

1278

11

N.º 11

Francisco Nunes Morgado

# Lesões mitraes e suas complicações

(ALGUMAS OBSERVAÇÕES)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escóla Medico-Cirurgica do Porto



PORTO-IMPRESA NACIONAL

Rua da Picaria, 35

1906

130/11 ERC



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

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

---

À SAUDOSA MEMORIA

DE

*Meu Pai*

---

*A minha querida Mãe*

A MINHAS IRMÃS

*Maria*

*Albertina*

---

AOS MEUS

Ao meu intimo e verdadeiro amigo

*Dr. Francisco de Vasconcellos Carvalho Beirão*

Aos meus intimos amigos e condiscipulos

*Dr. Joaquim Ayres Lopes de Carvalho*

*Dr. José de Paiva Gomes*

*Dr. Francisca Augusta Fernandes Massa*

## Aos meus amigos

E EM PARTICULAR A

*Dr. José da Costa Gaitto*  
*Dr. Cherubim da Rocha Valle Guimarães*  
*Domingos de Castro*  
*P.<sup>e</sup> Daniel Pinto Pimentel*  
*P.<sup>e</sup> Francisco Borges da Fonseca*  
*P.<sup>e</sup> Francisco Moura*  
*Antonio Homem de Moura*  
*Antonio Alves Pereira*  
*Antonio Simões Ferreira*  
*João Diniz d'Abreu*  
*Antonio Neves Pereira da Costa*

AOS MEUS CONDISCIPULOS

---

Aos meus Companheiros de Casa

AO ILL.<sup>mo</sup> E EX.<sup>mo</sup> SNR.

PROFESSOR

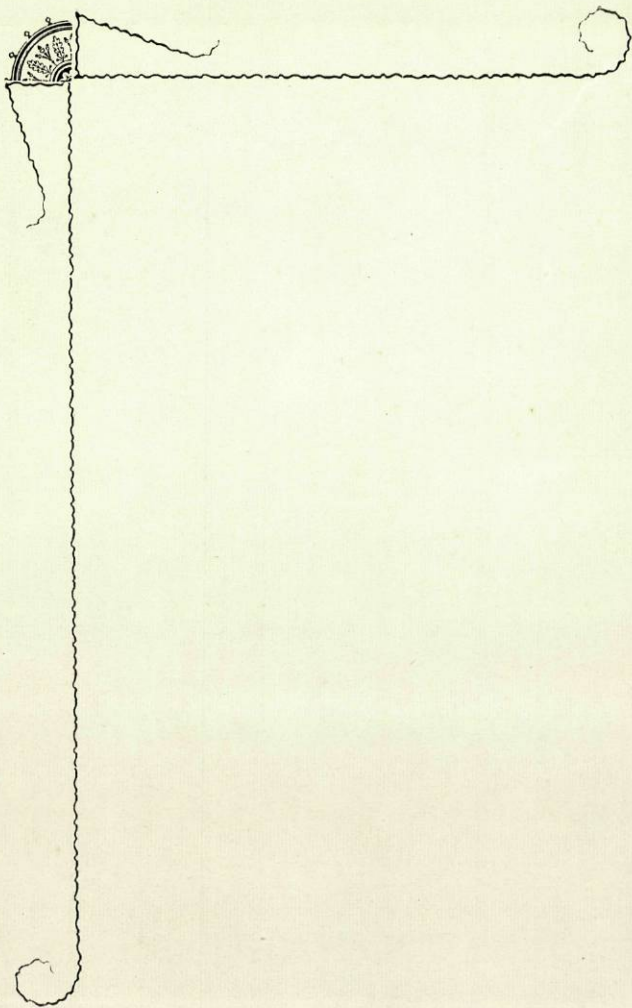
*Dr. Augusto H. d'Almeida Brandão*

**AO MEU PRESIDENTE DE THESE**

*Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.*

PROFESSOR

*Dr. Thiago Augusto d'Almeida*



## PROLOGO

A lei, que muita vez não deixa de ser severa, e para muita gente quasi sempre é iniqua, ainda agora contra nós revela o seu rigorismo e, porventura, os seus defeitos!

E ha uma lei que a nós, quintanistas de Medicina, — a nós, que passamos um anno repleto de apprehensões, de labores, de cuidados e de trabalhos, só avaliados por quem lhes conhece as asperezas, — a nós, que passamos uma vida atribulada, já no nosso obscuro e modesto quarto de estudo, já nos hospitaes, já na Escóla, — sempre na avidéz de bem ir saber para desempenhar o espinhoso mas nobre encargo que um *arduo* curso nos vae conferir, — ainda nos impõe a obrigação de, para complemento d'esse curso, apresentarmos uma these, um trabalho im-

presso que ha de ser sujeito á apreciação dos nossos mestres!

Quem nós somos, qual o nosso valor intellectual e scientifico, demais o sabem, bem o avaliaram aquelles que, durante largas horas e dias, comnosco conviveram.

A lei é severa e iniqua.

É severa, porque nos obriga a um trabalho que deveria ser cuidadosamente feito e até adequado, n'outra altura e circumstancias, a um desenvolvimento que bem podia nobilitar o auctor e honrar a sua Escóla.

É iniqua quando nos impõe, entre serviços obrigatorios que são do conhecimento geral, o dever de sermos publicistas, a obrigação de até talvez abusarmos do invento de Guttemberg, — a nós, que jámais haviamos pensado ainda em levar á *letra redonda* o mais insignificante dos nossos pensamentos!

Para se burilar a phrase, para se fazerem periodos que os prélos lancem á publicidade, é necessario que se não seja *quintanista de Medicina!*

Haverá alguém que conteste esta verdade?

Nós, ou havemos de estudar medicina, ou havemos de ser escriptores.

Eis, pois, por que o nosso protesto de á força nos fazerem *publicista*.

Mas a lei, por mais severa que seja, tem de ser acatada, tem de ser respeitada.

Assim, n'este *tumultuar* da vida academica, da *Escóla* para o *hospital*, do *hospital* para a *Escóla*, de

*Leixões* para o *Porto* e do *Porto* para *Leixões*, — que até essa *arte nova* agora nos veio dar tempo! . . . tudo á procura da maneira de se ser um bom delegado de saude em calculos *mathematicos*, — surgiu, a pedaços, entre canções e fadigas, o modesto trabalho que temos a honra de levar ás mãos de quem dignamente o ha de julgar.

Fizemos o que podémos. A dentro das horas de que conseguimos dispôr, traçamos este trabalho, que é em parte devido aos casos que durante este ultimo anno lectivo podémos observar, já no hospital, já fóra d'elle.

Tivessemos nós mais tempo, outra lei organisasse a fórma de se satisfazer a esta prescripção, e teriamos orgulho, sentir-nos-hiamos até contente em levar ás mãos do nosso jury um trabalho que, agradando-lhe por ser d'um discipulo, a nós filho, d'essa Escóla, tambem nos nobilitasse.

Démos o que podémos.

E, n'estes termos, ao dignissimo jury que houver de julgar as paginas que se seguem, solicitamos toda a benevolencia.

O coração, órgão central do aparelho circulatório, é um musculo que desempenha o duplo papel de bomba aspirante e premente, chamando a si o sangue que circula nas veias e, expulsando-o pela aorta, leva-o a todos os elementos do organismo.

Situado na parte média da cavidade thoracica, entre os dois pulmões, por cima do diaphragma, atraz do esterno e adiante da columna vertebral, da qual está separado pelo esophago e aorta, comprehende duas partes bem distinctas, que são o coração propriamente dito ou myocardio e as suas membranas serosas, tanto externa como interna.

O coração, propriamente dito, ou myocardio, divide-se em duas partes iguaes e semelhantes: uma direita, *coração direito*, recebendo o sangue venoso,

e outra esquerda, *coração esquerdo*, recebendo o sangue arterial.

Esta divisão é feita por um septo médio, denominado *septo inter-auriculo-ventricular*; e cada uma das partes, divididas ou separadas, encontra-se subdividida em duas cavidades — uma superior, *auricula*, outra inferior, *ventriculo*, as quaes communicam entre si, e respectivamente do mesmo lado, por um orificio chamado *auriculo-ventricular*.

Como n'este trabalho apenas nos referimos á metade esquerda, é só sobre ella que versará o nosso assumpto, pondo de lado tudo o que trata da metade direita.

Dizendo já quaes as cavidades que comprehende cada metade do coração, trataremos primeiro da auricula, visto ella ser superior, passaremos em seguida ao ventriculo, e depois ao orificio e valvula respectiva.

A *auricula* apresenta-nos uma fôrma irregular, a qual se compara a um cuboide, tendo seis faces a estudar.

Na sua parte antero-externa continua-se com um prolongamento ou diverticulo, chamado *auriculo*.

As suas paredes são: superior, inferior, anterior, posterior, interna e externa.

A *superior* está munida de quatro orificios: dois para as veias pulmonares direitas e os outros para as pulmonares esquerdas.

Na *inferior* existe o orificio auriculo-ventricular, pelo qual communica com o ventriculo.

Na *externa* existe uma abertura que põe a cavidade em relação com o auriculo.

A *interna* é formada pelo septo médio, e as restantes nada apresentam digno de menção.

O *ventriculo esquerdo* está situado atraz e por cima do direito, e apresenta-nos a fôrma d'um cone em que o vertice corresponde á ponta e a base está dirigida para cima. Esta é munida de dois orificios: um que a faz communicar com a auricula correspondente e o outro com a arteria aorta.

Forrados internamente do endocardio, este compõe-se de tres camadas, que são: o endothelio, a substancia lamellar e elastica, e a ultima conjunctivo-vascular.

É uma membrana de revestimento das cavidades cardiacas, que cobre todas as saliencias e depressões, tanto dos ventriculos como das auriculas, e, encostando-se, fôrma as prégas valvulares. Continua-se com a endarteria e a endoveia dos vasos arteriaes e venosos, pelo que levou Luschka e Seidel a affirmarem que, só por si, constituia a parede dos vasos.

Adhere intimamente ao myocardio, sendo a sua espessura variavel conforme os logares onde é examinada, e attingindo o seu maximo ao nivel dos ventriculos e principalmente do esquerdo.

Das suas camadas, a *primeira* ou endothelial, desaparece após a morte; a *segunda*, constituída por cellulas lamellares e elasticas, é só visivel depois

da queda da primeira e forma a verdadeira parede interna do coração. É dividida em duas camadas: uma superficial e outra profunda.

A *primeira* é formada de tecido connectivo lamellar, mais espesso na parte auricular da valvula mitral e ventricular das sygmodêas, e de menos espessura nas faces oppostas.

A *segunda* é constituída, salvo alguns elementos musculares, por uma rede de fibras elasticas que variam de importancia e espessura.

Assim, no endocardio que cobre as faces auricular da mitral e ventricular das sygmoideas, forma uma rede muito delgada, enquanto que nas faces ventricular da primeira e auricular das segundas se torna muito mais espessa.

É d'esta zona fibro-elastica da camada lamellosa que dependem as modificações de espessura do endocardio.

A ultima camada, a conjunctivo-vascular, é a mais profunda, e a sua espessura tambem é variavel. Se em certos pontos é pobre de elementos constitutivos, n'outros, como nas auriculas, adquire uma grande importancia.

É formada de tecido conjunctivo de malhas muito estreitas, o qual provém da segunda camada, sendo atravessado em toda a extensão por fibras elasticas. É esta camada que serve de linha de demarcação entre as duas préguas membranosas, que, encostando-se, dão origem ás valvulas.

O endocardio alimenta-se por meio d'esta membrana.

Desigualmente espalhada no endocardio ventricular e auricular, apresenta pontos ao nivel dos sulcos formados pelas columnas carnudas que forram a superficie interna do coração, onde a sua espessura é grande.

## Orificio auriculo-ventricular esquerdo e valvula mitral

O orificio auriculo-ventricular esquerdo é ovalar e a sua circumferencia differe segundo a idade, o sexo e o estado do myocardio.

As suas dimensões são tambem differentes segundo os auctores; e assim Bouillaud diz ter 96 millimetros; Bigot 110,37 millimetros no homem e 99,68 na mulher; Testut 102 no homem e 90 na mulher. São muito differentes estas mensurações e até hoje ainda não ha uma medida exacta do orificio.

É formado por um tecido fibroso denso, intermeado de finas fibras elasticas; o anel auriculo-ventricular, situado no mesmo plano que o anel aortico, funde-se com o arterial e, no seu ponto de reunião, o tecido fibroso encontra-se espessado, encerrando algumas cellulas cartilaginosas.

O eixo do orifício está dirigido para diante, para baixo e para a esquerda e situado á esquerda do orifício tricuspido, atraz tambem e á esquerda do aortico.

A *valvula mitral* depende da adaptação do endocardio da auricula e do ventriculo, o qual se concentra ao nivel das cordas ou columnas carnudas para proseguir por intermedio dos pilares pelas paredes do coração.

De todas estas prégas do endocardio, a mais importante pela sua funcção e pela frequencia d'alterações pathologicas, é, sem duvida, a que é representada pela grande valvula mitral.

Esta valvula tem a fôrma d'um funil em que a extremidade superior se fixa no contorno do orifício auriculo-ventricular esquerdo, emquanto que a outra extremidade fica livre.

É formada por duas membranas — uma interna, direita, maior, d'onde provém chamarem-lhe *grande valvula* ou *membrana*, — outra externa, esquerda, pequena, ou *pequena membrana*.

Weber e Deguy denominam-as respectivamente *cardio-aortica* e *cardio-cardiaca*. A primeira é assim chamada por ser impossivel separal-a da aorta, a qual lhe faz continuação até ao seu bordo livre, de maneira que a face auricular d'esta faz parte do coração, emquanto que a face arterial faz parte da mesma arteria.

As duas membranas que formam a valvula mitral estão separadas por duas linguetas accessorias

que, juntamente com ellas, fecham hermeticamente o orificio em questão.

A maior das membranas fixa-se sobre o bordo superior da metade direita do orificio auriculo-ventricular, e o seu bordo inferior, livre, é occupado pelas cordas tendinosas vindas do pilar anterior, ás quaes se juntam tambem algumas do pilar posterior.

A sua face auricular é formada pelo endocardio auricular, muito menos espesso que a endarteria. Até ao terço médio da sua altura encontram-se fibras musculares, provenientes das paredes da auricula, e além d'isso tecido conjunctivo que as cerca, assim como vasos sanguineos.

A pequena membrana, a esquerda, fixa-se na metade esquerda do mesmo orificio e recebe as cordas do pilar anterior. As columnas carnudas do coração não são mais do que saliencias e prolongamentos da substancia muscular, os quaes se entrecruzam em diversos sentidos.

Segundo a sua disposição e a sua importancia, dividem-se em columnas carnudas de primeira ordem, denominadas por alguns auctores musculos papillares ou pillares do coração. Adherem por uma das suas extremidades á parede do ventriculo, com a qual fazem corpo, e pela outra dão origem a cordas tendinosas que vão fixar-se no bordo e face da valvula. Ha outras columnas, chamadas de segunda e terceira ordem, em que as primeiras são apenas livres no meio, inserindo-se as suas duas extremidades na parede do ventriculo, com a qual se conti-

nuam, e as segundas apenas são elevações ou relêvos da mesma parede.

Sob o ponto de vista physiologico tambem a acção da valvula é conhecida; mas o seu mecanismo ainda permanece na obscuridade.

Quando ha a diastole ventricular, esta valvula abaixa-se e o sangue contido na auricula passa ao ventriculo, não só sob a influencia da tensão sanguinea e aspiração pulmonar, mas tambem auxiliada pela systole da auricula; e quando o ventriculo está cheio, contráe-se, entra em systole, e é devido a esta valvula que o sangue, não podendo refluir para a auricula, em virtude d'ella se oppôr fechando o orificio auriculo-ventricular, é impellido para a arvore arterial.

É muito delicada a interpretação d'este facto, como o provam numerosas theorias publicadas e discutidas sobre o mecanismo da valvula.

De todas essas theorias deparam-se-nos duas, que nos parecem ser as principaes: uma d'ellas diz que as prégas ou membranas, que formam a valvula, se fecham passivamente; a outra, pelo contrario, sustenta que ella intervem d'uma maneira activa para produzir esta oclusão.

A *primeira theoria* foi iniciada pelos trabalhos de Harvey, a quem se devem os primeiros estudos feitos sobre o mecanismo das valvulas do coração; e, se não conseguiu tudo, foi pelo menos o instigador dos seus successores.

Foi devido a elle que Lower, em 1679, disse que

a pressão sanguínea produzia a oclusão do orifício mitral, em virtude da sua acção sobre a valvula, estendendo-a e fazendo-a encostar pelos seus bordos, na occasião da systole ventricular.

Vieussens admite que as valvulas, sendo mantidas pelas columnas carnudas, as impedem de voltar para a auricula; e é d'esta maneira que outros auctores, á frente dos quaes se encontram Sénac, Wundt, Louget, Chauveau e muitos outros, explicam o seu mecanismo.

É assim que elles se referem ao mecanismo d'ellas:

As valvulas auriculo-ventriculares estão livres no fim da systole auricular; desde que comece a systole ventricular, o sangue engorgita-se sobre as pré-gas da valvula mitral, levanta-as, e como estas pré-gas estão inseridas ás paredes do ventriculo por cordas cuja base é contractil, as suas pontas ou vertices são conduzidas para baixo, emquanto que as suas faces superiores se encostam de maneira a formar ao nível do orifício auriculo-ventricular, ligeiramente retrahido, uma abobada multiconcava, que separa o ventriculo da auricula.

Em confirmação d'esta theoria estão ainda os trabalhos recentemente publicados por Baumgarten, Chauveau e Faivre.

A *segunda theoria* começou pelos trabalhos de Meckel, de Burdach e de Bouilland, a quem, em 1848, se juntou Parchappe, os quaes, não vendo bem a explicação dada pelos seus antecessores, mostraram

que, pela contracção dos pilares, as laminas valvulares se deviam forçosamente abaixar e estender.

A valvula formava d'esta maneira uma especie d'embolo, que se oppunha á passagem do sangue.

Marc Sée é partidario das duas theorias, e diz que é preciso haver a contracção papillar para applicar as membranas valvulares uma contra a outra, e além d'isso a pressão sanguinea para actuar sobre a sua face inferior.

Mais tarde, Chauveau diz bastar a contracção papillar para que as valvulas fechem o orificio, o que lhe é contestado por Marc Sée.

## Lesões mitraes

N'este capitulo começaremos pelo aperto mitral, estudando primeiro as varias fórmulas que ha e em seguida as suas causas.

1.º Existe *aperto mitral congenito*, devido a uma paragem no desenvolvimento. É tambem conhecido por doença de Durozier.

2.º *Aperto mitral endocardico*, originado por uma endocardite antiga, o mais das vezes rheumatismal. Dá-se-lhe o nome de *doença de Vieussens*.

3.º *Aperto mitral endarterico*, devido a uma lesão do systema arterial, sendo muito frequente nos arterio-esclerosos.

São estas as mais importantes variedades de apertos; mas outras mais podem apparecer, se bem que sejam raras, e assim podemos encontrar esta le-

são do orifício auriculo-ventricular devida a uma ossificação do pericardio, o qual o comprime e faz dilatar a aurícula.

Podem ainda resultar d'uma fractura do esterno, como o prova Ritter n'um exemplar que teve.

Casos ha em que esta lesão é devida a um aneurysma da aorta thoracica, caso observado por Henschen em 1889. Outros em que é produzida por tumores polypiformes; espasmodicos principalmente nos chloroticos.

De todas estas variedades de lesões escolheremos as mais importantes, visto o resto serem casos raros e encontrados apenas uma a duas vezes e em que a sua explicação ainda é um pouco confusa e obscura.

**Aperto mitral endocardico.** — É por este que começaremos, por nos parecer o mais frequente. Esta lesão é devida a uma inflammação do endocardio, membrana de revestimento interno, e d'ordinario, se não sempre, é provocada pelo rheumatismo articular agudo, havendo no entanto outras doenças infecciosas, como a variola, escariatina, sarampo, febre typhoide, erysipela e muitas outras que o podem originar.

Umaz vezes isolado, denomina-se *aperto mitral puro*, d'outras associa-se a outras lesões do proprio orifício ou dos seus visinhos, podendo n'estes casos classificar-os de aperto e insufficiencia mitral se se dá no orifício auriculo-ventricular esquerdo, de aperto

mitral com insufficiencia aortica, de aperto mitral e aortico e de aperto tricuspido. Depende do orificio atacado concumitantemente. Huchard diz ter encontrado um caso de apertos dos orificios, da mitral, tricuspido e aortico. Semelhantemente Gandy nos refere ter um doente de 21 annos, que fôra subitamente atacado de accidentes cerebraes com fôrma delirante, provocando-lhe a morte no fim de onze horas. Antes d'estas manifestações o doente tinha soffrido de varios ataques de rheumatismo articular.

Á autopsia encontraram lesões nos orificios mitral, tricuspido e aortico, acompanhadas de lesões em outros orgãos. A arteria meningea estava embolisada. Ainda ha mais que foram observados por Cruveilhier, Luton, Broadbent, etc.

O primeiro d'estes ultimos auctores admite quatro variedades anatomicas de apertos e que são: uma *annullar*, na qual existe um circulo ossiforme occupando toda ou parte da zona fibrosa; a segunda, *infundibiliforme*, a mais frequente, em que a base corresponde ao contorno do orificio e o vertice ao ventriculo; a terceira, *vegetante*, podendo as vegetações serem molles ou duras; e por ultimo ha uma fôrma em que o aperto é devido a transformações enkystadas das valvulas — aneurysma da valvula.

As fôrmas apresentadas pelo orificio são diversas, consoante a origem do aperto. Póde ter a apparencia d'uma incisão, d'uma fenda irregular, semi-lunar, ovalar ou ellyptica, como o póde ser em crescente ou em ferradura. No estado normal tem um calibre

tal que se lhe póde introduzir o dedo pollegar, mas nos casos em que esteja lesado chega a não admitir objectos de calibre reduzidissimo.

A endocardite que origina esta lesão, é caracterizada pela presença de vegetações existentes na linha d'occlusão das valvulas, sobre a face auricular da mitral, as quaes mais tarde se tornam o ponto de partida de novas formações cellulares, desaparecendo e deixando no seu logar um tecido mais ou menos denso e escleroso. Não é sómente o augmento de espessura e retracção concentrica do anel fibroso que origina esta lesão. Muitas vezes até este anel fica intacto, e n'esse caso é devido unicamente a lesões valvulares e das suas cordas.

Sobre este assumpto diz Bouillaud que os bordos dos orificios apparecem o mais das vezes endurecidos, rugosos, vegetantes, e até mesmo ossificantes sem que o anel fibroso tenha culpa alguma, mas sim os bordos livres das valvulas.

Para se dar isto, diz ser devida a varias causas em que a primeira será uma endocardite chronica, a segunda o encosto dos bordos valvulares e a terceira uma inflammação chronica que se dá nas cordas tendinosas, as quaes se contraem, augmentando e tornando permanente o aperto mitral, determinando assim a inoclusão da valvula.

Muitas vezes a rigidez valvular é augmentada pela transformação cartilaginosa e encrustação calcarea soffridas pelas duas membranas que constituem a valvula mitral.

N'esta valvula, as suas lesões começam principalmente no seu bordo livre, e o ser aqui mais frequente explica-nos bem o seu papel, pois é esta parte a que soffre mais choques, e além d'isso por ser a parte mais atacada pelos agentes microbianos, em virtude da sua resistencia á invasão, ser quasi nulla.

A principio tornam-se vermelhas, sendo depois o seu tecido conjunctivo infiltrado de cellulas redondas, provenientes ou emigradas dos vasos visinhos, nascendo outras no logar da inflammação, e pela sua reunião dão origem a vegetações recobertas d'uma camada de fibrina, as quaes mais tarde, fragmentando-se, originam retalhos. Estes, levados pela corrente sanguinea, vão produzir embolias em diversas arterias e a differentes distancias do orgão central, dependendo isso do maior ou menor volume d'elles.

Se as embolias muitas vezes teem esta origem, n'outras não acontece o mesmo. Assim, em volta d'estas vegetações formam-se coagulos que, mais tarde destacados, produzem os mesmos effeitos.

Acontece por vezes estas vegetações desaggregarem-se e deixarem no seu logar verdadeiras ulcerações, que por sua vez originam dilatações aneurysmaes, a ruptura do septo médio se n'elle existem, a divisão das cordas tendinosas, pelo que ficam livres e fluctuantes na cavidade cardiaca.

Cruveilhier, em 1816, apresentou uma variedade singular de aperto mitral, que consistia n'uma variedade anatomica, na qual o vertice do cone valvular

se encontrava munido, além do orificio central, de dois outros lateraes, e em que as valvulas cartilaginosas fechavam completamente o central, porque não funcionavam, fazendo-se a circulação pelos outros orificios.

Quando o aperto tenha a fórma d'um crescente, a valvula mitral fixa-se na posição d'occlusão e é sempre acompanhada d'insufficiencia.

O aperto do orificio auriculo-ventricular esquerdo arrasta consigo dois factos importantes sobre a circulação geral. Primeiro, diminue a tensão sanguinea abaixo do obstaculo, e segundo, augmenta a mesma com estorvo na circulação acima do mesmo, e d'ahi o apparecerem lesões secundarias importantes, que nós resumiremos em poucas palavras, visto adiante nos tornarmos a referir a ellas.

O orificio apertado faz com que uma menor quantidade de sangue passe para o ventriculo, e como consequencia este atrophia-se e retráe-se, visto ter pouco trabalho a fazer, e estando em intimas e unidas relações com o orificio da aorta, faz com que este ultimo se estenose.

Em virtude da massa sanguinea não poder passar para o ventriculo, accumula-se na auricula, arrastando-a á hypertrophia e dilatação, o que se reflecte mais tarde do lado direito.

Como consequencia d'este augmento da pressão sanguinea na auricula, formam-se coagulos, visto o sangue ahi estagnar por completo, os quaes mais tarde vão produzir complicações sérias, para as quaes

reservamos uma parte d'este trabalho, para mais detalhadamente a ellas nos referirmos.

Ha casos em que estes coagulos obliteram toda a cavidade da auricula, sendo a sua formação auxiliada pela paralyisia das fibras musculares; existe endocardite, que priva a serosa da sua camada epithelial.

Passaremos agora ao segundo aperto mitral, aquelle que é *congenito* ou puro.

Este existe desde a primeira idade e não se manifesta senão dos 12 aos 20 annos. Não se percebe mais cedo, por o organismo se adaptar bem á lesão valvular, o que se prova pela ausencia de dilatação da auricula esquerda e do coração direito.

Algumas causas teem sido enumeradas como provocadoras d'esta lesão.

Entre ellas cita Benezerd Smith a endocardite fetal n'uma creança de vinte horas de idade, Parrot em creança de dois dias, e por ultimo Ayrolles n'uma creança de dez dias.

Em seguida diz-nos Dreyfus Brisac ser originada por uma endocardite infantil, attribuindo-a a qualquer doença da infancia, e que são muito frequentes, como o sarampo, a variola, a febre typhoide e outras.

A paragem do desenvolvimento valvular está demonstrada por influencia familiar e hereditaria por heredo-syphilis e por heredo-tuberculose.

Sob a influencia familiar e hereditaria foi Weill e Servin que nos apresentaram alguns casos, e entre

elles o d'uma mulher de 41 annos, outra de 31 e duas creanças.

Cachez refere-se a duas familias, em que n'uma, a mãe e uma filha de 6 annos são atacadas d'aperto mitral puro, e outra em que é a mãe e quatro filhos de 20, 14, 12 e 3 annos que nos apresentam a mesma lesão.

Nos casos por nós observados teremos occasião de nos referirmos a uma familia com esta lesão congénita, da qual ainda ha pouco tempo um membro teve a sua sorte fatal.

A origem congénita do aperto mitral puro, sem ser causado por rheumatismo, está demonstrada por quatro series de observações: por hereditariedade e familiar; por associação de deformações cardiacas differentes; por deformações do esqueleto ou dos diversos órgãos; emfim, por outras affecções, como a hysteria, a epilepsia, etc.

## Insufficiencia mitral

Já dissemos que no estado normal e no momento da systole ventricular, a valvula mitral obtura completamente o orificio auriculo-ventricular e permite d'este modo que a onda sanguinea passe completamente para a aorta e d'ahi siga o seu caminho para as differentes localidades do organismo.

Desde que uma causa qualquer modifique este estado physiologico e permitta parcialmente ao sangue retroceder para a auricula esquerda, tratar-se-ha d'uma insufficiencia mitral.

Attendendo a quatro especies differentes de insufficiencia, resumiremos as quatro causas que podem produzir esta inoclusão valvular.

Estas causas são d'origem endocardica, arterial, traumatica e funcional.

Emquanto á *primeira*, foi iniciada n'uns traba-

lhos que Sénac, em 1749, nos apresentou relativos a um homem que soffria de suffocações, de dyspnêa intensa, dizendo elle provirem d'uma endocardite chronica.

Mais tarde vieram os trabalhos de Morgagni e d'Allan Burns, que descreviam d'uma maneira nitida o facies proprio das doenças do coração; e, enfim, Andral, em 1837, indica-nos quaes as alterações capazes de produzir a inoclusão das valvulas.

Temos, em primeiro lugar, as deformações das valvulas por o seu tecido se tornar espesso, duro, e pela existencia, n'ellas, d'um tecido cartilagenio, de maneira que as prégas membranosas, que as constituem, perdem as suas dimensões habituaes e nunca mais os seus bordos podem adaptar-se e tapar o orificio completamente como no estado normal.

Em seguida vem a diminuição de comprimento dos tendões que as columnas carnudas de primeira ordem mandam ás membranas valvulares, e portanto as não deixarem fechar completamente.

Podemos, como causa tambem da inoclusão valvular, citar o apparecimento de vegetações que se formam nos seus bordos, de maneira a impedirem que fechem o orificio.

A existencia de perfurações na superficie das valvulas faz com que o sangue, refluindo, vá para a auricula no momento da systole ventricular.

A ruptura da valvula n'uma maior ou menor extensão, quasi sempre devida a ulcerações que a corroem, produz o mesmo effeito.

Emfim, teremos como causa um vicio congenito na formação do orificio e valvula que o contorna.

Emquanto á fórma *funcional*, diremos só que é devida principalmente ao augmento exaggerado do orificio, ficando as valvulas completamente illesas, havendo n'este caso dilatação do ventriculo, o qual arrasta comsigo as cordas e musculos papillares, e estes puxam por sua vez as valvulas, obstando assim a que ellas fechem o orificio.

Emquanto aos *traumatismos*, estes podem romper uma ou mais cordas tendinosas, as proprias valvulas, deixando, portanto, de desempenhar o seu papel.

De todas estas causas, a principal, a mais frequente e a mais perigosa, é a endocardite de natureza rheumatismal. Para muitos auctores é tida como a affecção mais perigosa, por causa das suas consequencias, desde que não seja a tempo paralyzada.

Sem duvida alguma, um rheumatismo que seja abandonado algum tempo, localisa-se no endocardio e principalmente no que recobre a valvula mitral, produzindo ahi os seus estragos, os quaes nunca mais podem ser renovados, e havendo poucos meios para os compensar.

Como consequencia, o coração esquerdo, e principalmente o ventriculo, é levado a principio á hypertrophia com excesso de trabalho, para compensar o organismo do material que recua para a auricula, e mais tarde termina na dilatação, sem reagir por se lhe esgotarem todos os meios ao seu alcance, por cansaço.

Após isto pouco mais se adianta, e espera-se sempre pela cura radical, visto elle ficar quasi sempre insensivel a qualquer tentativa que se faça para lhe fornecer o que em bons tempos perdeu.

A insufficiencia que tem por origem esta doença, passa muitas vezes despercebida, e é só no fim de os seus symptomas bem nitidos, que a nossa attenção é chamada para tal orgão.

É d'entre os 10 aos 25 annos que é mais frequente, idade perigosa, por os doentes pouca ou nenhuma attenção darem ao seu mal.

Outras doenças ha que, além do rheumatismo, a podem originar, e entre ellas citaremos a chorea, febres eruptivas e doenças infecciosas.

A insufficiencia produzida por rupturas valvulares, já vimos que qualquer traumatismo as podia originar; mas tambem podem ser espontaneas. Para que se produzam é necessario que a valvula ou corda soffram d'uma lesão antiga ou de qualquer vicio de nutrição.

Póde, comtudo, um traumatismo intenso na região precordial só por si bastar para produzir esta lesão, ainda mesmo quando a valvula esteja normal.

O impaludismo póde tambem originar esta affecção, como o mostra Rauzier em insufficiencias mitraes por elle encontradas; mas, quando isto acontece, é principalmente devido a qualquer alteração do myocardio ou ás más condições hygienicas em que muitos individuos vivem.

Pela autopsia é facil reconhecer qualquer d'estas lesões, não acontecendo o mesmo durante a vida, a não ser em estado bem adiantado.

Dieulafoy diz que é um optimo ouvido o que descobrir e differençar estas duas lesões; mas tambem não deixa de ser bom o que confirmar uma lesão do coração, embora não diga qual d'ellas.

## Symptomatologia e Prognostico

Não é detidamente que enumeramos estes symptomas, porque elles só por si constituiriam um tratado, desde que fossem bem desenvolvidos e bem estudados, mostrando quaes as suas causas, e ao mesmo tempo qual a gravidade de cada um que apparece n'estas tão perigosas doenças. Resumiremos apenas os visiveis n'estes doentes, quando elles notam que alguma coisa de anormal os afflige.

Assim, tanto o aperto como a insufficiencia trazem-se-nos por signaes funcçionaes e por signaes physicos.

Não faremos portanto senão enumeral-os, tanto os que dizem respeito ao aperto, como os da insufficiencia.

Os primeiros d'estes signaes, os funcçionaes, são

communs ás duas lesões, e por isso juntos os descrevemos. Aparecem só quando o coração está fatigado, não podendo compensar portanto o estorvo produzido por qualquer d'estas lesões.

São os doentes que na sua confissão nos dizem ter occasiões que lhes parece suffocar, sentirem palpitações, oppressão e principalmente dyspnêa intensa, pelo que são obrigados a tomarem diversas posições afim de conseguirem respirar, vendo em breve os seus esforços baldados, porque se assim lhes é mais facil a penetração do ar, é tambem certo que em pouco tempo ficam extenuados, esgotados dos meios com que se serviam para conseguirem o seu bem-estar.

Os ataques de oppressão podem dar-se durante esta dyspnêa ou fóra d'ella, sendo no emtanto mais frequentes de noite do que de dia; são analogos aos accessos asthmaticos, d'onde provém a denominação impropria de *asthma cardiaca*.

São muito accentuados em occasiões de esforços feitos pelos doentes, e até mesmo em quaesquer movimentos rapidos que executem.

Em seguida apparecem as hemorragias do lado do pulmão, hemoptyses que consigo acarretam e que teem a sua origem quasi exclusiva nas lesões mitraes, visto que, em qualquer outra affecção, ellas não existem.

Provém não só do estorvo mecanico do sangue, mas tambem das differentes embolias e outras complicações que d'ellas resultam.

Vem em seguida o edema, que começa ao nível dos malleolos e nas partes lateraes do tendão de Achilles, o qual é mais visível de tarde.

Pouco tempo depois, prolonga-se a todo o membro inferior, passando em seguida aos órgãos genitales e ao abdomen.

As visceras congestionam-se, principalmente o fígado, rim e aparelho gastro-intestinal.

Sendo os signaes physicos differentes, começaremos apenas a enumerar os do aperto, passando em seguida e muito por alto aos da insufficiencia.

Nos da *primeira lesão* temos o pulso, que é fraco, vasio, depressivel e regular. Collocando a nossa mão sobre a região precordial, nota-se um fremito presystolico, constituindo um signal pathognomonic d'esta lesão.

A inspecção e percussão revelam-nos um desvio do coração, tanto para baixo como para os lados, em virtude da sua dilatação.

A auscultação revela que o primeiro ruido é intacto, sendo precedido d'um segundo que é rude, assim como d'um sôpro presystolico. O segundo ruido acha-se dividido em dois.

A reunião d'estes tres signaes constitue o rythmo mitral.

Os symptomas proprios da *insufficiencia* revelam-nos que o coração é abaixado e desviado, que n'elle existe um fremito e que é systolico; pela percussão relatamos a existencia do som baço cardiaco augmentado no sentido transversal, e auscultando ou-

vimos a perfeita arhythmia cardiaca, acompanhada d'um sôpro systolico, existente na ponta do coração. O pulso é pequeno, desigual e irregular.

\*

\*        \*

O aperto congenito é de todos o que dá logar a uma sobrevivencia maior, por ser o unico que não acarreta complicações, e a morte n'elle dar-se-ha mais ou menos cêdo, conforme estiver associado ou não á insufficiencia.

Em todo o caso é sempre grave, por ser quasi sempre fatal, e é de conveniencia ser reservado.

Os casos de cura da insufficiencia são tão raros, que apenas se contam alguns em creanças, mas são poucos, infelizmente.

## Complicações das lesões mitraes

N'este capitulo, tão interessante, estudaremos as embolias, apontaremos alguns exemplos das suas consequencias, mostraremos outras complicações das lesões mitraes, salientando as mais frequentes e ao mesmo tempo os casos observados, que nos foram fornecidos pelos jornaes de medicina e que diariamente se dão.

A observação clinica mostra-nos que é sobretudo no curso das affecções do coração esquerdo e muito principalmente nos casos de aperto mitral que as embolias arteriaes se produzem.

Guisburg apresenta-nos um bello trabalho no qual nos mostra 250 casos de cardiopathias, dos quaes 85 se complicavam de obliterações arteriaes, sendo 79 devidas a embolias originadas na parte es-

querda em virtude de lesões ali existentes e os 6 restantes provenientes das do lado direito.

A frequencia d'estas embolias foi fixada pelo mesmo auctor em 34 % das affecções cardiacas.

Podem occupar a aorta, as arterias dos membros, das visceras, dos orgãos dos sentidos, e mesmo sendo reduzidas a pequenas embolias, podem obliterar os capillares, podem localisar-se e espalhar-se na espessura da pelle, onde originam erythemas de erupção polymorpha, largas manchas escuras ou outras lesões.

A *embolia* é caracterisada pela paragem brusca d'um corpo estranho caminhando na circulação sanguinea ou lymphatica.

Estas dividem-se de diversas maneiras, conforme o seu volume, a sua origem ou ponto de partida, ou a sua natureza.

Emquanto ao seu *volume*, podem ser de grande, medio e pequeno calibre, dependendo esta divisão dos vasos onde se dão; enquanto á sua *origem*, podem provir do exterior e constituem o grupo das exogenias, ou do interior e formam o das endogenias; e, enquanto ao *ultimo*, comprehende as mecanicas ou inanimadas e as vivas ou parasitarias.

É esta ultima classificação a que nos parece melhor, visto englobar todos os casos.

Roger acceita esta classificação e subdivide o primeiro grupo em embolias d'origem extra e intra-vasculares, comprehendendo n'estas ultimas as cardio-vasculares e as sanguineas, formadas por globulos,

coagulos e materias córantes do sangue, emquanto que, nas primeiras, mette as embolias solidas, gazosas, gordurosas e cellulares.

Nas vivas ou parasitarias põe as que são produzidas por animaes, vegetaes, microbios e cellulas cancerosas.

Do que diz respeito ás d'origem intra-vascular, grupo importante para o nosso assumpto, iremos falando d'ellas, apresentando um ou mais casos, conforme a sua frequencia e consequencias a que dão origem.

As *cardio-vasculares* formam-se nas paredes internas do coração ou dos vasos e são pequenas vegetações provenientes d'uma endocardite, ou fragmentos d'um pilar, d'uma valvula, ou então produções atheromatosas existentes nas tunicas internas dos grandes vasos, que, batidas constantemente pela corrente sanguinea, em dados momentos se destacam e são levadas a distancias differentes, conforme o seu calibre e o do vaso, onde produzem diversas lesões, mais ou menos intensas.

Emquanto á sua marcha, as embolias podem ser arteriaes, pulmonares e do systema porta.

As primeiras teem origem nas veias pulmonares, na aorta e principalmente nas lesões do coração esquerdo, predominando as da valvula e orificio mitral. Depois, arrastadas pelo sangue, seguem caminhos diversos.

Chegando á carotida primitiva esquerda, a qual segue a continuação da aorta, percorrem-a e localizam-se no tronco ou em qualquer ramo da sylvica,

a qual obturam, originando o amolecimento cerebral a que Ferraud se refere n'estes termos: — *amolecimento cerebral é synonymo de obliteração arterial, e tudo o que não é causado pela obliteração completa das arterias cerebraes deve desapparecer da descripção.*

No caso do amolecimento se dar á superficie dos hemispherios, estes soffrem a esclerose, formam-se placas duras e, sendo na sua massa central, a substancia branca liquifaz-se.

Comtudo ha camadas centraes, como sejam as ophthalmicas e as estriadas, que resistem a estas lesões, por causa da sua circulação se fazer por vasos especiaes.

N'esta arteria podem dar-se embolias de todos os calibres e d'ahi resultarem consequencias diversas.

Se são grandes, occupam o tronco principal da sylvica, o qual obliteram, podendo causar a morte rapida por apoplexia. Se são médias, causam hemiplegia acompanhada de aphasia, podendo ser passageiras, mas que, em certas occasiões, deixam atraz de si lesões duradouras e permanentes como esta ultima, — paralyisia da face e dos membros, dependendo no emtanto do vaso atacado.

Se se produzem nos capillares, ha apenas cephalgia, vertigens e algumas perturbações intestinaes.

Os casos observados d'estas embolias são numerosissimos, dos quaes apresentaremos alguns, não observados por nós, mas por outros que assim nol-os relatam.

Huchard apresentando muitos casos nos seus tra-

tados, refere-se a um que achamos interessante e que transcrevemos.

Trata-se d'um velho, sem antecedentes pessoas ou hereditarios dignos de menção, que foi atacado de hemiplegia esquerda seguida de contractura e em que havia congestão pulmonar, acompanhada de pleurisia.

Morreu rapidamente, antes de lhe examinarem o coração, podendo comtudo vêr que lhe não batia regularmente.

A autopsia verificou a existencia de zonas de amolecimento nas circumvoluções visinhas da scisura de Sylvius, havendo ao mesmo tempo fôcos hemorrhagicos no pancreas e muito principalmente no cerebro e do lado esquerdo, sendo o seu volume variavel desde uma cabeça d'alfinete a um feijão.

Toda a superficie do coração foi encontrada alterada, sendo maiores as lesões do lado esquerdo e muito principalmente ao nivel do orificio auriculo-ventricular, que estava estenosado e ulcerado.

Terrier apresenta-nos o caso d'uma mulher que no fim de ser operada e transportada para a sua cama, foi atacada de hemiplegia em consequencia d'uma embolia cerebral. Mais casos poderiamos dar e que foram observados por Troisier, Faure e Cavaresse. Das nossas observações, uma tratará d'estes casos muito frequentes, em que embora se não verificasse o amolecimento, havia comtudo hemeplegia e outras complicações.

As embolias da aorta, devidas ás lesões mitraes,

são muito raras. Barié apenas se refere a 3 casos notáveis encontrados no seu tempo; e antes d'elle existem apenas 37.

As obliterações das arterias dos membros são muito frequentes. Guisburg diz que 3,5 % das affecções cardiacas lhes dão origem, vindo em seguida Gireaux mostrar o contrario.

Mas em 1904, n'uma estatistica apresentada por Grabias, encontramos 118 casos d'embolias arteriaes e dos membros, que nos mostram quão frequentes estas complicações são. Só dos membros inferiores havia 52 casos.

Sobre este assumpto, os primeiros factos assignalados foram em 1853 por Tuffnel, depois por Charcot em 1855, os quaes mostraram que estas lesões occupavam de preferencia os membros do lado esquerdo e muito principalmente os inferiores.

Este facto já tinha sido observado por Virchow em 1852, o qual diz ter observado 52 casos d'obliteração das arterias dos membros, dos quaes 43 pertenciam aos inferiores, emquanto que só 9 se deram no antebraço e braço.

As embolias podem dar-se em arterias visceraes, como se vê pelos trabalhos apresentados por Sperling, onde se encontram 57 casos de embolia renal, 39 do baço, 15 do cerebro e um só do figado.

Guisburg, em 85 casos, diz 62 serem nos rins, 23 no baço e os restantes no cerebro.

As arterias mesentericas são tambem a séde de obliterações embolicas, o que nos foi provado por

Cohn, Lancereaux, Gallavardin, que nos seus 118 casos nos dão 31 d'estas arterias.

Não é raro ellas apparecerem na arteria ophtalmica e central da retina.

As embolias são frequentes n'um periodo comprehendido entre a idade de 20 a 50 annos, apparecendo o mais das vezes nas mulheres, devido á puerperalidade, cujos accidentes infecciosos são, na maior parte dos casos, o ponto de partida de cardiopathias com fórma maligna.

As affecções cardiacas que dão origem a embolias, são as cardivalvulites e aperto mitral, mas principalmente esta ultima lesão. Em 118 casos, pertenciam 43 a esta, 11 á insufficiencia e 6 ás duas reunidas.

Esta frequencia no aperto mitral explica-se facilmente. Um dos primeiros effeitos d'esta lesão é, sem duvida, a dilatação da auricula esquerda; a sua cavidade, em virtude da estagnação do sangue, encerra coagulos, podendo ser molles ou estratificados em camadas alternadamente fibrinosas e cruoricas.

Tem como séde a parede posterior da cavidade auricular, podendo comtudo formar-se nos espaços intra-musculares da mesma cavidade.

Muitas vezes chegam a formar pequenos thrombos que mais tarde são destacados pela corrente sanguinea, tornando-se por sua vez o ponto de partida de embolias.

Casos ha em que o coagulo, só por si, dá origem a coagulações que, fóra de qualquer alteração

do endocardio, provocam o augmento de coagulabilidade sanguinea, tornando-se grave pelas suas consequencias. Casos d'estes vêem-se nas differentes doenças infecciosas ou em certas entoxicações.

Tutschek, a este proposito, refere-se a um soldado que na convalescença d'uma erysipela foi atacado d'uma embolia da aorta.

Qualquer que seja a origem, este coagulo destacado vae obliterar a arteria d'uma maneira mais ou menos completa e molda-se á sua face interna.

Umaz vezes torna-se uma massa fibrinosa em que a sua espessura se conserva quasi uniforme; outras, a sua constituição é irregular, conservando dura a peripheria e que se continúa com a parede do vaso adherindo-lhe, emquanto que o seu centro é molle.

O coagulo fibrinoso transforma-se n'um embolo ao qual se juntam coagulos secundarios, que tapando completamente o vaso e augmentando de comprimento, obliteram a arteria n'uma grande extensão. Ás vezes prolonga-se até ao primeiro ramo collateral, onde é batida pelo sangue, chegando a fragmental-o e provocando assim nova serie de embolias.

Póde produzir alterações na tunica interna do vaso, com o qual está em contacto intimo, sendo a origem de descamação d'esta tunica e d'esta maneira favorece a producção de saccos aneurysmaes.

Não são só os coagulos que produzem as embolias e já, fallando das cardio-vasculares, vimos pode-

rem resultar de qualquer fragmento, de nodosidades vegetantes, destacadas das valvulas.

O coagulo obliterante soffre varias transformações na sua marcha. Organisa-se completamente, tomando a fórma d'um cordão de natureza fibrinosa; termina por transformação cavernosa; desaggrega-se lentamente, fragmenta-se amollecendo, reabsorve-se e desaparece; o amollecimento póde dar-se só no seu centro, onde é a séde de generescencia gordurosa. Em casos de infecções, o coagulo arrasta consigo agentes microbianos e que leva para regiões diversas.

N'este caso, os phenomenos clinicos que se observam são de duas especies: uns apenas mecanicos e fazem parte da obliteração propriamente dita; outros de natureza infecciosa ligando-se aos microbios ou toxinas intra-thromboticas.

Se a obliteração se produz na arteria ou tronco principal d'um dos membros e se é obliterada em grande extensão, dá origem á gangrena sêcca d'este membro. Se a obturação fôr incompleta, ou que, mesmo a circulação collateral se faça bem, as perturbações locaes melhoram-se, podendo o membro interessado recuperar as suas funções. Se a obliteração se produzir no baço ou rim, origina zonas d'enfartes. No cerebro já vimos os resultados.

Ficando d'esta maneira resumidas quaes as lesões produzidas pelas obliterações embolicas em consequencia das lesões mitraes, diremos a seguir alguns dos symptomas d'estas complicações.

Começaremos pela aorta abdominal. A sua obliteração é revelada por dôres violentas nos membros inferiores, com paraplegia rapida, seguindo-se perturbações de sensibilidade, com ausencia completa de pulsações arteriaes. Muitas vezes, estes accidentes dão-se n'um só membro pelvico, e que Barié observou. Virchow deu-nos um outro exemplo no qual mostra o membro esquerdo ser attingido quatro mezes depois do direito.

Quando o individuo atacado resiste algum tempo, a embolia é seguida de esphacelo que se póde dar, n'um segmento, n'um dos membros ou em ambos. N'este ultimo caso ha perturbações visceraes que consistem em enfartamentos dos rins e baço.

O seu prognostico não é sempre fatal.

Gull e Chevostk tiveram cada um seu caso terminando pela cura, mas é muito rara esta benignidade.

É em geral pelo coma acompanhado d'algidez que estes doentes terminam; mas os adultos succumbem d'ordinario em consecuencia dos accidentes asystolicos.

Assim tivemos um ainda ha pouco tempo, e que nas nossas observações apresentamos.

As embolias dos membros são de frequencia desigual para os pelvicos ou thoracicos.

Dos casos que nos forneceu Barié, vimos que em 57 havia 15 em que a embolia existia nas arterias tibias, 12 nas femoraes, 9 nas illiacas, 7 na poplitia e uma só na pediosa.

Os membros thoracicos raras vezes são attingidos, registando-se apenas 5 casos da arteria humeral, 4 no antebraço, 3 na subclavea e 2 na axillar.

A obliteração pôde dar-se ou rapidamente, ou precedida d'alguns symptomas prodomicos.

Este ultimo caso é raro, mas quando se dá, os doentes accusam apenas alguns pruridos e poucas dôres nos membros.

Outras vezes estes symptomas apparecem bruscamente e manifestam-se por dôres intensas na côxa, na perna, prêga da virilha, cavado popliteo e mesmo na fossa illiaca, segundo o ponto onde pára o coagulo embolico.

O membro interessado é paralysado, insensivel ao toque e á dôr, tornando-se pallido e livido abaixo da zona obliterada. N'outros casos apresenta umas manchas violaceas, de côr cyanosada que pouco a pouco se estende a toda a sua superficie.

Podem originar a apparição de palpitações, oppressão viva, cyanose dos labios e das extremidades, mostrando assim o estorvo da circulação intra-cardiaca, causado pelos coagulos ou thrombos ahi formados. Já dissemos que nos casos em que a obliteração era completa, apparecia a gangrena sêcca, que começava nas extremidades ao nivel do artelho e calcanhar, por placas escuras que se vão estendendo pouco a pouco e dão logar a pequenas phlyctenas, resultando o levantamento da epiderme.

Pouco a pouco, a perna, todo o membro é invadido, chegando á mumificação completa.

Estas partes assim lesadas, vão destacando-se pouco a pouco, deixando no seu lugar gomos carnosos.

Se a circulação se fizer, o doente cura-se, ainda mesmo que a gangrena tenha já invadido o pé ou artelho, desde que seja precedida d'amputação.

No caso da circulação se não restabelecer, a morte é inevitavel, o que prova a gravidade d'estas complicações, e tanto mais que n'estes casos a morte é sempre rapida.

A quasi todos estes casos, nas complicações mecanicas d'obliteração vascular, se juntam manifestações de infecção, de toxiemia profundas; febre, suores, diarrhêa, estado typhoide, o que geralmente é a causa da morte.

Até 1901, suppunha-se a obliteração da arteria mesenterica rara, mas n'este anno Gallavardin provou o contrario nos seus 56 ou 60 casos publicados.

Mais tarde, Mollière e Leclerc encontraram um caso semelhante, que *levou* o doente em menos de 20 horas. Os symptomas com que se apresentava eram semelhantes aos das peritonites agudas, acompanhando-se de hematemeses e melenas, com dôr peri-umbilical muito viva e brusca, assim como tympanismo e ás vezes ascite com diarrhêa.

As hemorragias intestinaes dão-se com abaixamento de temperatura, e são mais frequentes nas arterias mesentericas superiores.

Ha n'estes casos a temer a perfuração intestinal, porque quando a obliteração seja completa, occasiona

a necrose d'uma parte do intestino, resultando em seguida a pèrda d'uma extensão maior ou menor do seu tecido com a citada lesão. Qualquer que seja o resultado, estas embolias levam á morte do terceiro ao quinto dia.

Se a embolia se dá na arteria esplenica, o seu diagnostico torna-se difficil, havendo só como symptomas, e não sempre, uma dôr local e augmento do baço. É o mais das vezes diagnosticada na *morgue* ou theatro anatomico.

Se se produz na renal, ainda se torna mais obscuro, porque os seus signaes são de pouco valor, manifestando-se apenas por uma dôr lombar, acompanhada d'albuminuria e ás vezes d'hematuria.

As embolias da arteria hepatica são muito raras, e até hoje apparecem-nos só dois casos observados por Virchow e Oppolzer.

As arterias dos sentidos podem ser tambem a séde de embolias, havendo, n'este caso, perturbações oculares, cegueira completa e hemorragias reteneanas que se não explicam d'outra fórma.

Virchow e Adam dão-nos o exemplo de uma mulher com uma lesão mitral ser atacada de perturbações graves da vista, com fòcos metastaticos entre a chroidêa e a retina.

Em qualquer arteria se podem dar as embolias, assim como em qualquer ramo arterial, mas as mais frequentes são as cerebraes, devido sem duvida ás relações da carotida primitiva esquerda com a aorta.

Quando haja *insufficiencia mitral*, são frequentes

as congestões passivas das duas bases dos pulmões, terminando na induração e mais tarde na esclerose e infarte hemorrágico do mesmo órgão, acompanhado de congestão nos rins, edemas periphericos, ascite e hydrothorax.

Só com esta enumeração se deduz o quanto esta lesão é de perigosa e as consequencias finais. A localização em qualquer d'estes órgãos depende da resistencia local dos seus vasos, sendo no entanto mais frequentes as lesões pulmonares por o refluxo do sangue, ás vezes consideravel, se fazer nas suas veias, nas quaes determina a dilatação.

O coração soffre bastante com estas lesões, dilatando-se a sua auricula e hypertrophiando-se a principio o ventriculo, dilatando-se em seguida e perdendo assim toda a sua força, — pelo que deixa de desempenhar o seu papel importantissimo no sustento do organismo.

A sua superficie interna é a séde de alterações diversas, em virtude das quaes as suas funções e papel são perdidos.

Produzindo-se embolia das coronarias, apparece-nos outra serie de symptomas ainda mais graves.

Em resumo: estas lesões podem originar embolias do cerebro, baço, rim, pulmão, membros, figado, pelle e intestinos; hemiplegia, gangrena, aphasia cerebraes; infarte do rim, pulmão, baço e intestinos; infartes suppurados com abcessos miliares do baço, pulmões e cerebro; abcessos da pelle e articulações; suppuração das meninges rachidianas e craneanas;

estase venosa do pulmão, rim, figado, cerebro; edemas do tecido cellular peripherico, das cavidades esplanchnicas do pulmão, do cerebro; hydropisias da pleura, pericardio, peritoneo, meninges, etc.

Reparando n'este resumo, por elle se vê o quão de perigosas são as lesões do coração, porque são capazes de originar uma serie de complicações, qual d'ellas a mais grave.

Daremos por terminado este capitulo para no seguinte nos referirmos em duas palavras ao tratamento mais usual que deve ser seguido.

## Tratamento

Ernest Barié ainda ha pouco tempo apresentou um estudo sobre o tratamento das lesões e complicações mitraes que a seguir vae resumido.

Diz ter empregado os alcalinos em alta dóse, sob o ponto de vista prophylatico, afim de as propriedades anti-plasticas se oppõem á organização dos productos e formação dos coagulos intra-cardiacos. Os resultados foram todos negativos.

Em seguida fez uso da digitalis afim de acalmar o erethismo e as pancadas tumultuosas do coração, por serem muito favoraveis á projecção embolica no systema arterial, de coagulos existentes nas cavidades cardiacas, ou de fragmentos destacados das nodosidades vegetantes das valvulas.

Este tratamento é ainda incerto, e o emprego da

digitalis não convem em todos os casos de erethismo e arhythmia cardiaca.

Deroyer, em 1880, com o fim de favorecer o amolecimento ou esmigalhamento do coagulo, propôz que se exercessem pressões doces na arteria embolisada, acompanhadas das massagens na região onde estivesse o embolo.

Para nós e no nosso entender, este tratamento deve ser banido, porque é pessimo. Com pressões com massagem ou por qualquer acto mecanico, vamos produzir uma grande quantidade de novos coagulos, formados á custa do primeiro, que nós queremos fazer desaparecer e que, arrastados pela corrente sanguinea, vão causar outras tantas embolias e, portanto, outras tantas obliterações vasculares. É andar de mal para peor.

Quando estivermos em presença d'um caso acompanhado de gangrena sêcca das extremidades e que se limite apenas a um dedo ou até a todo o pé, recorre-se immediatamente aos meios cirurgicos para nos oppôrmos á sua invasão, começando no emtanto primeiro pelo repouso do membro e pelo seu aquecimento. Quando o esphacelo attinja todo o membro, ainda se recorre aos meios cirurgicos.

\*

\*

\*

Para se tratarem bem estas lesões, temos a considerar-lhes dois periodos que dependem dos seus

symptomas. Se apenas ha um sôpro, formando um periodo chamado *ensystolico*, o seu tratamento consiste em meios de que a therapeutica escusa de lançar mão. Ha apenas a fazer a hygiene do cardiaco.

Este periodo subdivide-se ainda em duas phases chamadas *de adaptação*, ao qual segue o *de compensação*, e enquanto existirem, é só á therapeutica hygienica que se deve recorrer.

Logo que o myocardio enfraqueça, ha um pouco d'arythmia, algumas palpitações, edema peripherico e estases venosas nos pulmões, e rins figado, apparece um novo periodo, o da asystolia.

N'este caso, forçoso é recorrer á therapeutica, aos medicamentos compensadores, porque o tratamento hygienico já pouco faz.

A importancia da hygiene no tratamento das cardiopathias valvulares é já muito antiga.

Primeiro que tudo, os doentes são prohibidos de fazer qualquer exercicio, pelo qual elles excitam, fatiguem ou enfraqueçam o seu coração de maneira que este orgão esteja o mais tempo possivel no seu periodo de tolerancia.

Foi assim que Laennec conseguiu fazer viver individuos atacados d'esta doença mais de vinte annos.

Estes doentes devem ter uma vida socegada, de maneira que os movimentos do coração se limitem unica e exclusivamente ao entretenimento da vida. É d'esta maneira que se consegue prolongar a vida de certos doentes até a idade de 90 a 95 annos. Devem ser prohibidos de qualquer trabalho intellectual.

A influencia dos climas, n'estes doentes, é tambem muito importante, pois convem-lhes só os climas temperados. Os calores excessivos são por elles mal supportados, porque, rarefazendo o ar, produzem uma sensação dyspneica, resultante dos esforços respiratorios necessarios para compensar a menor oxygenação do ar respirado. Assim o prova Dutroleau no seu *Tratado de doenças dos Europeus nos paizes quentes*.

Os climas frios e humidos são contra-indicados, por augmentarem a vaso-constricção peripherica, produzindo um trabalho mais energico do coração e tambem por expõem os doentes mais ao rheumatismo e affecções do aparelho respiratorio.

Os doentes que existirem á beira-mar devem ser retirados para a distancia de 1 a 2 kilometros da costa e collocados ao abrigo do vento, principalmente do vento frio.

Os climas das altitudes são tambem desfavoraveis a todos os cardiopathas, por causa do abaixamento da pressão atmospherica se reflectir na elevação da tensão arterial.

Convem que estes doentes se não elevem a mais de 500 metros. Devem escolher de preferencia os campos onde encontrarem repouso, podendo passear ao ar puro e sol.

Se viverem em cidades, devem escolher de preferencia as casas que não são muito frescas ou proximas d'agua, as que existam em ruas largas, bem limpas e sufficientemente arejadas, escolhendo n'ellas um

quarto onde o ar circule bem e onde os raios solares penetrem á vontade.

Das casas de campo, preferem-se as situadas á meia encosta, por estarem ao abrigo dos ventos fortes.

O leito deve ser convenientemente preparado, e collocado no meio do quarto, afim de evitar qualquer humidade que as paredes tenham.

De resto, o doente póde exercer certas profissões, das que não sejam muito fatigantes e que o não exponham ás variações bruscas de temperatura, ao ar impuro, a marchas prolongadas e, emfim, ás que o não fatiguem.

Ha quem lhes aconselhe passeios em bicyclette. Para nós é um tratamento que reprovamos.

Estas medidas são muito importantes; mas as que se referem á alimentação não o são menos.

Huchard diz que a alimentação, n'estas doenças, desempenha um grande papel, tanto como meio curativo, como preventivo.

O regimen carneo, de que ainda hoje se abusa, deve ser posto de parte, por ser uma causa poderosa de hypertensão arterial, o que se demonstra pelas toxinas lançadas na circulação, cuja acção vaso-constrictora está demonstrada. Esta hypertensão depende menos do myocardio ou da massa sanguinea do que do estado vascular.

É principalmente aos vasos que nos devemos dirigir para abaixar a tensão arterial.

Desde que exista esta hypertensão, devemos su-

jeitar o doente a um regimen lacteo-vegetariano, obrigando-o mesmo, dois ou tres dias, a regimen lacteo absoluto.

Tudo o que sejam refeições e bebidas abundantes, carne pouco cozida, caça, peixe do mar no verão, conservas alimentares e principalmente conservas de peixes, devem ser prohibidas a todos os individuos atacados de cardiopathias.

Deve dar-se-lhes uma alimentação que conste de leite com agua, legumes, alguns ovos, fructas, muito pouca carne, sendo banida na refeição da tarde, alimentos pouco salgados, pois será este regimen que fará diminuir a resistencia do coração peripherico, facilitando assim a do central, e por consequencia diminuirá o seu trabalho.

No emprego dos medicamentos, dividil-os-hemos em cinco grupos, e n'elles empregaremos os mais usuaes.

Ao primeiro dar-lhe-hemos o nome de *Cardio-tonicos diureticos*, e que actuam tonificando e afroixando o coração ao mesmo tempo que augmentam a diurese. Fazem parte d'elle a digitalis, por causa da sua acção antisystolica, a cafeina como excitante do coração e a theobromina pela sua acção diuretica.

No segundo entram os *Cardio-tonicos*, os que actuam mais directamente sobre o coração. Comprehende este grupo o estrophanto, a esparteina, a convallaria maialis e a digitalina.

No terceiro, *Cardio-tonicos secundarios*, aquelles que dirigem a sua acção, tonificando secundariamente

o coração, facilitando o seu trabalho, comprehende a medicação diuretica, purgantes, sangrias, nitritos.

No quarto entram os *Excitantes cardiacos*, os que augmentam um pouco a força e frequencia do coração, e são representados pelo ether, camphora, estrychnina, café, cafeina, opio e excitantes cutaneos, que são applicados na região precordial.

Do quinto e ultimo fazem parte — *Sedativos cardiacos*, os quaes diminuem a frequencia e força das systoles ventriculares. D'elle fazem parte a digitalis em pequenas doses, o aconito, a belladonna, a electricidade e o gêlo.

Emprega-se qualquer d'estes medicamentos conforme o estado do doente, sendo nós comtudo de opinião começar-se pelos de energia mais fraca e empregando-se a seguir os mais fortes.

O tratamento proposto e feito por Dieulafoy consiste em collocar sanguesugas na região precordial e hepatica, até produzirem uma sangria de 150 grammas. A alimentação é composta de leite, café e fructas. Para facilitar a diurese prescreve 30 grammas de lactose misturada e dissolvida em agua quente. Dá aos seus doentes alternadamente leite e lactose. A este regimen junta um medicamento que elle classifica de diuretico sem esgotar o rim, e de toni-cardiaco sem esgotar o coração. É o vinho diuretico de Trousseau. Prescreve uma a duas colhéres de sopa diariamente.

É melhor n'estas affecções começar por substancias menos energicas que esta; e, quando a sua acção se esgote, então recorrer a ellas como ultimo meio.

# OBSERVAÇÕES

## 1.ª Observação

O. dos Prazeres, de 21 annos de idade, solteira, natural de Vizella, concelho de Guimarães, entrou para a enfermaria de Clinica Medica em 2 de dezembro de 1905, queixando-se de dôres na cabeça, d'intolerancia gastrica e muito canção.

*Historia da doença.* — Ha cinco annos foi atacada pelo rheumatismo que a obrigou a estar de cama mais de dois mezes. Começou-lhe nas articulações do joelho, acompanhando-se de augmento de volume das mesmas, passando em seguida ás articulações do membro superior, das quaes poupou apenas as carpo-metacarpeanas. Convenientemente tratada, achou-se melhor do rheumatismo; mas, passado algum tempo, começou a sentir umas dôres no peito (região precordeal), a achar-se cançada quando fazia alguns esforços e a notar que o ar lhe faltava.

Começou d'ahi em diante sempre a soffrer, até que, ha tres mezes, lhe deu um segundo ataque de rheumatismo, não tão intenso como o primeiro, mas com consequencias peores do que elle.

Depois d'este segundo, nunca mais sahiu de casa, não podia fazer esforço algum e as dôres de cabeça tornaram-se-lhe intoleraveis, pelo que veio á consulta a este hospital, onde ficou.

*Antecedentes pessoais.* — Lembra-se só de ter o sarampo em pequena, não sabendo comtudo a idade, e mais tarde, dos 8 aos 9 annos, a varíola, estando de cama 25 dias. De resto foi sempre saudavel até aos 16 annos, época em que teve o primeiro ataque rheumatismal.

*Antecedentes hereditarios.* — Não conheceu o pae e nem sabe do que morreu.

A mãe já não é viva, fallecendo em consequencia d'uma tuberculose na idade de 50 annos. Teve tres irmãos dos quaes um morreu tuberculoso, outro não sabe de quê, tendo um ainda vivo, mas que diz ser muito doente.

*Estado actual.* — A doente apresentava-se muito fraca e pallida, com os labios um pouco syanosados, queixando-se de muitas dôres na cabeça e, ao mesmo tempo, de intolerancia gastrica, que suppozemos ser devida ao uso prolongado do salicylato de soda. Tinha dyspnêa intensissima.

Pelo exame que se fez na região precordial, podemos observar estar o coração augmentado de volume e desviado do seu logar, notando-se além d'isso a existencia d'um sôpro na ponta do coração que occupava e obscurecia o primeiro ruido e uma parte do pequeno silencio.

Era em jacto de vapor a principio, tornando-se depois em *pio*, tão característico, que bastava um pouco d'atensão para ser ouvido, ainda mesmo que se não auscultasse a região precordial. No pulmão ouviam-se distinctamente ralas sub-crepitanes de médias e pequenas bolhas. O pulso era pequeno, desigual e irregular.

*Diagnosticó.* — Foi diagnosticado ser a doente portadora d'uma insufficiencia mitral, proveniente de uma endocardite de natureza rheumatismal. Attribuímos o sôpro em fôrma de *pio* a qualquer fragmento de corda tendinosa que a corrente sanguinea fizesse vibrar. As constantes dôres de cabeça não poderam ser a principio diagnosticadas, mas só depois da autopsia.

*Tratamento.* — Esta doente, apenas entrou no hospital, tomou um laxante, sendo em seguida submettida ao hydro-soluto de iodeto de sodio; passados dias começou a tomar tres pillulas por dia de extracto thebaico e bromhydrato de quinina, socegando alguma coisa.

Passados 15 dias continuaram-lhe a apparecer as

dôres de cabeça com bastantes vomitos esverdeados. Foi-lhe administrada a phenacetina, sem resultado. Mais tarde tomou digitalis e tomou brometo. A doente cada vez peor. Administrou-se-lhe em seguida o vinho diuretico de Trousseau e em seguida cafeina. Deram-se-lhe injecções de morfina.

Falleceu em 21 de janeiro de 1906.

*Diario.* — No dia 2 de dezembro a doente tinha 36°,3 de temperatura e 83 pulsações por minuto. Em 3 tinha 36°,2 com as mesmas pulsações. Conserveu-se assim até 11 em que appareceu menstruada.

Até ao dia 24 esteve no mesmo estado; mas em 25 começou a sentir dôres de cabeça mais intensas em virtude das quaes passou as noites e dias em altos gritos, dizendo não as poder soffrer. O seu estado era cada vez peor, apparecendo-lhes os labios muito cyanosados e a face um pouco edemaceada. No dia 3 a doente teve hemoptyses. No dia 4 tinha 80 pulsações por minuto e 36° de temperatura.

Assim esteve os restantes dias até 21 de janeiro em que falleceu e não deixou de gritar até á hora da morte.

*Autopsia.* — Pela autopsia verificamos o seguinte: aberta a cavidade craneana, notamos as meninges um pouco descoradas, havendo sitios onde existiam fôcos hemorrhagicos. A superficie externa dos hemispherios encontrava-se tambem com varios fôcos hemorrhagicos e, por córtes successivos feitos n'elles,

deparamos com um abcesso purulento no ventriculo esquerdo do tamanho d'um ovo, tendo em volta uma pequena zona d'amollecimento.

Aberto este abcesso, colhemos algum pus que depois foi analysado.

Dignou-se o Ex.<sup>mo</sup> professor, Sr. Dr. Alberto de Aguiar, fazel-a e, do seu resultado, transcrevemos as palavras seguintes:

«Pelo exame directo, unico capaz de ser realizado devido á maneira como o pus lhe fôra entregue, não pôde averiguar a natureza do agente suppurativo, vendo no emtanto que não existiam os coccus da suppuração, mas alguns bacillos, que não fixavam o Gram, recordando comtudo o colibacillo.»

Este abcesso era o causador das dôres intensas que antes da doente fallecer a atormentavam e affligiam.

Não encontrando mais nada digno de menção, passamos em seguida á abertura da cavidade thoracica, encontrando primeiro adherencias do pericardio tanto ao coração como ao esterno. Abrindo a cavidade do pericardio, observamos a existencia d'algum liquido e procedemos em seguida á tiragem do coração. Examinando este, encontramol-o um pouco descorado, verificando n'elle que havia insufficiencia mitral.

Aberto em seguida, a superficie interna do ventriculo encontrava-se dilacerada em certos sitios e as suas cordas carnudas fragmentadaş, retalhadas.

A auricula continha alguns coagulos que já adhe-

riam ás suas paredes. Estavam ambos dilatados, tendo o ventriculo as suas paredes muito delgadas. O pulmão estava bastante congestionado, assim como o figado. No baço havia descoração.

O abcesso foi sem duvida causado por uma embolia septica.

## 2.ª Observação

J. de Jesus, de 40 annos de idade, casada, domestica, natural de Castro Daire, entrou para este Hospital de Santo Antonio em 14 de janeiro de 1906, em estado agonico, fallecendo pelas 8 horas do dia 17 do mesmo mez, sem nunca dar accordo de si.

Podémos observar que o coração trabalhava de uma maneira arhythmica, sem nos ser possível contar as pulsações, tal era a sua rapidez e pequenez em que se nos apresentára. O pulmão era cheio de ralas subere-pitantes em toda a sua face anterior. Foi tratada a injecções d'ether e cafeina.

*Autopsia.* — Procedendo á autopsia e começando pela abertura da cavidade craneana, pouco encontramos d'anormal, a não ser uma descoração muito accentuada tanto dos hemispherios cerebraes, como das meninges.

Pelos córtes nada observamos d'importante.

Passando á região thoracica, e aberta, podémos notar que os pulmões estavam intensamente congestionados, havendo zonas escuras; e por córtes prati-

cados em diversos pontos, deixavam escorrer uma grande quantidade de sangue.

Na cavidade pericardica pouco liquido havia; e, tirado o coração, vimos as suas paredes exteriores de côr amarellada, com pequenas manchas escuras.

Notamos pela abertura, que existiam zonas de tecido duro em volta do orificio auriculo ventricular esquerdo, com encurtamento do seu calibre, admitindo apenas um lapis dos mais delgados, unico objecto que na occasião tinhamos á mão. A auricula estava bastante dilatada, havendo na sua cavidade bastantes coagulos, uns em suspensão na grande quantidade da massa sanguinea ahi existente, outros já adherentes ás suas paredes. O ventriculo encontrava-se atrophiado e com paredes muito espessas. As valvulas estavam quasi adherentes completamente ás paredes do ventriculo.

Passamos ao abdomen e encontramos as visceras digestivas em sitios com grandes placas escuras. O rim estava esclerosado em quasi toda a sua superficie, e no baço havia uma zona muito grande de necrose já com esphacelo proveniente de embolia da arteria esplenica, o que foi diagnosticado acto continuo á observação d'este phenomeno. Os edemas nos membros eram pouco accentuados.

Nada mais podémos colher.

### 3.ª Observação

M. J. Rodrigues, de 57 annos, viuvo, carpinteiro,

natural do concelho de Gaya, entrou para o hospital em 14 de maio de 1906, sendo requisitado para a enfermaria de clinica medica em 23 do mesmo mez; apresentava paralyisia da metade direita do corpo.

*Historia da doença.* — O doente narra-nos assim a sua doença: ha cerca de quinze dias andava n'umas obras, e desconfiou trazer ictericia, pelo que procurou um homem entendido que era amigo d'elle, o qual lhe mandou tomar uma droga, e que elle fez em sua casa.

No dia seguinte, ao meio dia, começou a sentir umas tonturas na cabeça, cahindo em seguida no chão. De repente, sem perder no emtanto o accordo de si, percebeu que lhe era impossivel mexer o braço e perna direitas. Chamou um clinico, que depois de medicar, o mandou recolher ao hospital, o que elle fez.

*Antecedentes pessoas.* — Foi sempre achacado a doenças.

Ha annos, que elle não sabe bem precisar, teve um forte ataque de rheumatismo que o obrigou a estar em casa mais de 3 mezes. Apareceram-lhe mais tarde muitas dôres no peito, acompanhadas de tosse e expectoração sanguinea.

Tinha frequentes dôres de cabeça e muito fortes, chegando a perder a noção de tudo o que o cercava, parecendo-lhe andar tudo á roda. Nunca teve outra

qualquer doença. Entregava-se bastante a bebidas alcoolicas, sabendo no entanto que lhe faziam muito mal, porque soffria bastante depois de as beber.

*Antecedentes hereditarios* — O pae era saudavel, bastante alcoolico e de genio irritavel. A mãe é saudavel e ainda vive. Do resto da familia nada sabe. Teve, em 10 annos, 11 filhos, morrendo-lhe 7 sem saber do quê e sendo os restantes ainda vivos.

*Estado actual.* — Pelo exame do doente, verificou-se haver paralyisia da perna e braço direito, assim como da metade da face do mesmo lado. A comisura labial do lado affectado estava mais baixa do que a do outro lado; os sulcos labio-genianos mais encovados.

A lingua fóra da bocca inclinava a ponta para o lado direito. O reflexo rotuliano do mesmo lado estava abolido. Fizemos na planta do pé ligeiras excitações e observamos que os dedos executavam movimentos de extensão dorsal, phenomeno de Babinsk, emquanto que do lado são faziam uma flexão muito pronunciada. Havia hemianesthesia tanto a sensibilidade tactil como á dôr, observado por picadas de alfinete em toda a metade direita, sendo mais accentuada no ante-braço e mão.

Vendados os olhos o doente não podia distinguir o valor dos objectos nem determinar a sua natureza e dimensões pela palpação. O sentido muscular era ainda perfeito, não existindo ainda contra-

ctura nem atrophia. Havia integridade dos esphincteres.

Examinando o aparelho respiratorio, a simples inspecção nos mostrou que, a cada movimento respiratorio, o thorax e o abdomen se levantavam como se fossem formados por uma só peça.

Applicada a mão sobre a região precordial percebia-se um fremito, a ponta do coração batia no 6.º espaço intercostal e um pouco para fóra do mamillo.

A auscultação do coração deu-nos um sôpro presystolico e um desdobramento do segundo ruido. O pulso era fraco e pequeno. Os pulmões pouco deram; apenas alguns sarridos muito raros e espalhados.

*Diagnostic.*— Todos estes symptomas por nós observados, nos levaram ao diagnostico d'uma hemiplegia em consequencia de embolia cerebral, visto tratar-se d'uma lesão mitral de natureza rheumatismal.

*Tratamento.*— Durante a sua estada n'esta enfermaria o doente foi tratado pelo iodeto de sodio. Pouco ou nenhum resultado lhe deu nem mesmo nós podémos observar até que ponto chegou esta doença, porque o doente apenas se conservou uns seis dias dentro da mesma enfermaria. Foi para sua casa e nunca mais podémos colher informações suas.

4.<sup>a</sup> Observação

J. G. M., de 44 annos de idade, casado, proprietario, natural de Táboa, foi observado por nós em 21 de julho de 1906. Do exame apuramos ser portador d'uma bronchite, e ao mesmo tempo de um aperto mitral.

N'este dia déra-lhe um ataque, pelo que o doente esteve quasi a expirar. Narrou-nol-o d'esta maneira: que logo que se deitou, começou a sentir-se indisposto, suando muito, que estes suores eram frios, seguindo-se-lhe umas palpitações e suffocação intensas acompanhadas d'uma dyspnêa muito accentuada.

Foi preciso sental-o na cama, porque elle já não podia fazêl-o e depois consegui a penetração d'ar no peito por lhe levantarem compassadamente os membros thoracicos (respiração artificial), pelo que descansou mais um pouco. Era impossibilitado de fazer qualquer esforço, e mettia-se bastante em bebidas alcoolicas.

*Antecedentes pessoaes.*—Soubemos apenas ser bastantes vezes atacado de falta d'ar, não podendo investigar mais nada, em virtude do seu estado.

*Antecedentes hereditarios.*—Não conheceu o pae, dizendo-nos no emtanto que morrêra com uma lesão no coração. A mãe conheceu-a bem; disse que tivera a mesma sorte que o pae e do mesmo mal.

Teve quatro irmãos, dos quaes um morreu tambem de lesão cardíaca, sendo sempre saudavel até este momento. Uma irmã começou a soffrer de falta d'ar, de palpitações e canção aos 21 annos, morrendo da mesma maneira aos 27. Os restantes irmãos são ainda vivos, sendo um d'elles tambem cardíaco, pois deixou-nos, por pedido, observar, e encontramos um sôpro presystolico com desdobramento do segundo ruido. O outro é são e saudavel.

O nosso doente foi sujeito a medicamentos compensadores e andou um pouco melhor até ao dia 26 d'agosto, época em que lhe deu segundo ataque, de noite, e muito mais intenso que o primeiro.

Chamados no dia seguinte e observando o doente, vimos estar livido, com os labios um pouco cyanosados. Os membros inferiores eram bastante edemaciados. O pulso era filiforme, incontavel. Tinha 42 movimentos respiratorios por minuto e eram muito superficiaes.

No coração observamos a existencia de tachicardia. Era admiravel como trabalhava, mas em vão, porque passadas duas horas o nosso doente falleceu.

N'esta familia, o que se torna interessante é todos morrerem da idade de 44 annos e alguns dias.

O nosso doente, desde o primeiro ataque começou a contar os dias que ainda podia viver, por lhe faltarem seis dias para completar os 44 annos. Preparou tudo, foi dizendo á familia o que deviam fazer, e ao mesmo tempo prevenindo-a algumas vezes de

que em breve haveria um desenlace fatal por parte d'elle.

Ouvimos-lhe muita vez, quando nos pedia que lhe déssemos saude por mais dois dias, que então tinha a certeza de escapar; pois os paes e irmãos tinham morrido de 44 annos e 5 dias. Era d'esta idade que elle morreria, o que de facto aconteceu.

Aqui temos um bello caso de aperto congenito que tem arrastado toda uma familia e todos da mesma idade.

O irmão do nosso doente, que é tambem cardia-co, tem 39 annos.

Veremos se o que elle espera lhe sáe certo.

\*

\*            \*

Mais casos foram por nós observados durante o nosso 5.º anno escolar; mas, para realçar a importancia e o perigo d'estas lesões, achamos já estes bastarem.

Alguns, que tivemos occasião de vêr, sahiram do hospital para irem acabar na companhia das familias, como succedeu a uma mulher de Gaya, que, estando na enfermaria da Escóla, pediu isso. Falleceu no caminho.

## PROPOSIÇÕES

**Anatomia.**—O ligamento coxo-femural tem impropriamente o nome de ligamento redondo.

**Histologia.**—A fibra muscular cardiaca não é um elemento anatomico primordial.

**Pathologia geral.**—As estases pulmonares, frequentes no aperto mitral, não são favoráveis ao desenvolvimento da tuberculose.

**Physiologia.**—O choque do coração não é devido ao bater do mesmo na parede thoracica.

**Anatomia pathologica.**—A diapedese é um phenomeno activo.

**Materia medica.**—O tratamento das cardiopathias valvulares depende mais dos doentes do que das pharmacias.

**Pathologia interna.**—Não basta que a auscultação revele um sopro ou um desdobramento nos ruidos cardiacos, para se affirmar a existencia d'uma lesão organica.

**Pathologia externa.**—Na abertura d'um abcesso nunca se deve incisar a sua parede profunda.

**Medicina operatoria.**—Na amputação do penis, a urethra deve ser seccionada n'um plano anterior ao dos corpos cavernosos.

**Hygiene.**—Nas doenças de declaração obrigatoria devemos incluir a syphilis.

**Medicina legal.**—É difficil, d'uma maneira geral, verificar se o aborto foi ou não provocado criminosamente.

**Partos.**—Nas bacias rachiticas inferiores a 9<sup>cm.</sup>, o emprego do forceps é sempre contra-indicado para um fim therapeutico.

---

Visto.

Thiago d'Almeida,  
Presidente.

Póde imprimir-se.

Mozes Caldas,  
Director.