<sup>a</sup> injeção as melhoras eram insignificantes.

No intervalo da 3.<sup>a</sup> para a 4.<sup>a</sup> injeção o doente sentia-se melhor. Tomava melhor o ar, não tendo a respiração sibilante, que se notava antes. A voz tinha aclarado também.

Depois da 6.<sup>a</sup> injeção as melhoras são sensíveis. A respiração tornou-se normal, bem como a voz. O doente deita-se bem sôbre a cama, dormindo sem sentir falta de ar, o que antes não lhe sucedia. Pela auscultação, nota-se que o som de sôpro, tam nítido a princípio, tem diminuído consideravelmente, e quasi que se não ouve.

Dias depois da 8.<sup>a</sup> e última injeção o doente levantava-se, não se sentindo incomodado.

Pela palpação ainda se notava a pulsação do aneurisma, mas não com tamanha violência; embora pequena notava-se, também, a redução do tumor.

As injeções eram dadas com intervalos de oito dias. O doente esteve a dieta láctea os primeiros quinze dias do tratamento, passando depois ao régimen lacto-vegetariano.



## OBSERVAÇÃO V

### Serviço da 2.<sup>a</sup> Clínica Médica

M. F. F., de 36 anos, solteiro, sapateiro, natural de Ramalde, concelho do Pôrto, entrou para a enfermaria n.º 3 a 27 de Junho de 1913.

*Antecedentes hereditários.* — Pai morreu com febre amarela, no Brasil; a mãe vive ainda e é saudável; tem duas irmãs, que são saudáveis, as quais tem filhos igualmente saudáveis.

*Antecedentes pessoais.* — Em criança esteve doente não sabendo de quê; febre amarela aos 16 ou 17 anos; dos 15 aos 16 anos uma blenorragia com escoriações no pénis, cuja cicatrização se fez num mês; a blenorragia tornou-se crónica; aos 18 anos escoriações no pénis, cuja cicatrização durou também um mês.

Durante o nosso interrogatório não foi

possível certificarmos-nos se êste doente seria um sífilítico, razão porque pedimos a reacção de Wassermann que nos veio dizer tratar-se dum sífilítico.

*História da doença.*— Em 1909, no Rio de Janeiro, para onde o doente foi da idade de 14 anos, quando, no seu ofício, trabalhasse um pouco em excesso sentia pontadas na região precordial. Regulando, por isso, o esforço a empregar no seu trabalho, juntamente com a administração do xarope de Gibert, foi andando até 1911, época em que essas pancadas se localizam mais sob o esterno e lado direito, com grandes dores a ponto do doente procurar o hospital; essas pontadas dolorosas compara-as o doente a alfinetadas, que se acentuavam na região escapular direita.

No hospital é-lhe instituído o tratamento antisifilítico (60 dias com iodeto de potássio, seguidos de 12 injeções mercuriais). Saíu do hospital melhorado.

Entrega-se nas suas ocupações até 1912, em que, além da sintomatologia acima, havia mais palpitações, tosse dolorosa, expectoração mucosa e branca, e dispneia que só lhe permitia descansar encostado, pois que deitando-se tinha falta de ar.

Entra novamente no hospital, onde fez tratamento antisifilítico, melhorando alguma coisa.

Resolve, então, voltar à Pátria, sentindo-se peor na viagem, pois agora as pulsações eram dolorosas, havia uma dor ao longo da face interna do braço direito que ia até ao cotovelo, e os fenómenos compressivos apontados no exame do doente.

Acusa ainda o aumento dessas dores sempre que faça esforços ou se exalte, assim como durante as refeições.

*Exame do doente* (6-8-13).— Presentemente queixa-se ainda de dores na espádua e ombro direito, que se prolongam pela face interior do braço até ao cotovelo, palpitações dolorosas, cansaço com exacerbações das dores sempre que faça movimentos, ainda mesmo que deitado.

*Inspecção*.— Indivíduo regularmente constituido; oedema e circulação venosa, bastante desenvolvida na parte superior do hemitórax direito; pulsação no terceiro espaço intercostal esquerdo, entre o bôrdó sternal e a linha mamilar; uma elevação, que vai aproximadamente até à linha mamilar direita, limitada em cima pelo primeiro espaço intercostal e em baixo pelo quarto; as jugulares batem com intensi-

dade, sobretudo a direita, que o doente diz sentir.

*Auscultação.*—Auscultando o doente notava-se uma insuficiência aórtica; sôbre o segundo espaço intercostal direito ouve-se um ruído claro, sonoro e timpânico, seguido dum segundo mais apagado e longo, e que melhor se chamaria um sôpro rude; a respiração é normal onde se ouve, pois que na porção pulmonar, ocupada pelo tumor, há ausência de murmúrio respiratório.

*Palpação.*—Colocada a mão sôbre o tumor nota-se frémito, choque quási isócrono da ponta do coração, extensão e dor; a ponta do coração bate entre a sexta e sétima costela, e na linha mamilar esquerda. A maior intensidade do choque do tumor é no terceiro espaço intercostal, e para fora 3 centímetros do bôrdô direito do sterno.

A percussão dá-nos um som baço em toda a zona ocupada pelo aneurisma; é dolorosa.

Os esfigmogramas das radiais esquerda e direita comparados, mostram-nos o seguinte: a linha de ascensão do direito é mais curta, a linha de descensão é de menor declive, donde se deduz que o pulso direito é mais retardado e mais fraco; no direito nota-se ainda um *pla-*

*teau* (sclerose?), no esquerdo desenha-se a insuficiência aórtica; não eram isócronos; havia 84 pulsações.

As tensões medidas pelo Pachon eram diferentes; para o direito  $TM=11,5$ ,  $Tm=8$ ; no esquerdo  $TM=12,5$ ,  $Tm=9,5$ . O coração um pouco hipertrofiado, a linha ventricular, média,  $15\text{ cm}$ , altura  $10\text{ cm}$ .

*Tratamento e evolução.*—Durante a estada do doente na enfermaria n.º 3 foi-lhe feito o tratamento antisifilítico, isto é, até fins de Outubro de 1913. As melhoras fizeram-se sentir, mas não duma maneira sensível, como se vê pelos exames feitos até esta data.

9-9-13.—A mesma sintomatologia que no primeiro exame, embora menos acentuada. Acusa mais umas dores intercostais para fora da linha mamilar direita. A radial direita dá 74 pulsações,  $TM=14,5$ ,  $Tm=8$ ; radial esquerda com 76 pulsações,  $TM=15$ ,  $Tm=7,5$ .

6-10-13.—As dores deixaram de ser contínuas, aparecem sempre que faça movimentos; não tem localização certa (precordiais, região axilar, scapular e braquial); radial direita com 86 pulsações,  $TM=13$ ,  $Tm=5$ ; radial esquerda com 80 pulsações,  $TM=14,5$ ,  $Tm=7,5$ .

20-10-1913.—Há aproximadamente sete

dias que diz sentir-se bem, desde que não se levante nem faça grandes movimentos; o sôpro de rude tornou-se bastante suave; não se notava diminuição do tumor; radial direita com 80 pulsações,  $TM = 15$ ,  $Tm = 6,5$ ; radial esquerda com 76 pulsações,  $TM = 16$ ,  $Tm = 6,5$ .

Pouco depois dêste último exame o doente passa para a enfermaria da 2.<sup>a</sup> Clínica Médica, onde iniciou o tratamento pelo sôro gelatinado.

Depois da segunda injeccção as melhoras são sensíveis, pois que o doente consegue passar os dias sem dores.

Depois da quarta injeccção o doente passava pela enfermaria sem repetição das dores.

Pede alta, depois da sexta injeccção.

Êste doente, sentindo o bom resultado do tratamento, e por conselho do 1.<sup>o</sup> assistente de Clínica Médica snr. Dr. Rocha Pereira continuou a vir de oito em oito dias ao hospital proseguir o seu tratamento, até fazer a conta de dez injeccções.

Contava o doente nas suas vindas ao hospital, que já ia trabalhando sem sentir coisa que o incomodasse.

---

## CONCLUSÕES

Embora seja resumido o número de casos apresentados julgamos poder estabelecer as seguintes conclusões:

1.<sup>a</sup> Nos aneurismas de origem sífilítica o tratamento mercurial não é suficiente.

2.<sup>a</sup> Em frente dum aneurisma da crossa da aorta, as injeções de sôro gelatinado estão sempre bem indicadas.

3.<sup>a</sup> Os aneurismas da aorta são mais frequentes no sexo masculino que no sexo feminino.

4.<sup>a</sup> Predominam depois dos 45 anos.

5.<sup>a</sup> Entre as causas predominantes dos aneurismas da crossa da aorta a sífilis e o paludismo são as mais frequentes.

6.<sup>a</sup> A compressão dos órgãos torácicos por aneurismas da crossa da aorta obscurecem o prognóstico.

## PROPOSIÇÕES

**Anatomia.** — O conhecimento da anatomia torácica é essencial no estudo da sintomatologia dos aneurismas desta região.

**Histologia.** -- A fixação é o principal tempo duma boa preparação.

**Patologia geral.** — A menstruação diz-nos do estado de saúde da mulher.

**Patologia interna.** — A sífilis aproveita com o tratamento hidrosulfuroso.

**Patologia externa.** — Só o exame bacteriológico nos pode afirmar a existência dum cancro sífilítico.

**Anatomia patológica.** — A célula gigante não é característica da tuberculose.

**Matéria médica.** — Muitas vezes a forma como se administra um medicamento vale mais que o próprio medicamento.

**Partos.** — A superfecundação anatomicamente é possível.

**Higiene.** — Na iluminação das salas da aula prefiro a iluminação unilateral esquerda e a seguir a bilateral diferencial.

**Medicina legal.** — Do relatório médico depende a sentença.

---

Visto.

*Diogo de Almeida*  
Presidente.

Pode imprimir-se.

*Cândido de Sinho*  
Director.