

N.º 6.

DIAGNOSTICO DOS ANEURISMAS

DA

AORTA THORACICA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

POR

Candido Escorcio Tellaço

PORTO

TYPOGRAPHIA DE A. F. VASCONCELLOS, SUCCESSORES
51, Rua de Sá Noronha, 59

1899

93/6 EMC

deu ao Sr. Antonio
do Alentejo

Ezequiel
 Agostinho Antonio dos Santos
 Ricardo d'Almeida Jorge
 Manoel d'Almeida
 Clemente Jorge dos Santos Lima

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

DR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

Corpo Cathedratico

Lentes cathedraticos

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria. | Agostinho Antonio do Souto. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica. | Augusto Henrique d'A. Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Ricardo d'Almeida Jorge. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica. | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| Pharmacia | Nuno Freire Dias Salgueiro. |

Lentes jubilados

- | | | |
|-------------------------|---|-------------------------|
| Secção medica | { | José d'Andrade Gramaxo. |
| | | José Carlos Lopes. |
| | | Pedro Augusto Dias. |

Lentes substitutos

- | | | |
|----------------------------|---|----------------------------------|
| Secção medica | { | João Lopes da S. Martins Junior. |
| | | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| Secção cirurgica | { | Clemente J. dos Santos Pinto. |
| | | Carlos A. de Lima. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica | Luiz de Freitas Viegas. |
|----------------------------|-------------------------|

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

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)

À MEMORIA

DE

MEU FILHO

A minha mulher

A meus paes

Permitti que n'estas simples linhas
vos exprima o quanto vos quero
e toda a minha gratidão.

A MINHAS IRMÃS

Helicia, Alba e Antonia

A MEU TIO

Dr. Manoel Agostinho Tollaço

ETERNA GRATIDÃO.



Á MEMORIA

DE

MEU CUNHADO

Raphael ❧



AOS MEUS PRIMOS

Alfredo, Pulcheria, Cincinnato, Sophia e João

E

SUAS FAMILIAS

Profundo reconhecimento.

AOS AMIGOS DEDICADOS

João da Fonseca Cruz

E

Synacio Caetano Xavier

Aos meus parentes

AOS ILLUSTRES ORNAMENTOS D'ESTA ESCOLA

OS JLL.^{mos} E EX.^{mos} SNRS.:

Dr. Antonio d'Azevedo Maia.

Dr. Ricardo d'Almeida Jorge.

Dr. Candido Augusto Correia de Lino.

Dr. Roberto B. do Rosario Frias.

Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.

DISCIPULO RECONHECIDO.

AOS MEUS CONDÍSCIPULOS

E EM ESPECIAL A

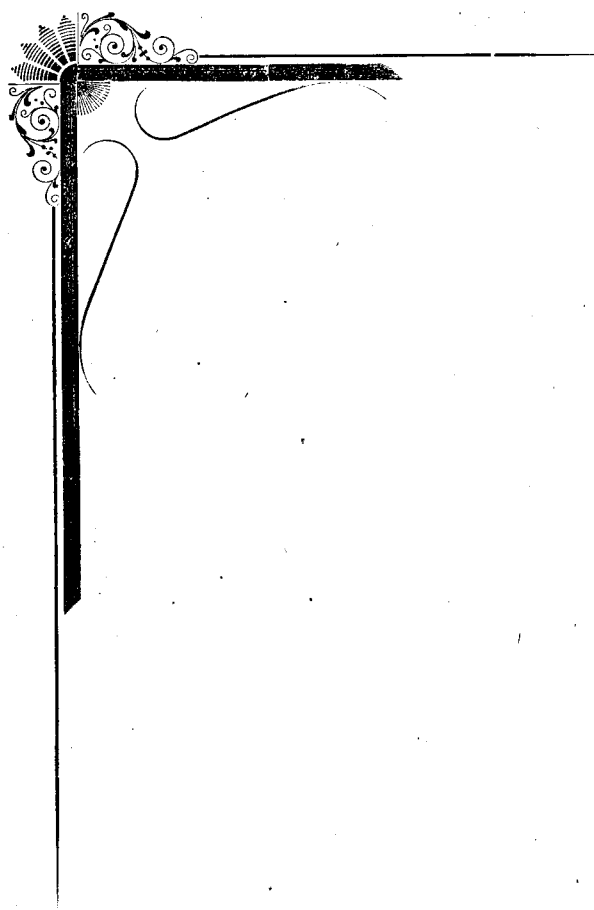
Abílio de Carvalho Areal.
Aleixo Guerra.
Alberto Maia Cruz do Valle.
Alfredo Vieira.
Americo Herculanio d'Azevedo Campos.
Antonio Paiva Soares d'Azevedo.
Antonio Pinto de Mesquita.
Arnaldo Alberto de Sousa Lobão.
Cesar Viriato França.
Francisco Neves de Castro Junior.
Henrique Navarro.
Joaquim Alves da Silveira.
José Esteves de Moura Junior.
José Joaquim Gomes de Lemos.

Aos meus amigos

AO ILLUSTRE PRESIDENTE DA MINHA THESE

O JLL.^{MO} E EX.^{MO} SNR.

Dr. Antonio Placido da Costa



PROLOGO

Escolhendo para titulo da minha dissertação inaugural, o *diagnostico dos aneurismas da aorta thoracica*, não posso deixar de em primeiro logar descrever as suas causas, frequencia e symptomas; e está bem clara a necessidade que tenho de o fazer, pois como evidentemente se comprehende, se a sua etiologia e frequencia são uteis para um bom diagnostico, a sua symptomatologia é indispensavel.

Todo aquelle que se propoz a fazer o

diagnostico de uma doença, deve primeiro que tudo, colher mas saber colher uma somma de symptomas que entram como factores na equação em que x é o diagnostico. O valor d'este x , será forçosamente diverso do verdadeiro se os dados não forem os que devem entrar em fogo na equação.

Em vista do exposto, apresentarei pois em primeiro lugar, n'este meu insignificante trabalho, a frequencia e etiologia d'estes aneurismas, em seguida a sua symptomatologia, para conjugando estes dados, d'accordo com os conhecimentos pathologicos que possuo, resolver o problema a que me proponho, qual seja o de fazer o seu diagnostico.

Frequencia e etiologia dos aneurismas da aorta thoracica

Antes de profundar a materia da minha dissertação, vou procurar estabelecer a frequencia comparativa dos aneurismas das varias arterias, ponto de vista este, no qual nenhuma leva a primazia á aorta thoracica.

A maioria dos auctores, senão todos, admittem que são os aneurismas d'este grosso vaso os mais geralmente observados.

Consultando a estatistica de Crispi, que apresenta 551 casos (todos observados em Inglaterra), vê-se:

Arteria pulmonar e seus ramos . . .	2 casos
Aorta thoracica	175 »
Aorta abdominal e seus ramos . . .	59 »
Iliaca primitiva	2 »

Iliaca externa	9 casos
Arteria glutea	2 »
Arteria femoral	66 »
Arteria poplitea	137 »
Tronco brachio-cephalico	20 »
Tibial posterior	2 »
Carotidas	25 »
Intracraneeas	7 »
Temporal	1 »
Ophthalmica	1 »
Sub-clavia	23 »
Axillar	18 »
Humeral	1 »
Subscapular	1 »

Procurando agora interpretar o motivo da predilecção dos aneurismas pela aorta thoracica, e designadamente por certas porções d'este grosso vaso, temos que invocar varios elementos.

Em primeiro lugar, recordemos a proximidade do coração, depois a disposição anatomica da aorta, finalmente a constituição histologica das suas paredes.

No primeiro caso admittimos que, recebendo a arteria o sangue directamente do coração, seja elle fortemente impellido pelo orgão propulsor e exerça pressão violenta sobre a parede interna do vaso, que se irá dilatando pouco a pouco até constituir o aneurisma.

Por outro lado — Kùchmeister — diz ter verificado desigualdade na elasticidade das tres tunicas arteriaes da aorta, e além d'isso, sabemos que a parede interna da arteria representa um papel muito bai-

xo na hierarchia histologica, relativamente ás outras duas tunicas externa e média, sendo d'estas duas a média muito mais elastica. Representando a tunica interna da arteria um papel meramente physico, papel de verdadeiro verniz, em relação á circulação e por conseguinte dotada de vitalidade minima; é a razão porque n'ella não se observam phenomenos inflammatorios analogos aos dos tecidos vascularisados, mas sim, esta tunica inflamma-se como a cornea transparente, com a qual Peter a considera de grande analogia. Peter attribue ás endoarterias sómente lesões d'ordem physica, lesões estas que resultam do choque communicado ás paredes do vaso arterial pela massa sanguinea, da fadiga, e finalmente do gasto, que nos parece ainda uma resultante do attrito continuo e prolongado, determinado pela corrente sanguinea.

Baseados nos factos que acabamos de expôr, Peter creou quatro leis, a saber:

- 1.^a — Lei dos diametros.
- 2.^a — Lei das curvaturas.
- 3.^a — Lei dos esporões.
- 4.^a — Lei das violencias externas.

Para justificação da primeira lei, dos diametros, Peter considera na parede interna do vaso, o choque e o attrito, indigitando como pontos em que o choque se exerce com maior intensidade, aquelles em que se faz a reflexão da onda sanguinea, ou seja, ao nivel das curvaturas arteriaes.

Conforme a segunda lei, o attrito e o choque serão mais consideraveis, justamente no ponto em que os vasos se curvam, o que justifica a maior frequência das dilatações n'esses logares.

Pela terceira lei, os choques e os attritos far-se-hão sentir preponderantemente, ao nível das ramificações arteriaes, no ponto em que se quebra a onda sanguinea. E' evidente que desde que uma arteria se bifurca, existe um angulo formado pelas faces proximas dos vasos provenientes d'essa bifurcação, e é de encontro ao vertice d'esse angulo que se dá a maior pressão do sangue.

A quarta lei, dá-se principalmente ao nível das articulações, como no joelho, em que os movimentos, além de frequentes, são violentos.

A primeira lei parece ser confirmada pelas estatísticas, pois todas ellas demonstram que na aorta são mais communs os aneurismas, ao nível do seio de Valsalva, junto ás valvulas sigmoidêas.

A segunda lei é ainda sancionada pela observação clinica, registando as estatísticas mais casos de aneurismas ao nível da crossa da aorta, principalmente na sua porção convexa.

Passemos em seguida ao estudo etiologico dos aneurismas, considerando-lhe as causas, tanto predisponentes como occasionaes.

No grupo dos primeiros estudaremos em primeiro logar a idade, passando em seguida ao sexo e naturalidade.

Como causas efficientes, temos a considerar a sy-

philis, paludismo, rheumatismo, gotta, alcoolismo, etc., e ainda os esforços.

Edade. — E' uma causa que predispõe incontavelmente ao aneurisma, e para o demonstrarmos, basta-nos transcrever a seguinte estatistica de Crispi.

Apresenta 120 casos de, dilatações aneurismaes divididas por edades, da seguinte fórma:

13 annos	.	.	.	.	.	1 caso
15 a 20	»	.	.	.	.	3 casos
20 a 25	»	.	.	.	.	5 »
25 a 30	»	.	.	.	.	12 »
30 a 35	»	.	.	.	.	24 »
35 a 40	»	.	.	.	.	15 »
40 a 45	»	.	.	.	.	20 »
45 a 50	»	.	.	.	.	17 »
50 a 55	»	.	.	.	.	11 »
55 a 60	»	.	.	.	.	6 »
60 a 70	»	.	.	.	.	3 »
70 a 80	»	.	.	.	.	3 »

Por esta estatistica, facil é a verificação de que os aneurismas da aorta thoracica são mais frequentes nos individuos de 25 a 55 annos, sendo rarissimos nos menores de 20 annos, bem como n'aquelles que attingem edade superior a 60 annos. Em individuos de edade inferior a 12 annos, ainda nos não foi dado vêr relatada observação alguma de aneurisma, não se podendo já dizer o mesmo d'aquelles de edade superior a 60 annos, pois já foi observado um caso d'aneurisma da crossa da aorta n'um individuo de

idade superior a 65 annos, confirmando-se o diagnostico pela autopsia que se seguiu ao fallecimento do paciente, consecutiva á ruptura do sacco no esophago.

A proposito da idade, Broca diz:

A' medida que o individuo caminha em idade, augmenta-lhe a predisposição para os aneurismas supra-diaphragmaticos, e diminue para os infra-diaphragmaticos, o que é demonstrado pela sua estatistica, que é a seguinte:

Até 30 annos	12 casos
De 30 a 39 annos	58 »
De 40 a 49 »	46 »
De 50 a 59 »	28 »
De 60 em diante	18 »

Eis a estatistica de Crispi e Broca, relativamente aos aneurismas thoracicos nas diversas edades da vida.

Como é que se poderá explicar a razão da pouca frequencia nos individuos velhos e nos novos?

No primeiro caso, achamos que, consecutivamente ao endurecimento das paredes arteriaes, devido a causas diversas, as placas atheromatosas que n'ellas se encontram, tiram-lhes completamente a elasticidade, endurecem-n'as, impedindo portanto, a parede vascular de dilatar-se, a não ser que se admitta que as placas atheromatosas se localisam apenas na tunica interna do vaso em questão, o que nos não parece opinião rasoavel.

Emquanto á minima frequencia nos menores de 20 annos d'idade, é attribuida á menor energia do coração, e por conseguinte, á menor pressão do sangue sobre o vaso muito elastico, e á maior elasticidade das tunicas arteriaes, favorecida grandemente pelo menor attrito que sobre ellas causa a massa sanguinea.

Sexo. — E' outra causa que sem duvida nenhuma predispõe aos aneurismas thoracicos principalmente, sendo incontestavel a menor frequencia dos aneurismas em relação á mulher, a não ser que seja o dissecante, que é muito mais frequente no sexo feminino.

Acreditamos que a maior frequencia das dilatações aneurismaticas no homem seja devida á influencia do meio, attento que o individuo do sexo masculino, de par, com grandes esforços que emprega, abusa mais que a mulher dos prazeres de Baccho; e ao mesmo tempo que o homem augmenta a pressão sanguinea pela força que emprega na occasião, facilita a alteração pelo alcool, da tunica interna das arterias. Se ainda nos fosse permittido, invocaria em auxilio do que acabo de expôr, o abuso maior (em geral) por parte dos individuos do sexo masculino, dos prazeres sexuaes.

Naturalidade. — Emquanto á influencia da naturalidade, na producção dos tumores aneurismaticos, ella é indiscutivel para muitos auctores; mas crêmos mais acertada a opinião dos que lhe reduzem a in-

fluencia na etiologia d'estes tumores, em favor da acção d'outras causas, como são os costumes, usos e profissões de cada individuo.

Para alguns auctores, são os inglezes os mais atacados de tumores aneurismaticos, pois em publicações periodicas, antigas é verdade, em 129 casos de aneurismas citados, 74 casos eram attribuidos a inglezes; 18 a allemães; 16 a americanos; 13 a francezes; 4 a russos; 2 a hollandezes e 2 a belgas; pelo que se vê que mais de metade dos casos era pertencente a inglezes.

Dissemos acima que deviamos fazer recahir a maior influencia causal aos costumes, profissões, usos, etc.; e effectivamente d'estes casos que acabamos de citar, os individuos são ora alcoolicos, ora tem rheumatismo, ou são gottosos, etc.

Nos marinheiros, nos individuos que tocam instrumentos de sopro, que como sabemos desenvolvem tambem muito esforço, são tambem muito communs os aneurismas.

Outros povos ha, em que até ha bem pouco tempo não foram descobertos os aneurismas, e entre os francezes mesmo, a proporção dos casos resados nas estatisticas, não está d'accordo com a profissão, usos, etc., dos individuos.

Pelo exposto, somos pois levados a declarar que não admittimos a influencia d'esse factor etiologico.

Alguns auctores admittem ainda como causa predisponente, uma diathese aneurismal, invocando em seu auxilio um caso de aneurisma multiplo, observa-

do por Pelletan, em um individuo que os tinha em numero de 65, disseminados pelas diversas arterias do organismo.

Admittimos a expressão diathese n'este caso, não no sentido em que a tomaram os antigos, mas na sua significação figurada de tendencia morbida.

Uma outra causa predisponente, admittida como factor importante na producção dos aneurismas, é a presença d'um corpo extranho no interior dos vasos. Parece-nos real tal influencia, parecendo-nos que a arterite em placas pôde ser determinada pela irritação das tunicas arteriaes, pelo corpo extranho.

Passemos em seguida ao estudo das causas efficientes: syphilis, paludismo, rheumatismo e gotta, alcoolismo e esforços.

Primeiro consideremos a influencia da syphilis, paludismo e tuberculose pulmonar na producção das arterites em placas, pois sendo essas affecções as causas mais communs das arterites, devem igualmente influir na producção dos tumores aneurismaes. Lancereaux considerando estas tres doenças, syphilis, paludismo e tuberculose pulmonar, mais frequentes no exercito e na armada, do que na população civil, diz que os aneurismas devem tambem ser mais frequentes nos soldados e marinheiros do que na população civil.

Lancereaux, contrariamente á opinião dos auctores inglezes, acredita com um exclusivismo admiravel, ser o paludismo a unica causa de tumor aneurismal, produzindo primeiramente uma inflamação

da tunica interna dos vasos — *arterite* — inflamação essa que, localisada na tunica interna, se propaga mais tarde á tunica média, destruindo-as quasi completamente, facilitando assim a formação do sacco aneurismal. Os auctores inglezes, alliam ao paludismo o alcoolismo e a syphilis, tambem como causas efficientes da arterite e por conseguinte provocadora dos aneurismas.

Considerando as opiniões já emitidas, a clinica outorga-nos o direito de, rastreando o modo de vêr de Lancereaux, admittir como principal causa dos aneurismas, uma arterite circumscripta ou generalisada, esta raramente, contanto que se opere uma alteração da tunica média dos vasos, que, como sabemos, é onde, por motivo de existencia de fibras elasticas reside a elasticidade d'uma arteria, não despresando comtudo a opinião de outros tantos mestres, diversas das doutrinas de Lancereaux, que admittem juntamente com o paludismo, os effeitos do alcoolismo, e ao mesmo tempo da syphilis, bem como a acção sobre os vasos de uma predisposição pathologica do organismo, predisposição especial, a que se denomina diathese, aneurismal para o caso.

Em favor das doutrinas de Lancereaux, citamos uma observação particular, d'um individuo em que foi diagnosticado aneurisma da arteria aorta thoracica, e pelos dados anamneticos que acompanham a mesma observação, verifica-se não fornecer, não apresentar esse individuo outra causa de doença, que não o paludismo de que fôra tempos antes acommet-

tido, accrescendo ainda, que esse individuo, tinha passado quasi toda a sua vida no mar, quer como pescador, quer como marinheiro de navio mercante. A sua sahida d'esta cidade, impede-nos de dar a observação completa.

Eil-a :

X, 28 annos de idade, solteiro, maritimo, foi presente á minha observação na dia 28 de janeiro.

ANTECEDENTES PESSOAS. — Disse que havia um mez se queixava de febres de character intermittente quotidiano, sendo os accessos precedidos de calafrio mais ou menos forte. Disse ser esta a sua primeira doença. Nega antecedentes venercos e syphiliticos; refere que fazia moderado uso de bebidas alcoolicas, tendo-as abandonado completamente, desde que começou a ter accessos febris; não abusava dos prazeres sexuaes, que desconheceu até aos 20 annos.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — O pae falleceu de tuberculose pulmonar, sendo a mãe viva e forte, referindo o paciente, haver ella soffrido tambem de febres intermittentes

HISTORIA PROGRESSA DO ESTADO ACTUAL. — No dia 9 de fevereiro, começou o doente a queixar-se de vertigens, que algumas vezes fortes, o prostraram por terra, com perda completa dos sentidos. Antes de haver embarcado como marinheiro em navio mer-

cante, exercia a profissão de pescador, expondo-se por conseguinte ás chuvas e ás variações de temperatura, de par com esforços musculares consideraveis que ás vezes desenvolvia. Refere mais o paciente, ter-se-lhe manifestado ha cinco mezes, edema das extremidades inferiores.

EXAME DOS ORGÃOS E APPARELHOS. — Do exame do aparelho cardiaco, apura-se o seguinte: na altura do segundo espaço intercostal, á direita do sterno, existe uma zona de som baço que ultrapassa de 4 a 5 centímetros o rebordo do osso. N'esta zona, a dôr é provocada pela pressão. A' auscultação, o coração nada denota de anormal; do mesmo modo, o stethoscopio, não permite reconhecer nenhum ruido anormal na zona de som baço.

Pelo exposto, parece tratar-se d'um tumor aneurismal da aorta descendente, expresso clinicamente por dois unicos signaes: *augmento de som massivo da região preaortica e diminuição do pulso direito*. A ausencia de phenomenos de compressão, decorre n'este caso da séde do tumor, localizado n'um ponto do arco aortico, em que habitualmente faltam estes phenomenos. Quanto á diminuição do pulso direito, é difficil conceder credito á narração do doente, attribuindo o seu apparecimento a outras causas, como uma placa de atheroma localisada na embocadura do tronco brachio-cephalico, quiçá mesmo, um achatamento pelo proprio tumor. (O doente diz que desde criança tem o pulso desigual).

O interesse d'este caso reside na circumstancia de não se ter denunciado o tumor, por nenhum dos phenomenos subjectivos que ordinariamente acompanham as affecções d'esta especie: não houve dôr nem compressão da veia cava ou auricula direita. Encajado por este lado, o nosso doente, apresenta pois, aquella variedade de aneurismas em que, consoante a divisão de Byron-Brammel, ha signaes mas não ha symptomas.

Ao passo que em favor da theoria de Lancereaux apresentamos este caso, o mesmo não acontece aos que, pretendendo como elle exclusivismo absoluto, querem fazer do alcool e da syphilis as causas efficientes para produzirem aneurismas.

Que devemos denominar arterite?

Não é mais que a alteração das tunicas d'uma arteria, tomando então denominações de: arterite circumscripta, cuja causa é attribuida á syphilis; arterite em placas, que se caracteriza principalmente pela formação de placas sclerosas localizadas na tunica interna e invadindo a média, sendo susceptivel de invadir a parede vascular, originando então o aneurisma; é esta a arterite paludica do professor Lancereaux; finalmente, temos a arterite generalisada, que não é mais do que, na sua ultima expressão, a arterio-sclerose generalisada, que como acima dissemos, concorre excepcionalmente para a produção dos aneurismas.

Quanto á influencia da syphilis produzindo a arterite, e portanto concorrendo como factor predispo-

nente dos aneurismas, é uma causa que tem dado assumpto para serem travadas discussões entre auctores inglezes e francezes, admittindo os primeiros, uma arterite muito especial e especifica, *arterite syphilitica*, baseando-se estes auctores em estatisticas de medicos da marinha britannica, salientando-se a publicada por Davidson, que diz que em 114 autopsiados, encontrou 22 atheromatosos, sendo d'estes, 17 incontestavelmente syphiliticos, ao passo que dos 78 não syphiliticos, sómente em 4 foram encontradas as placas de atheroma.

Lancereaux, duvidando da palavra de Davidson nega, não acredita na existencia de taes tumores; e, terminando a sua critica, parece querer dar tambem á syphilis, um papel etiologico, pois, diz elle, seria muito difficil a coincidencia das duas lesões, syphilis e tumor aneurismal.

Posteriormente a Davidson, apparece Welch sustentando a mesma doutrina e traz em seu auxilio uma estatistica, organizada por elle mesmo, de 100 doentes, dos quaes 60 pelo menos, tinham na aorta vestigios de manifestações syphiliticas.

Outra estatistica ainda, que prova a influencia da syphilis nas manifestações aneurismaticas, porém, associada ao alcool, foi apresentada á discussão. Essa estatistica que foi tomada em colonias inglezas, em logares pantanosos, onde sem duvida alguma, reinava o paludismo, vem dar margem á critica de Lancereaux, que logo apparece, declarando nulla tal estatistica, que chama em auxilio da sua theoria, attribuindo

os casos d'aneurismas n'ella citados á presença de hematozoario de Laveran, em uma palavra, ao paludismo, produzindo a arterite em placas, causa predisponente da affecção que estudamos.

Se a syphilis fosse capaz de por si só concorrer para a producção da arterite syphilitica e por conseguinte, se por si só ella predispozesse ao aneurisma, a frequencia d'essa affecção, seria assustadora, o que não acontece. Quanto a ser o aneurisma exclusivamente influenciado pela affecção syphilitica, não acreditamos, parecendo-nos indispensavel a concomitancia de outros factores etiologicos. Pelas estatisticas dos hospitaes militares, que não reproduzimos, para não alongar muito o nosso trabalho, vemos que, dos soldados, principalmente dos que constituem a força de terra, quasi todos são attingidos por um cancro syphilitico, cujas manifestações secundarias foram bem patentes, attendendo o periodo que decorreu da infecção.

É na força de terra que se encontra maior numero de individuos syphiliticos, sendo mesmo difficil retirar um certo numero que esteja livre da infecção, mas não é sobretudo n'esses individuos, que encontramos com mais frequencia as dilatações arteriaes, considerando mesmo em relação a qualquer arteria, sem nos referirmos especialmente ás de grande, médio ou pequeno calibre.

Um outro factor etiologico que não devemos calar, é o alcoolismo e a sua influencia na producção dos aneurismas.

Pouco se encontra escripto a este respeito, admitindo os que se têm occupado da questão, uns, que o alcool exerce influencia notavel sobre as arterias, produzindo a hypertrophia do tecido intersticial da tunica média dos vasos, destruindo as fibras musculares e elasticas da referida tunica, depois de ter actuado sobre a membrana interna, pouco resistente, inflammando-a e destruindo-a.

Outros admittem no alcool uma acção geral sobre o organismo e não acção topica localisada na tunica interna das arterias, como acima fizemos vêr, mas sim uma influencia secundaria, em virtude da qual, só depois do organismo impregnado pelo alcool, é que ataca os tecidos de menor resistencia do corpo, indo de preferencia localisar-se na tunica interna das arterias, principalmente de grosso calibre, produzindo-se por essa occasião uma inflamação, uma arterite em placas, affecção esta que se propaga á tunica média, destruindo-a mais ou menos completamente, chegando ainda á tunica externa, de elasticidade minima, tunica esta que se vae pouco a pouco dilatando, em virtude do seu enfraquecimento anormal e por effeito da pressão exercida pela massa sanguinea impellida pelo coração, dependendo a intensidade da pressão da maior ou menor actividade do centro cardiaco.

Não nos parece que o alcool gose papel importante na producção das arterites em placas de maneira a favorecer a dilatação do vaso e produzir d'est'arte os aneurismas. Não nos parece, dizemos,

porque a ser isso verdade, a frequencia dos aneurismas deveria ser muito maior do que a que é registrada pelas estatisticas. O alcool pôde produzir a arterite generalisada; quanto á arterite em placas, a verdadeira causa das dilatações aneurismaticas, só com muitas reservas podemos attribuir-lhe o papel de lesão consecutiva ao alcoolismo.

Quanto á tuberculose, considerada como factor etiologico na producção dos aneurismas, não tratamos do assumpto, pois que ella só tem acção para os aneurismas que se localisam nas pequenas arterias, não tendo valor nenhum para os da aorta thoracica.

Ainda no grupo das causas efficientes, digamos algumas palavras sobre a influencia que teem nos aneurismas, os *esforços, emoções vivas e traumatismos*.

A acção das emoções vivas na producção dos aneurismas é interessante (sem esta causa ser acompanhada de esforço algum), e realisa-se produzindo acceleração das pulsações cardiacas e maior pressão sobre a parede vascular, pela ampliação da tensão arterial.

Relativamente ao esforço de que acima fallamos, não é difficil dizer como actua sobre os vasos. Imaginemos um individuo que quer carregar um pezo muito grande, o que se passa no organismo, é o seguinte: para o lado do systema muscular, a caixa thoracica é fixada pelos musculos respiratorios, *grande dentado* por ex: a glotta fecha-se; o sangue continuando a ser fortemente impellido pelo coração en-

contra embaraços na sua progressão em virtude da estase venosa, havendo assim augmento de tensão manifesta para o lado da aorta thoracica, que tende a rompêr-se; e tanto isso é verdade, quanto sabemos que raro é o aneurisma thoracico cuja ruptura não é consequente a grande esforço empregado pelo individuo que d'elle é portador.

Além das causas que estudamos, temos a considerar as causas traumaticas, que desde logo classificamos em directas e indirectas.

Quanto á aorta thoracica, que constitue o objecto exclusivo do nosso estudo, não nos parece haver motivo que justifique a acção sobre ella das causas directas, porquanto qualquer ferimento d'este vaso, é sempre mortal; para vê-lo basta attender ao calibre d'este vaso, bem como á proximidade do órgão propulsor do sangue.

No que diz respeito ás causas indirectas, consideremos para os aneurismas thoracicos, uma fractura de clavícula, uma queda sobre o thorax, um traumatismo interno da columna vertebral, etc. Todos estes factores que influenciam as dilatações arteriaes da aorta, parecem a nosso vêr, exercer a sua acção, determinando acceleração da circulação, augmento consideravel de tensão, como factor capital.

Symptomatologia

Analysando e apreciando o cortejo symptomatico que costuma acompanhar os aneurismas da aorta, consideral-o-hemos, conforme expomos linhas abaixo, sob dois pontos de vista. Por emquanto, em obediencia ao methodo descriptivo, cumpre-nos descriminar em quatro grupos distinctos as dilatações que se processam na crossa da aorta, avançando desde já a dizer, que, d'entre essas dilatações umas se destacam, as do quarto grupo, por offercerem serias difficuldades a um diagnostico seguro.

O primeiro grupo, comprehende os aneurismas que apresentam signaes e symptomas.

O segundo grupo, os aneurismas com symptomas e sem signaes.

No terceiro grupo, encontram-se aneurismas sem symptomas e com signaes.

No quarto grupo, encontramos aneurismas sem symptomas nem signaes.

Se é difficil o diagnostico d'um aneurisma thoracico, as difficuldades avolumam-se e engrossam extraordinariamente, quando este aneurisma, se não denuncie aos olhos do clinico, por symptomas nem por signaes.

Occorre-nos pois a ideia de considerar taes tumores como simples concepções theoricas. quasi impossiveis de serem observados, mesmo querendo admitir a sua existencia em estado latente; tumores que apenas começaram o seu desenvolvimento, e que contrariamente á regra geral em taes casos, tem tendencia a augmentar sempre e a nunca ou quasi nunca ficarem estacionarios.

Se houve clinicos que demonstraram a existencia dos tumores a que nos referimos, estamos longe de duvidar das suas palavras; não admittindo taes tumores, acceitamos antes, que a pseudo dilatação pathologica sem signaes e sem symptomas, seja uma aberração organica localisada no aparelho circulatorio, notavel pela frequencia de anomalias, havendo então uma ligeira dilatação, ou antes um espessamento das tunicas arteriaes, simulando perfeitamente uma dilatação aneurismatica.

Parece-nos racional tal opinião, attendendo á desigualdade de crescimento dos diversos órgãos e que durante esse periodo, por qualquer circumstancia, faltasse resistencia n'um determinado ponto d'uma arteria, que assim tenderia a dilatar-se.

Dividindo os dados clinicos, que os auctores classificam sob a denominação geral de *symptomas*, em *signaes* e *symptomas propriamente ditos*, eis como iniciamos a segunda parte da nossa dissertação.

Symptomas, são todos os dados clinicos que só o doente nos pôde fornecer; estão n'este caso a dôr, as palpitações, os desejos, a dormencia, etc.

Signaes, são os dados diagnosticos que cahem debaixo dos sentidos do observador, sem que seja necessario recorrer á anamnese do doente; assim a tosse, a dispnêa, os dados fornecidos pelo pulso, são *signaes*.

D'aqui se infere que consideramos como *signaes* os *phenomenos objectivos*, e como *symptomas propriamente ditos*, os que se passam na esphera da subjectividade.

Não é facil como á primeira vista parece, estudar os *symptomas* dos aneurismas da aorta thoracica, bastando para isso dizer que os não ha pathognomonicos, podendo os mesmos *symptomas* e *signaes*, derivar de tumores que nada têm de aneurismaticos. Além d'isso, se considerarmos por um momento, de um lado a parcimonia dos dados que nos habilitam a elaborar um diagnostico de aneurisma, e de outro lado as communidades d'estes mesmos dados, á eventualidade de tumores thoracicos, temos extraordinariamente accrescida esta difficuldade, posto que nos apressemos a consignar aqui, que se encontram mais frequentemente aquelles do que estes.

Preceito de que jámais o clinico se deve esquecer,

por isso que é fertil em ensinamentos, é esse que manda observar a attitude e posição d'um doente qualquer; verdadeiro em muitas outras molestias, não menos o é, relativamente aos aneurismas da aorta thoracica; o individuo portador d'uma doença d'esta natureza, no intuito de alliviar-se dos soffrimentos de que ella é a causa, procura dar ao corpo uma posição tal, que as dôres se não desaparecem, pelo menos attenuam-se grandemente.

Essa posição é aquella (na grande maioria dos casos) em que se faz um angulo, cujos lados são constituídos pelo tronco e pelos membros inferiores, angulos cuja abertura está voltada para diante.

O grau d'esse angulo pôde variar muito, em relação com o grau de compensação exercido pelo tumor sobre os órgãos circumfacentes; recto na maioria dos casos, esse angulo é algumas vezes obtuso.

Assim por exemplo, quando o tumor thoracico assumir proporções taes, que repousando sobre um órgão importante como a trachéa por exemplo, determina difficuldade de respiração, é obvio e claro, que o doente tomará a posição que analysamos, por isso que afastando-se o tumor, cessarão *ipso facto* os phenomenos compressivos.

Este signal que pôde facultar ao clinico, um elemento valioso á noção do diagnostico da lesão, comquanto importante, não é comtudo infallivel, além de que é commum a todos os tumores intra thoracicos e com especialidade áquelles que se desenvolvem no mediastino.

A posição indicará sempre um tumor thoracico, aneurismatico ou não?

Por outras palavras, sempre que houver um tumor do thorax, seguir-se-lhe-ha a posição, como á causa se segue o effeito?

Não hesitamos em responder pela negativa, pois não ignoramos que, para que appareça a posição reveladora, é necessario que o tumor tenha assumido proporções taes, que chegue a comprimir os órgãos proximos.

Algumas vezes, quando ha compressão da trachéa, o doente procura no leito uma posição tal, que lhe permite subtrahir esse importante órgão á compressão que o atormenta, conseguindo-o facilmente, desde que não haja adherencia do tumor, quer ao proprio órgão, quer aos tecidos que o circundam, de modo a obstar-lhe a locomoção.

Inspecionada a região superior e antero-lateral do thorax, podemos distinguir uma saliencia anormal, um verdadeiro tumor, de preferencia occupando a metade direito do sterno, as tres e ás vezes as quatro primeiras costellas e as cartilagens costaes correspondentes.

Este facto observa-se nos aneurismas da aorta ascendente.

Outras vezes notamos que a depressão normal que se observa acima da furcula esternal quasi não existe, coincidindo este signal com a diminuição da fossa clavicular esquerda: é o que se nota nos aneurismas da crossa da aorta, na sua parte convexa,

mais facilmente dilatavel que a sua porção concava.

Finalmente em outros casos, vêmos a elevação tornar-se manifesta em toda a porção antero-inferior do esterno, mais para o lado esquerdo do thorax, signal que attribuímos á localização do aneurisma na porção concava da crossa da aorta.

Quando o tumor tem por séde a porção descendente da aorta, elle é em regra apreciavel só na parte posterior do thorax, e ao lado esquerdo da columna vertebral. Dos tumores aneurismaticos da aorta, são justamente os da porção descendente os que se manifestam por um cortejo symptomatico pouco accentuado.

A inspecção vae além na prodigalidade de recursos com que, em taes casos, arma o clinico para a noção fecunda do diagnostico.

Quando nos não proporcionasse outros signaes, certamente seriam mais que sufficientes, os que nos são fornecidos pelos movimentos expansivos do sacco aneurismal, proeminando na superficie correspondente do tronco; releva porém notar que é peculiar a uma phase já muito adiantada da lesão, tão avançada que não é raro n'este grau, ser a causa de accidentes chirurgicos que se evidenciam pela destruição do esterno, das cartilagens costaes, e ás vezes pela luxação da clavicula. A sua verificação no que diz respeito aos interesses dos doentes, é sempre pouco proveitosa.

Já tivemos occasião de observar as pulsações ex-

pansivas de tumores aneurismaticos, tornando-se para isso necessario que o doente se conservasse no leito em decubito dorsal.

N'essa posição, dirigindo-se o olhar, de fôrma a passar tangencialmente pela região thoracica, e fitando com attenção a parte suspeita, verificam-se facilmente as pulsações, a elevação e abaixamento da parte que corresponde ao tumor, movimentos expansivos que se tornam patentes, principalmente na intercurrencia da systola cardiaca.

Este signal, que é muito commum nas dilatações da aorta thoracica na sua porção ascendente e na crossa, é menos commum na porção descendente, não sendo nunca observado em qualquer outro tumor, na mesma situação anatomica, muito embora localizado na parede do grosso vaso thoracico.

Abordemos agora os symptomas e signaes que decorrem da compressão de órgãos importantes pelo tumor que se localisa na caixa thoracica.

Nullos ao principio, quando o tumor não tem senão desenvolvimento minimo, esses phenomenos accentuam-se, tornam-se palpaveis, augmentando progressivamente, á medida que se desenvolve o aneurisma. Os symptomas que d'ahi derivam são de condição varia, dependendo a versatilidade com que se enscenam do estado movel ou fixo das partes que comprimidas, respondem por uma alteração da sua physionomia dinamica.

Dada a fixidez do órgão cujos elementos vão soffrendo *pari-passu* com o progredir da lesão todas as

vicissitudes de que ella é capaz, não é raro iniciar-se um processo inflammatorio (adherencias do tumor á trachéa) e a gangrena não deixa de comparecer como remate a este quadro, a que não falta o sombrio e carregado das tintas.

Dos phenomenos resultantes da compressão trataremos principalmente do symptoma *dôr*, que originada no thorax, irradia para a região cervical, para o braço, antebraço e não poucas vezes para a mão, *dôr* esta que é devida á irritação do plexo brachial e nervos intercostaes. A *dôr* thoraco-cervico-brachial, que ás vezes se apresenta, é devida exclusivamente aos ramos do plexo cervical que fornecem derivações thoracicas, cervicaes, supra e infra-scapulares e brachiaes, que são: axillar, cutaneo, musculo-cutaneo, o radial, o cubital e o mediano.

É facil portanto comprehender, como uma compressão no tronco do plexo brachial, pôde irritando-o, fazer-se sentir até nos dedos da mão, onde, não ignoramos, ha os filetes nervosos do mediano, radial e cubital, por sua vez dependencias do centro comprimido a que já nos referimos acima.

A *dôr* resultante da compressão dos nervos que mencionamos, constante em muitos casos, é ás vezes intermittente, e em outros casos não existe. Ha registados na sciencia alguns casos de aneurismas, que são acompanhados de *dôr* intensissima, que, originada na região cardiaca, se estende até á nuca, motivando perturbações de circulação e de respiração: pallidez na face exprimindo angustia, anciedade enorme, etc.,

de que quasi sempre a morte é o termo. Na grande maioria dos casos, a dôr provocada pelos aneurismas, não reveste uma intensidade tão accentuada, e de observações feitas por varios clinicos e que têm chegado por varios meios ao nosso conhecimento, apenas n'um caso eram referidos estes accidentes dolorosos.

D'accordo com um grande numero de distinctos clinicos, accexitamos o symptoma *dôr*, como constante, não só nos aneurismas, mas tambem nos tumores intra-thoracicos d'outra natureza, advertindo porém, que n'estes casos a dôr em regra é pouco intensa, vindo a ser verdadeiramente consideravel apenas em phases adiantadas do desenvolvimento do neoplasma.

Um signal constante dos tumores aneurismaticos intra-thoracicos — é a dyspnêa — ora fraca, perturbando pouco o exercicio funccional dos musculos da respiração, ora muito intensa, attingindo por vezes consideravel predominio sobre todas as outras manifestações clinicas. Muitas vezes conduz á asphyxia. A dyspnêa é devida á compressão directa do pulmão, concorrendo, todavia, para provocar a irritação do nervo pneumogastrico, do laryngeal superior e do phrenico. E' acompanhada pela tosse, de que mais adiante nos occuparemos.

Muitas vezes observa-se um outro signal nos individuos accommettidos de aneurysmas da aorta: queremos fallar das hemoptises. O seu valor prognostico variavel, segundo a lesão que lhe dá origem, é muitas vezes grande, denunciando não raramente a oc-

correncia de hemorragias fulminantes, que vem pôr termo ao soffrimento do doente.

Outro signal importantissimo, que julgamos inseparavel dos aneurismas da aorta thoracica, quando a affecção seja localisada na porção ascendente do vaso, ou na crossa, é a *tosse*. Uma das consequencias da localisação do tumor n'estes segmentos do vaso, é a compressão da trachéa, que, irritada d'este modo, traduz os seus soffrimentos por uma hyperstenia funcional da mucosa, d'onde abundante secreção de mucosidades; e como o tumor aneurismatico tende a crescer, e expandir-se em volume, com essa ampliação, cresce egualmente a zona de compressão, por tal fórma, que agora já a irritação da trachéa se estende aos grossos bronchios, que tambem hypersecretam.

A compressão da trachéa torna-se mais accentuada, de preferencia a qualquer outro caso, quando os aneurismas se assestam na concavidade da crossa da aorta; então o tumor vae pouco a pouco diminuindo a luz do canal tracheal, contrahe adherencias com elle, apparecendo ao lado d'uma dyspnéa intensa e atroz, uma abundante hypersecreção catarrhal em toda a arvore aerea — ha, portanto, o phenomeno do *tracheismo*, que não é mais que o ruido produzido pela passagem da columna d'ar pela parte estreitada da trachéa, d'onde resulta a formação de turbilhões gazosos.

E' a este ruido aspero produzido no tubo tracheal que se chama *cornage*, por comparação com o pheno-

meno que se observa nos animaes inferiores, e que tem a mesma denominação.

Este signal, tosse, tão frequente nos aneurismas, tem-se observado em muitos casos, e reputamol-o de alguma gravidade, porque ás vezes concorre para o desfecho fatal da affecção. Sabemos que a terminação do aneurisma thoracico, fazendo-se raramente pela cura, occorre na grande maioria dos casos, em consequencia da ruptura do sacco aneurismatico, principalmente depois d'um esforço, esforço esse que o paciente desenvolve, sempre que é atacado d'um accesso de tosse. Os bronchios, e principalmente o bronchio esquerdo, são (como a trachéa) quasi sempre comprimidos pelo tumor aneurismatico, decorrendo d'ahi phenomenos analogos aos que já estudamos em relação áquelle orgão.

Pela auscultação, verifica-se que durante as duas excursões respiratorias se produz um sopro rude ao nivel do ponto comprimido (*cornage bronchial*), havendo em alguns casos (raros na verdade) abolição completa da luz do bronchio comprimido, bem como cessação do murmurio respiratorio no pulmão esquerdo.

A diminuição respiratoria que resulta da compressão d'uma parte do pulmão é facilmente compensada por uma maior ampliação respiratoria das vesiculas pulmonares que ficaram ao abrigo d'ella.

Resumindo, diremos que a dyspnéa e a tosse, são signaes dos mais constantes dos aneurismas thoracicos, desde que esses tumores tenham attingido um

desenvolvimento que lhes permitta comprimir os órgãos de que acima nos occupamos.

Perante a modificação do timbre laryngeo, occorre logo a ideia de uma *paralysis laryngea*; sem negarmos que assim seja, não passaremos sem advertir que no caso em discussão, se têm proposto outras causas, salientando-se como dos mais communs, o edema da glotte e em outros casos, tensão ou grande desvio da trachéa, e como causa determinante quasi sempre atrophia dos musculos da larynge, devida á ulceração do nervo recorrente e *paralysis* das cordas vocaes.

Este signal, que muitas vezes é apreciavel e explicavel n'alguns casos, é o muito menos em outros casos, apparecendo agora para em breve desaparecer, sem que o clinico que se propõe interpretal-o, lhe encontre explicação satisfactoria.

Outro signal importante, e que é commum ser observado, é o que se refere ás duas pupillas.

As pupillas podem estar contrahidas ou dilatadas, resultando a sua contracção da *paralysis* das fibras radiadas da iris, e as dilatações, da excitação das mesmas: -- tudo depende da compressão do grande *sympathico*, que por innervar aquellas fibras, é capaz d'um ou d'outro effeito, conforme se acha paralyzado ou simplesmente irritado.

Por nossa parte reputamos de pouca importancia este signal, pois além de não ser constante, não é tambem caracteristico dos aneurismas da aorta thoracica, convindo ponderar que, só tem sido demonstrado nos tumores existentes ou na aorta ascendente,

ou na crossa, não tendo sido ainda registrado caso algum para a porção descendente da aorta.

Outro signal observado em muitos casos de aneurismas thoracicos, é o oedema apresentado pelo individuo portador da lesão, oedema que podendo limitar-se á face, ao pescoço e braço, pôde por sua vez apresentar proporções de verdadeira anasarca, dependente unicamente de phenomenos compressivos. Adstricto ás partes precitadas, o oedema deriva immediatamente da acção mechanica exercida assim sobre a veia cava superior; quando, porém, elle deixa de ser o apanagio morbido de zonas determinadas e se generalisa tomando o cunho de anasarca, é outra a causa productora, devendo ser procurada na compressão exercida pelo sacco aneurismatico sobre a auricula direita.

Estes dois signaes são raros, mas principalmente o segundo, e também não são característicos dos tumores aneurismaticos.

EXAME DO PULSO. — Do exame minucioso e comparado dos dois pulsos radiaes, direito e esquerdo, adquirimos um excellente signal dos aneurismas localisados na aorta ascendente e crossa.

Referimo-nos á desigualdade e variabilidade do character do pulso, que apparece, ora muito forte, regular, intermittente, apresentando ás vezes duas, tres, quatro pulsações, constituindo assim os pulsos *biginados*, *trigeminados*, etc., etc. Umas vezes o pulso radial esquerdo torna-se imperceptivel, enquanto que

o direito se conserva normal, vibrando com regularidade; em outros casos, o pulso esquerdo é pequeno, filiforme, quasi que desaparece, e muito retardado comparado com o do lado direito.

Como vemos, é muito variavel o caracter do pulso nos casos de aneurismas da aorta thoracica na sua porção ascendente e crossa, sendo essas modificações do caracter do pulso devidas ou á compressão do tronco brachio-cephalico, ou ás manifestações de arterite, que se estendem até ás arterias mais proximas da lesada.

O exame dos pulsos em alguns casos, offerece serias difficuldades, havendo necessidade de empregar-se o sphygmographo, para melhor se poder verificar a differença entre elles. As difficuldades augmentam, quando se apresenta o caso d'um individuo cujas arterias se acham endurecidas, de elasticidade quasi nulla, em uma palavra, quando a fibrose-arterio-capillar e o aneurisma, existem no mesmo individuo e fazem a sua evolução simultaneamente.

N'este caso especial, raro mesmo, pois sabemos que no velho, onde é muito communmente observada a arterio-sclerose, é pouco notado o aneurisma, difficilmente se pôde conhecer com o sphygmographo a desigualdade dos pulsos pela difficuldade que ha em obter um traçado legivel.

N'este caso que supramencionamos, não nos parece que tenha valor algum a exploração digital, para apreciar o phenomeno que estudamos. O exame do pulso que nos dá um signal importantissimo d'um tu-

mor intra-thoracico, não é signal exclusivo dos aneurismas, e a sua importancia perde um pouco com essa consideração de que só se manifesta a desigualdade das pulsações nos radiaes. depois que o sacco aneurismal attingir um volume mais ou menos consideravel.

Frequentes vezes, antes de qualquer outro signal ou até symptoma, antes que o clinico se disponha a fazer a anamnese do doente que lhe é apresentado, elle de posse do pulso do paciente, reconhece pela palpação digital um pulso que é caracteristico da insufficiencia aortica, pulso fugitivo, pulso de *Corrigaa*, pulso martello d'agua, finalmente, pulso recorrente de muitos auctores.

E' um outro signal importante demonstrado por vezes nos tumores aneurismaticos que se localisam nas duas primeiras porções da aorta; é um phenomeno que parece estar ligado ao refluxo do sangue lançado pelo coração durante a diastole, para o sacco aneurismal, não se devendo excluir a ideia de que possa acontecer que a insufficiencia aortica coincida com o aneurisma, o que é muito commum encontrar nas dilatações aneurismaticas da porção ascendente da aorta. N'este caso, a insufficiencia é consequencia da dilatação.

Fomos informados d'um caso, em que o doente se queixava de pulsações nas arterias de todo o corpo, tornando-se visiveis até nos menores vasos cutaneos.

Ha auctores, como Lebert, que assignalam as pulsações dos capillares da face, outros que dizem ter

observado pulsações nas arterias da retina. Estes dois ultimos signaes, comquanto de pequeno valor para o diagnostico, por isso que só apparecem quando os outros teem assumido grande evidencia, não devem ser desprezados, pelo menos em attenção ás affirmações dos medicos estrangeiros, e em particular ao Dr. Becker, que diz ter visto um pulso manifesto na retina esquerda, n'um caso de aneurisma na aorta.

Antes de tratarmos dos signaes observados para os lados das arterias radiaes, vamos-nos occupar dos phenomenos de compressão, de que é séde o coração, órgão propulsor do sangue, órgão central da circulação. Os aneurismas sobretudo da aorta ascendente e da crossa, uma vez em desenvolvimento, podem recalcar, ou mesmo comprimir, ou apenas recalcar o coração, ou apenas alguma das cavidades cardiacas.

E' muito commum observar-se o recalcamto para baixo, isto é, de cima para baixo, fazendo com que o coração resvale sobre o diaphragma, indo por essa fôrma a ponta ficar para fóra da linha mamillar, e muito embora não passe muitas vezes do 6.º espaço intercostal, é frequentemente demonstrada a sua incidencia no 8.º espaço, ficando assim o coração em posição horisontal, repousando sobre a face convexa do diaphragma.

Tem-se egualmente observado, por causa d'um aneurisma na origem da aorta, o coração como que virar sobre si mesmo, indo a ponta occupar, ora a linha para-esternal, o 4.º espaço intercostal direito, estando a auricula esquerda, que representa a base do

coração, comprimida por um aneurisma, que pôde provir da parede inferior da crosse da aorta.

Como o proprio coração, pôde tambem uma das suas cavidades soffrer uma compressão pelo aneurisma thoracico. Assim, a auricula esquerda pôde ser comprimida, resultando d'essa compressão phenomenos graves, ou então mais raramente, não se manifestando signal ou symptoma algum importante. *Fraser* cita o caso d'um marinheiro, de 40 annos de idade, que havia muito tempo se queixava de uma sensação de constricção intensa e atroz do sternu, de uma tosse fatigante, dyspnêa e dysphagia, symptomas esses que se accentuaram cada vez mais, até que a morte veio repentinamente, consecutiva a uma hemorrhagia hemoptoica, que durou cerca de 75 minutos. Pela necropsia, *Fraser* encontrou na face concava da crosse da aorta, um pequeno aneurisma que comprimia as veias pulmonares esquerdas, tendo referido a hemoptise de que fôra accommettido o seu doente, momentos antes da morte, á stase pulmonar.

A compressão exercida sobre a arteria pulmonar por qualquer outro tumor intra-thoracico, ou mais particularmente por um aneurisma, pôde determinar a retracção da mesma arteria, até insufficiencia das valvulas tricuspidas.

Haja em vista o caso de *Rindfleisch* e *Obernier*, em que se observavam todos os signacs dos dois estados morbidos — sopro systolico intenso ao nivel da arteria pulmonar, sem augmento do segundo ruido, mais tarde pulsações systolicas de toda a região he-

patica; pulsações nas veias do pescoço, que se propagaram ás pequenas veias da pelle, acompanhando todos estes phenomenos um estado cyanotico intenso.

Ainda no terreno da compressão venosa, devemos citar a compressão da veia innominada esquerda, situada entre a aorta e a parte posterior do sternu, estando a innominada direita ao lado da aorta ascendente.

Pela situação, pois, d'esta veia innominada, vemos que ella pôde ser facilmente comprimida pelos tumores intra-thoracicos, com especialidade pelos aneurismas, cuja séde fôr a aorta ascendente ou a crossa da aorta, podendo essa compressão determinar edema na metade esquerda da face, pescoço e finalmente braço do mesmo lado.

No dominio das veias azygos, grande azygos, haverá estase, verdadeira infiltração venosa em toda a metade direita do corpo.

Se a compressão feita pelo tumor, se exercer na embocadura da veia cava superior, então teremos manifestamente uma congestão de toda a rede thoracica. Este signal, parece-nos merecer importancia, pois diz-nos haver um tumor thoracico, sem comtudo affirmar a sua natureza, mas sim precisando a sua séde, o lugar exacto em que está implantado.

No que diz respeito a signaes, resta-nos agora tratar do signal d'*Oliver*, bem como do de *Pansini*, o que apenas farei depois de estudar os symptomas.

No que toca a symptomas propriamente ditos, além da dôr, que já discutimos, temos a considerar

as palpitações do coração de que se queixam tão frequentemente os individuos portadores d'um tumor intra-thoracico; as palpitações são attribuidas a causas diversas, taes como a hyperknesia cardiaca; impedimento do coração a enviar o sangue regularmente ao systema circulatorio; pôde tambem ser attribuida a uma lesão dos orificios aorticos, o que obriga o coração a trabalhar com força excessiva; a irritação dos nervos cardiacos, fazendo com que a frequência das pulsações do coração seja exaggerada; e ainda o coração pôde finalmente exaggerar essas pulsações, para se libertar da compressão exercida pelo tumor.

As pulsações do coração, podem ser acceleradas ou retardadas, pela irritação do pneumo-gastrico, nervo este que tem diversos ramos, sendo o mais importante para nós, entre todos, o recorrente esquerdo. A sua posição anatomica, expõe os individuos attingidos de aneurisma da crosse da aorta á sua irritação, dando em resultado contracção dos musculos da larynge e spasma da glotte. — Esboçada assim a pathogenia das palpitações, passemos a outros phenomenos de compressão.

O esophago é outro órgão que com o desenvolvimento do tumor, raramente escapa aos phenomenos de compressão.

Este órgão quando comprimido pelo aneurisma, vae-se estenosando gradualmente, e o paciente não tarda a queixar-se de impossibilidade de deglutição, que vae crescendo de dia para dia até que n'um dado momento e n'um periodo adeantado da doença, os ali-

mentos, mesmo líquidos, não passam sem dificuldade ao nível do estrangulamento.

Sob a influencia da compressão, cada vez mais consideravel, o conducto esophagico pôde vir a soffrer um processo ulcerativo ou de gangrena.

A consequencia da atresia do conducto esophagico, é a dysphagia acompanhada quasi sempre de accessos de oppressão e aphonía. Estreitado o esophago, impossibilitado o paciente da deglutição dos alimentos, ha quem tenha lembrado a introdução da sonda desophagica, pratica que condemnamos abertamente, pois pôde dar-se o caso, que não é raro, do sacco aneurismatico se insinuar pela solução de continuidade das paredes do esophago, e vir d'esta fórma interceptar a luz d'este orgão; quem em hypothese tão melindrosa, tivesse a infeliz lembrança de praticar um catheterismo, teria de arcar com a accusação dolorosa de ter apressado a morte do doente determinando a ruptura d'aquella represa sanguinea e favorecendo a sahida abrupta de copiosa massa de sangue.

Pela auscultação do esophago, procurando applicar o ouvido ao nível da região dorsal, e ao longo da columna vertebral durante o acto da deglutição, tem-se a sensação acustica de um ruido muito especial, característico, que os auctores denominam ruido de *glú-glú* — ruido esse, que se ouve claramente, no espaço comprehendido entre a 8.^a e 10.^a vertebrae dorsaes.

Chegado o bolo alimenticio ás immedições do

aperto do canal, este ruido quasi que desaparece, sendo nulla a sua propagação; esta reacção habilita-nos a determinar mais ou menos precisamente o ponto onde se localisa a estenose e bem assim a julgar do grau da sua retracção. O professor Landet, tendo feito varias necropsias em individuos portadores de aneurismas da aorta thoracica e que não haviam apresentado qualquer symptoma de lesão do esophago *in vitam*, encontrou em muitos casos alterações inilludiveis d'este orgão. Este facto, auctorisa-nos a pensar que a ausencia completa de symptomas decurrentes da compressão do esophagó, não significa de fórma alguma que esse orgão gose da sua integridade, Landet pronuncia-se n'este sentido.

Comquanto já tenhamos feito referencia a alguns dos signaes facultados pelo exame physico dos aneurismas da aorta thoracica, julgamos conveniente estudar detalhadamente os phenomenos decurrentes da inspecção e da palpação, deixando para mais tarde os que nos proporciona a auscultação, cuja importancia na obra da diagnose devemos realçar.

Relativamente á inspecção, já d'ella nos occupamos anteriormente, fazendo realçar a elevação que não raras vezes se observa na região do tumor, mas como fizemos isso d'um modo geral, vamos voltar ao assumpto.

Quando se examina o thorax d'um individuo affectado de aneurisma, convém prestar a maxima attenção para as pequenas veias da região, para o grau do seu desenvolvimento e para as pulsações que por-

ventura possam apparecer. O que mais nos interessa é a conformação exterior da caixa thoracica, em cujo exame nunca é demais toda a sollicitude do clinico.

Na região occupada pelo tumor, descobre-se em muitos casos sem grande difficuldade um abahulamento mais ou menos consideravel, em relação com o desenvolvimento e séde do aneurisma, accidente muito commum quando este se localisa nas duas primeiras porções da crossa da aorta.

Para a deformação do thorax, engendrada por este abahulamento podem concorrer, ora a saliencia resultante da projecção para diante da parte superior do sterno, ora a luxação da clavicula, ora emfim, a arqueação accentuada dos cartilagens costaes d'um e d'outro lado.

Alguns auctores acceitam a possibilidade do sacco aneurismatico determinar um desvio da columna vertebral.

Não sabemos até que ponto é verdadeira esta asserção. A nossa opinião, é de que, esses pretendidos desvios da columna vertebral encontram a sua explicação, no facto da corrosão d'algumas vertebrae, o que enfraquecendo-as d'um lado, pôde fazer com que se dê uma certa inclinação no eixo da columna ossea.

Já fallamos dos movimentos expansivos observados pela inspecção; agora cumpre-nos sómente additar algumas palavras ao que já ficou dito.

O tumor thoracico quando é bastante saliente, tem uma forma arredondada, de consistencia muito variavel, umas vezes molle, outras muito duro (se

contiver depositos fibrinosos muito abundantes), e manifesta ás vezes á palpação verdadeira fluctuação.

Posto que o tumor aneurismal ceda á pressão manual quando se tenta reduzi-lo, é sempre imprudente usar d'esse meio que póde facilmente pôr em scena phenomenos de gravidade insolita, decurrentes da migração d'um coagulo, que pela obliteração d'uma das arterias cerebraes, tenha provocado accidentes appopleticos.

Figura nos annaes da medicina um caso importantissimo do professor *Fallux*, que desejando confirmar o seu diagnostico em um aneurisma da aorta thoracica, tentou reduzi-lo, exercendo pressão sobre elle.

D'esse aneurisma que tinha corroído o sternum, logo que começou a ser comprimido, destacou-se um pequeno coagulo motivando symptomas importantes, e ao mesmo tempo uma hemiplegia esquerda, que não tardou a estender-se ao lado sã. A tudo isto, succedeu-se aphasia, que teve longa duração.

A interpretação d'estes phenomenos, julgamos ser a seguinte: insinuando-se o coagulo no hexagono de Willis, na região basilar do cerebro, a circulação cerebral, principalmente a que depende da arteria sylviana esquerda e das suas derivações vasculares, compromette-se grandemente sendo por esse facto a causa d'uma ischemia que se faz sentir relativamente aos centros psycho-motores, na area limitada pelas circumvoluções rolandicas, tambem como em relação ao centro da palavra articulada, que é o pé da cir-

cumvolução de Broca, ou seja o pé da terceira circumvolução frontal esquerda.

Emquanto á pelle da região thoracica, attrahe-nos a attenção a côr vermelha lusidia, o seu adelgacamento, a inflammação consideravel, até que mais tarde, no periodo terminal da doença, adhere intimamente ao tumor, cabindo afinal em gangrena; o momento da eliminação da eschara n'este caso, indica com precisão o termo da vida, por causa da violenta hemorrhagia que a segue.

Emquanto aos movimentos expansivos, de que tambem já nos occupamos, apenas diremos que devem ser considerados como signal denunciador dos aneurismas da aorta thoracica. O que se passa nos movimentos expansivos, não é uma simples elevação, mas sim uma dilatação em todos os sentidos, sob a influencia da onda sanguinea. Isto é o sufficiente para fazer o diagnostico differencial entre os aneurismas e quaesquer outros tumores intra-thoracicos.

Parece-nos que demonstrados cabalmente os movimentos expansivos do tumor, para firmarmos o diagnostico de aneurisma, podemos prescindir dos demais dados, em favor d'este que é positivo.

Entre os dados facultados pela palpação, merece especial menção, o chamado *fremito catario*, que é facilmente percebido desde que se applique a mão á *plat* sobre a parede thoracica, ao nivel da região affectada.

Este signal é muito semelhante ao que caracteriza uma insufficiencia aortica.

Occupemo-nos agora da percussão, que, indicando apenas a existencia d'um tumor thoracico, nada nos esclarece sobre a sua natureza.

Preferimos sempre a percussão digital, á que se pratica com o martello e o plessimetro, pois a primeira tem a vantagem de tornar evidente a resistencia offerecida ao tacto pelo tumor subjacente, e além d'isso o dedo amolda-se melhor á superficie do corpo, que se vae percutir.

Pela percussão torna-se saliente a diminuição da sonoridade thoracica em toda a região occupada pelo tumor. Se este tumor assumiu volume consideravel, a percussão revelará som massiço absoluto, desde que esse tumor se ache muito approximado da parede da caixa thoracica, havendo sempre som claro, quando uma lamina de pulmão, por exemplo estiver interposta entre um sacco aneurismatico e a parede thoracica.

E' indispensavel circumscrever com um lapis dermatographico, toda a região em que haja mudança de som (hypophonese) para bem ajuizar da extensão do tumor. A percussão dos aneurismas, nem sempre pôde ser feita, pois que de par com outros symptomas, occasiona uma dôr intensa e uma tosse impertinente, acompanhada de phenomenos de suffocação, dyspnéa, etc., outras vezes, porém, o doente tolera-a sem o menor inconveniente.

A percussão dá resultado differente, segundo o ponto em que se localisa no tumor aneurismatico, e assim, é de grande importancia quando o tumor se

implanta nas duas primeiras porções da crossa onde a situação superficial do vaso, permite a facil delimitação do tumor, mas quando se trate de tumores desenvolvidos na porção descendente da aorta, já a percussão não tem o mesmo valor. N'esta parte do seu trajecto, a aorta acha-se collocada sobre a columna vertebral, e comprehende-se bem, que um tumor tão profundo se denuncie raramente á investigação plessimetrica por uma modificação da nota da percussão thoracica. Não obstante, chega-se ainda indirectamente á descoberta da bolsa vascular, em virtude do som massiço occasionado n'uma pequena zona do pulmão, pela congestão e compressão do órgão pelo aneurisma.

Este signal pôde, em muitos casos, ser de grande importancia.

Eis resumidamente o que ha a dizer sobre a percussão em geral, sem que todavia a tenhamos applicado a um caso particular de aneurismas da aorta thoracica, o que vamos agora fazer, considerando-a em relação a cada uma das porções do grosso vaso arterial.

O aneurisma localisado na porção ascendente da crossa da aorta, revela pela percussão uma zona de som massiço do lado direito sterno, estendendo-se não raramente, desde a região supra-clavicular até ás articulações chondro-costaes da quarta costella.

No que diz respeito á porção convexa, a zona de som massiço é muito semelhante á precedente, notando-se comtudo, que se estende mais para a di-

reita do sterno, alcançando francamente o triangulo supra clavicular.

Se o aneurisma ou aneurismas, têm por séde a concavidade da crossa, então a zona de zona de som massiço muda de logar, sendo observada: quando na porção ascendente, á esquerda do sterno; se o aneurisma occupa a concavidade da porção transversa, a percussão tem um resultado negativo, porquanto o tumor collocando-se atraz do coração, não imprime nenhuma modificação á nota da percussão cardiaca. Com respeito aos aneurismas implantados na aorta descendente, a percussão revela som massiço absoluto ou relativo, do lado esquerdo da columna vertebral. A extensão d'esta zona é muito variavel, dependendo principalmente da duração da doença, e sobretudo do desenvolvimento progressivo do tumor.

Por esta fôrma, damos por estudada a percussão, meio de exploração incontestavelmente poderoso, para chegarmos ao diagnostico d'um aneurisma, ou melhor d'um tumor intra-thoracico.

Juntando-se a ella outros symptomas, estamos habilitados a asseverar se na realidade se trata de um tumor intra-thoracico.

Antes de entrarmos no estudo da auscultação dos aneurismas da aorta thoracica, devemos accrescentar algumas palavras, ao que diz respeito, á symptomatologia dos aneurismas que se implantam na porção descendente da aorta thoracica, tumores estes, que são parcimoniosos quanto á variação de symptomas e signaes diagnosticos.

Assim a dysphagia pôde ser o unico signal apreciavel, podendo contudo não existir; estes tumores são ordinariamente acompanhados de dôres fortes no dôrso e no lado esquerdo da columna vertebral, symptoma este de grande valor, quando existe, mas que pôde faltar, mesmo quando haja destruição das vertebraes. N'estes aneurismas, os movimentos do coração, formam contraste com o estado calmo dos pulsos radiaes, o que nos leva a presumir que este phenomeno nada tem de commum com a hypertrophia do coração. Nos casos de aneurismas da porção descendente da aorta, a impulsão diastolica é mais energica, mais igual e percebida mais distinctamente do que na hypertrophia cardiaca e quando haja adherencias do pericardio.

O murmurio respiratorio no pulmão esquerdo, está muito diminuido, podendo mesmo ser nullo. A percussão revela som massivo, abaixo da omoplata esquerda; finalmente uma dôr espinal muito forte, limitada a esse lugar, constitue na ausencia de tumor pulsatil, uma reunião de signaes de grande valor para a diagnose dos aneurysmas post-cardiacos.

Das tres porções da aorta thoracica, a porção descendente é sem duvida alguma aquella que menos victimada é pelos aneurismas, por isso mesmo que o seu cortejo symptomatico é bem limitado.

Agora que estudamos os dados clinicos que nos são fornecidos pela percussão, etc., passemos ao estudo da auscultação da região occupada pelo sacco

aneurismatico, das pulsações e dos sopros, bem como da sua pathogenia.

A auscultação fornece-nos signaes de enorme importancia, para o diagnostico dos aneurismas da aorta thoracica.

Auscultando a região occupada pelo tumor, encontram-se ruidos de sopro e choques — Jaccoud diz que a auscultação demonstra a existencia de ruidos de percussão e não de sopros, sendo elles sempre a consequencia accidental de algum aneurisma na arteria ou no coração.

Stockes, foi quem primeiro demonstrou a existencia de dous ruidos, distinctos dos ruidos normaes do coração. Estes ruidos são em muitos casos substituidos por sopros, podendo estes sopros ser simples ou duplos, indicando esse facto, que ha qualquer modificação anatomica para o lado da bolsa aneurismal ou para o lado do coração. Estes signaes verificados por todos aquelles que têm estudado os signaes physicos dos aneurismas aorticos, são sem duvida alguma verdadeiros, *maxime*, quando se trata de aneurismas da aorta abdominal, onde apenas se nota uma unica pulsação do sacco aneurismal, tornando-se tambem muito patente um unico sopro, simples, rude e de curta duração.

A pathogenia dos ruidos e pulsações dos aneurismas é explicada de diversos modos pelos auctores, sendo porém todas as opiniões concordes em acceitar a primeira pulsação, como sendo produzida pela penetração da onda sanguinea no sacco aneurismal. Esta

primeira pulsação é muito longa, muito mais prolongada que a segunda, a cujo estudo nos transportamos agora.

Emquanto á segunda pulsação, as opiniões divergem muito; uns admittem que é devida ao refluxo do sangue contido nas grossas arterias que nascem da crosse da aorta, no interior do sacco aneurismal.

No numero d'esses auctores, acha-se Bellingham —ha um phenomeno puramente passivo, sendo o pezo da columna sanguinea, o sufficiente para originar a pulsação. Em apoio da sua opinião, Bellingham lembrava a ausencia d'um duplo ruido nas arterias afastadas do coração, como por exemplo: na aorta abdominal.

Lyons attribuia o segundo ruido á systole da arteria que, dilatada pela systole cardiaca, contrahia-se em seguida pela diastole do coração. Uma vez a arteria em systole, o sangue contido no seu interior era repellido para o coração, tendo por essa occasião de entrar na bolsa aneurismal, antes de attingir o orgão central da circulação.

Outros observadores explicam a segunda pulsação, pela oclusão das valvulas sigmoideas da aorta, dando assim logar á paragem da columna sanguinea que se dirige ao ventriculo, recalcando-a no sacco do tumor. Por este mecanismo explica-se a razão porque os aneurismas que são acompanhados de insufficiencia aortica, não apresentam em muitos casos o segundo ruido, e tambem porque os aneurismas proximos do coração não são acompanhados do segundo ruido, existindo ainda a oclusão das valvulas.

Mais tarde apparece François Franck, refutando de um modo brilhante as opiniões dos auctores que acabamos de citar, por não ter achado argumento algum que as justificasse.

François Franck emprega o methodo de Marey. Começa pelo exame graphico simultaneo do coração e dos pulsos, sendo os traçados fornecidos pelo cardiographo e pelo sphygmographo, inscriptos na mesma folha registradora. Comparando-se em seguida os traçados ter-se-ha a noção exacta do momento em que se dão as pulsações aneurismaes.

F. Franck applica sobre os aneurismas uma calote de gutta-percha, calloté esta que é fechada na sua parte inferior, por uma delgada placa de borraça e cheia de agua, entrando em comunicação com um tubo, que por sua vez communica com um apparelho registrador em que vão inscrever-se egualmente as pulsações.

Quando no aneurisma da aorta thoracica, a comunicação entre o vaso e o sacco é facil, ou quando no interior do mesmo sacco ha poucos coagulos, F. Franck diz que ha uma triplice pulsação.

As duas primeiras são facilmente reconheciveis pela applicação da mão *à plat* na região do tumor, a terceira só póde ser demonstrada pelo apparelho registrador.

As duas primeiras pulsações, seguem muito de perto a systole cardiaca, parecendo haver correspondencia com as pulsações normaes.

Estes dois primeiros ruidos são devidos á pene-

tração do sangue no interior do sacco aneurismal em seguida á systole ventricular, por outras palavras, ha a penetração do sangue no sacco aneurismal, no momento em que se dá a systole do ventriculo (1.º sopro), reforçando-se a onda sanguinea no momento de penetração do sangue na bolsa (2.º sopro).

As duas pulsações que a auscultação revela na região occupada pelo tumor, são pois systolicas, cahindo assim por terra as opiniões de Lipse e de Bellingham.

A terceira pulsação que é diastolica e que nunca tivemos occasião de observar, corresponde ao factor das valvulas sigmoidêas aorticas.

No que se refere á pathogenia dos sopros, o primeiro é devido á passagem rapida da onda sanguinea na bolsa, quando se dá a systole ventricular, e, sendo certo que suporidades ao nivel do orificio de comunicação do sacco com a arteria, facilitam a producção do sopro, não é desastroso lembrar que uma columna liquida submettida a uma forte pressão (como acontece na parte normal da aorta) passando de subito a uma pressão menor (como na porção dilatada da aorta) póde originar o sopro.

A producção do segundo ruido ou sopro, varia segundo o momento em que apparece, diz F. Franck.

Elle póde resultar: 1.º — do reforço da penetração no sacco, em cujo caso coincide com a segunda pulsação d'este sacco; 2.º — póde ser mais tardio, não apparecer senão no periodo de systole ar-

terial, e resultar então, seja da volta do sangue para a arteria, como acontece nos aneurismas dissecantes de Marey, seja de uma insuficiência aortica concomittante, seja ainda do deslocamento de uma porção de ar regular, que comprimia fortemente o pulmão, pela extracção da bolsa aneurismatica.

O momento da apparição do sopro e a presença ou ausencia de signaes especiaes da insuficiência aortica, permitem quasi sempre determinar a que variedade se refere o sopro.

O sopro diastolico devido ao refluxo aortico exaggera-se attingindo uma tonalidade tanto mais alta, quanto maior fôr a pressão arterial, pela compressão das femoraes, emquanto que a mesma experiencia diminue o sopro de entrada na aorta e o sopro extra-aneurismal.

Um outro phenomeno que pôde fazer parte do syndroma clinico do aneurisma da crossa da aorta, é o que foi observado e estudado por M. Pansini.

As pulsações transmittidas á larynge e á trachéa, em certos casos de aneurisma da crossa da aorta por intermedio do bronchio esquerdo, ainda não atrahiram sufficientemente as attensões dos clinicos, ainda que constituindo um signal excellente para o diagnostico dos aneurismas latentes da crossa. Este phenomeno foi observado por Pansini, em 8 casos da clinica do professor Cardarelli.

Sabem todos, que para verificar a existencia de pulsações laryngo-tracheaes, Oliver mandou deitar a cabeça fortemente para traz, em extensão forçada,

apanhar entre o pollegar e o indicador a cartilagem cricoidêa, levanta-la para cima e mante-la n'esta posição, de fórma que o bronchio esquerdo, esteja em contacto mais intimo com a crossa da aorta, isto é, com o aneurisma.

Cardarelli serviu-se com o mesmo fim d'outro modo de exploração, que tem sobre o d'Oliver, varias vantagens é de uma applicação mais facil, não provoca a angustia nem o mal-estar de que se faz acompanhar muitas vezes a extensão forçada da cabeça nos individuos portadores d'um aneurisma, e além d'isso, estaria isempto do perigo que têm n'estes doentes as tracções exercidas na trachêa. Eis no que consiste este processo:

O clinico exerce com o pollegar direito uma forte pressão na metade direita do corpo thyroideo do paciente, emquanto que o indicador esquerdo se appoia no lobo thyroideo esquerdo. Em seguida, e conservando a mão fechada, imprime ao pollegar um movimento de adducção, que repelle a glandula thyroidea para a esquerda, e a polpa do pollegar sente então distinctamente o choque systolico da larynge, no caso de existirem pulsações laryngo-tracheaes. E' facil comprehender que esta manobra tem por fim, puxar para a esquerda a trachêa e a origem do bronchio esquerdo e tornar assim mais intimo o contacto entre a crossa da aorta e o angulo trachio-bronchico esquerdo.

Por outro lado, o tubo laryngo-tracheal, torna-se n'estas condições mais rigido e portanto mais

apto para transmittir os choques emittidos pelo aneurisma.

Pansini descreve ainda uma alteração trophica que ainda não tinha sido notada nos casos de aneurismas da aorta e que observou n'um doente da clinica do professor d'Antona.

Foi o caso de um homem de 36 annos, que antes de ter dado pelo aneurisma, notou que os dedos da mão direita incharam em fórma de bagueta de tambor.

Esta tumefacção só se fazia nos polpos digitaes que eram séde d'um edema duro; dois mezes depois o doente começou a sentir difficuldade nos movimentos do braço direito, e uma semana mais tarde, descobriu-se-lhe atraz do terço interno da clavicula uma saliencia animada de pulsação.

Esta tumefacção pulsatil, estendia-se por traz até ao trapesio, para dentro até ao bordo interno da porção clavicular do sterno-cleido-mastoideo, passava para cima de dois dedos da clavicula, e estendia-se para baixo até ao bordo inferior d'este osso.

Sob a influencia do iodeto de potassio e de applicações electricas, as dimensões do aneurisma reduziram-se ao volume de uma castanha, e a tumefacção dos dedos, diminuiu consideravelmente.

Diagnosticos dos aneurismas da aorta thoracica e sua differenciação de outros tumores

Nem sempre é facil diagnosticar, não obstante o apparatus d'uma symptomatologia complexa, um aneurisma qualquer que seja a sua situação anatomica; pensar d'outra fórma, seria desconhecer que os symptomas de que se acompanham os aneurismas da aorta, sendo quasi todos decurrentes de um embaraço mechanico, pertencem não só a esta lesão arterial, como a toda e qualquer eventualidade clinica, capaz dos mesmos effeitos. Estão n'este caso os varios tumores que são observados na caixa thoracica. Se ao clinico não é dado conhecer os aneurismas externos sem alguma difficuldade, o que não diremos dos intra-thoracicos. Em abono do que acabamos de expôr, diz Skoda que é sómente possivel diagnosticar um aneurisma thoracico, quando elle faça sa-

liencia no exterior. Ao chamar exagerado este modo de pensar, ao menos para a maioria dos casos, e consideramos, independentemente de qualquer saliencia externa o que um aneurisma na aorta thoracica pôde ser diagnosticado, desde que o medico esteja de posse d'um certo numero de elementos clinicos.

Considerando cada signal isoladamente, não têm valor nenhum, não acontecendo o mesmo se o clinico os reunir em grupos, estudando as relações que entre elles existam.

Para estabelecemos o diagnostico, devemos pezar attentamente todos os caracteres da doença, considerar todas as circumstancias favoraveis ao seu desenvolvimento, seguir a marcha da doença, sendo tambem de grande importancia o conhecimento dos resultados produzidos pelo tratamento, em uma palavra, não devemos desprezar symptoma algum, embora nos pareçam de nenhuma importancia.

De todos os phenomenos, aquelles que mais nos podem conduzir ao diagnostico dos aneurismas, são incontestavelmente os de ordem physica; ássim pois, tendo a considerar como dado importante para o nosso *desideratum* o exame do pulso que, se é facil em muitos casos, em outros só leva a resultados uteis quando é feito porapparelhos graphicos. Relativamente á séde do aneurisma thoracico, já vimos quando nos occupamos da percussão, onde se encontrava a zona de som massiço, referindo-se ao tumor implantado n'esta ou n'aquella porção da aorta. A

anatomia tambem nos póde auxiliar e muito, assim, o aneurisma da convexidade da aorta ascendente, desenvolve-se á direita do sterno, colloca-se em relação com a face posterior do mesmo osso e com as cartilagens das primeiras até á sexta costella, tendo na maior parte dos casos relação com a clavicula do mesmo lado; as pulsações tornam-se patentes na furcula do sterno. Estes aneurismas podem destruir as partes com que estão em contacto, apparecendo mais tarde no exterior pulsando muito; eis uma boa phase, para a apreciação das pulsações expansivas dos aneurismas e que constituem um dado para o diagnostico, de summa importancia.

A importancia do conhecimento preciso dos dados que acabamos de estudar, é transcendente para o diagnostico differencial entre os tumores que constituem o objecto do nosso ponto de these e os da arteria subclavea e carotida esquerda principalmente.

Os aneurismas da convexidade da aorta ascendente e transversa. exercem manifesta compressão sobre as veias cavas e innominadas, determinando uma consequente estase nas jugulares; ha compressão de pneumogastrico, do pulmão, trachéa e esophago. Os aneurismas da concavidade da aorta ascendente, desenvolvem-se á esquerda, do lado da arteria pulmonar e do pulmão esquerdo, logares esses onde devemos, de preferencia a quaesquer outros, procurar os phenomenos da doença. Os da concavidade e da parte posterior da crossa da aorta comprimem muito facilmente a trachéa, esophago e

bronchios. Küchenmeister fez observar que a exploração do pulso pôde ser de um grande recurso no diagnostico differencial entre os aneurismas da concavidade e da convexidade da crosse, tendo demonstrado que a differença da fôrma e do volume do pulso radial, é muito mais pronunciado quando os aneurismas se localisam na convexidade da crosse, que, como não ignoramos, é o ponto onde nascem as arterias.

Quando a dilatação arterial, esteja ainda no seu inicio, parece-nos esta opinião muito racional, porém em phase muito adiantada a dilatação da concavidade da crosse terá volume sufficiente para determinar os mesmos phenomenos que Küchenmeister diz ter observado sómente para os aneurismas da convexidade da crosse.

Resta-nos fallar dos aneurismas da porção descendente da aorta, que são aquelles que se manifestam por menor numero de symptomas, não sendo poucos os casos registados na sciencia, em que só a necropsia veio desvendar o tumor, mesmo tendo sido a percussão e a auscultação postas em fogo como meios poderosos de exploração.

N'esta variedade de aneurismas devemos procurar os symptomas ao longo da columna vertebral, de preferência do lado esquerdo; esses tumores estando em contacto com a columna vertebral e pela sua tendencia a augmentar de volume, destroem as vertebrae, comprimem os nervos, determinando dôres excessivas, nevralgias intercostaes, originando muitas vezes pa-

raplegia. Averiguada a presença da dysphagia, constipação e congestão das veias proximas da veia asygos, não devemos suppôr outra lesão que não uma dilatação aneurismatica da aorta descendente, lembrando tambem para confirmação, ao menos, de que se trata d'um tumor, o exame do pulso crural, que pôde soffrer as mesmas modificações para ambos os lados, desapparecendo muito commummente apparentemente.

Eis de um modo rapido os signaes e symptomas, por meio dos quaes podemos localisar os aneurismas n'esta ou n'aquella porção da aorta thoracica.

Passemos agora a diagnosticar os aneurismas da aorta, distinguindo-os dos outros tumores intra-thoracicos, ou mesmo dos tumores cuja séde esteja no exterior. Occupa o primeiro logar a hypertrophia do coração; se ella é occupada por lesões valvulares que determinem ruidos anormaes, então teremos um diagnostico revestido de difficuldades.

Tratando da hypertrophia, negamos o que nos fornece a percussão. A zona de som massiço no caso de hypertrophia do coração, occupa habitualmente a região esternal inferior, as regiões mammaria e submammaria esquerdas, emquanto que no caso de aneurisma da aorta ascendente ou da crosse, se revela na região esternal superior e na região sub-clavea esquerda.

Em favor do aneurisma, temos as pulsações thoracicas, a que nos parece dever chamar antes *pulsação dos dois corações*.³ Além d'isso, outro phenomeno

commummente observado nos aneurismas é a compressão que não se apresenta na hypertrophia do coração, podendo haver uma perturbação no funcionamento geral dos órgãos.

Griffon apresentou á Sociedade Anatomica de Paris, em 31 de março do anno de 1897, um grande aneurisma cylindrico, occupando a porção terminal da aorta descendente e a primeira porção da aorta abdominal, que encontrou na necropsia d'um homem fallecido de pericardite purulenta, na clinica de Chauffard.

O doente tinha passado regularmente e não tinha soffrido nada, senão tres mezes antes de soffrer da pericardite que o victimou.

O aneurisma fazia do lado esquerdo do abdomen uma saliencia envolvida pela pequena curvatura do estomago; em cima levantava fortemente o coração, repellia para fóra o pulmão esquerdo, á face interna do qual adheria fortemente.

O tumor tinha destruido os corpos vertebraes das quatro ultimas vertebraes dorsaes, respeitando comtudo os discos inter-vertebraes; o orificio aortico do diaphragma estava fortemente dilatado, já tinha cedido, e não apertava a bolsa aneurismal. Os coagulos que enchiam a cavidade, respeitavam ao centro um estreito canal para a passagem do sangue. O coração não se tinha resentido de tal disposição, pois o ventriculo esquerdo não estava hypertrophiado.

D'uma discussão recente na Sociedade Medico-Cirurgica de Londres, e do estudo apresentado n'estes

ultimos tempos á Sociedade Anatomica, resulta esta regra formal de que o aneurisma da aorta não se faz acompanhar de hypertrophia ventricular, a não ser nos casos em que além do tumor aneurismal houver uma lesão que explique esta particularidade; insufficiencia aortica ou nephrite atrophica, por exemplo; e mais, a nossa opinião é que se dá mesmo a atrophia do órgão, pois todos os phenomenos capazes de enfraquecer a acção do coração, como, por exemplo, a compressão do pulmão, que obriga a diminuição do mesmo; do affluxo de sangue, diminuindo assim a força prepulsiva do órgão, etc., etc., todas essas causas explicam como os aneurismas aorticos, que não são acompanhados de lesões valvulares, podem fazer atrophia do ventriculo esquerdo e não a hypertrophia.

Passemos agora ao diagnostico differencial dos aneurismas das outras arterias intra-thoracicas, como por exemplo, a arteria pulmonar. Os aneurismas n'esta arteria são rarissimos, e a sua apparição seria uma raridade scientifica notavel.

Examinando a anatomia da região, vemos que juntamente com a aorta descendente e em relação intima com ella, está a arteria pulmonar, bastando este simples enunciado, o conhecimento d'esta situação, para vêr quanto seria difficil o diagnostico differencial d'estas duas affecções, se ambas tivessem frequencia, não digo equal, mas pelo menos quasi equal.

Apesar das grandes difficuldades, crêmos que os dados que se seguem nos auxiliariam efficazmente desde que os procurassemos cuidadosamente: taes são,

o deslocamento do coração para diante e para a direita, a dilatação do coração direito e anoxemia, para o aneurisma da arteria pulmonar; além d'isso, temos a séde dos ruidos anormaes, sendo de grande valor a sua propagação nos casos de aneurismas aorticos; em seguida observar as pulsações da furcula esternal para os aneurismas aorticos, terminando pelo exame sphygmographico do pulso, ou pelo simples exame digital do mesmo.

Poder-se-hia confundir o aneurisma da aorta com os do tronco brachio-cephalico; porém, lembramos desde logo que n'estes a localisação predilecta é sempre mais acima e mais para a direita do que para a aorta, indo sentir-se as suas pulsações na cavidade supra-clavicular direita. Em seguida o exame dos dois pulsos radiaes fornece-nos dados importantes.

Estudando comparativamente os dois pulsos, nota-se sempre grande differença, podendo o direito desaparecer, tornando isto muito apparente se recorrer-mos ao traçado sphygmographico.

Como se poderão distinguir os aneurismas da aorta, dos abcessos do mediastino?

N'estes temos a considerar a marcha, fazendo notar que são acompanhados de dôr mais ou menos intensa. Passemos em seguida aos signaes que nos são fornecidos pela auscultação e pela percussão; a auscultação, nos casos de abcessos do mediastino, nada nos revela, muito embora pela percussão préviamente feita se tenha demonstrado a existencia d'uma zona de som massiço, occupando uma extensão variavel. O

mesmo não acontece com a dilatação aneurismatica, onde a auscultação é um meio explorador poderosissimo, para chegarmos ao diagnostico dos aneurismas thoracicos.

Devemos ainda procurar diagnosticar os aneurismas thoracicos, distinguindo-os d'uma outra affecção, especie de pleurite suppurada, o empyema pulsatil. — O empyema pulsatil divide-se em empyema pulsatil intra-pleural e empyema pulsatil de necessidade.

Trata-se, em qualquer dos casos, de uma pleurite purulenta, em que o lado do thorax affectado é animado de pulsações isochronas com o coração, quer generalisados, quer limitados.

Na primeira variedade d'empyema, o pús acha-se contido na caixa thoracica; na segunda variedade — empyema de necessidade — ha uma bolsa purulenta sub-cutanea em comunicação com a cavidade pleural.

DIAGNOSTICO COM OS ANEURISMAS. — Consideremos em separado cada uma das variedades do empyema.

O empyema intra-pleural, distingue-se do aneurisma aortico, em que: 1.º — é muito vasto; 2.º — não imprime nenhuma modificação quer ao pulso radial, quer ao das outras arterias; 3.º — não apresenta sopro nem fremito; 4.º — não revela phenomenos de compressão sobre a trachéa, bronchios, esophago e outros grossos troncos venosos do mediastino.

Emquanto aos empyemas pulsateis de necessidade, cinco são os grupos de phenomenos de que nos

devemos valer no *diagnostico* differencial dos aneurismas thoracicos.

COMMÉMORATIVOS. — No caso d'empyema, inicio ordinario d'uma pleurisia, ha sempre febre, calafrios e pontadas.

EXTENSÃO DA ZONA DE SOM MASSIÇO. — No empyema estende-se muito além do tumor pulsatil, occupando em regra todo o lado esquerdo do thorax.

AUSENCIA DE FREMITO. — No empyema ha ausencia de sopro e fluctuação manifesta.

Heyfelder, observou um caso importante d'esta affecção:

Entre a segunda e terceira costellas direitas, havia um tumor, de fôrma arredondada, fluctuante e em parte reductivel, medindo pouco mais ou menos tres pollegadas de diametro, apresentando pulsações isochronas com o pulso, som massiço á percussão, não dando nada á auscultação. Quando appareceu o tumor, houve dôres irradiando para a espadua direita, febre, tosse e perda d'appetite — muitos medicos, diz o professor Heyfelder, diagnosticaram aneurisma da aorta thoracica, portanto incuravel; elle não concordando com os collegas, fez uma funcção exploradora no tumor, apparecendo então pús. O tumor desappareceu immediatamente, as pulsações diminuíram e o doente melhorou. Introduzindo uma sonda, esse clinico reconheceu a existencia d'uma

grande bolsa do lado direito do thorax, sendo a cura terminada por uma segunda punção.

Pelo exposto, parece-nos pois, que com o exame cuidadoso de todos os symptomas, prestando grande attenção aos signaes fornecidos pela auscultação e percussão, ao exame comparativo dos dois pulsos radiaes, um clinico não deve confundir os empyemas pulsateis com os aneurismas da aorta thoracica.

Emquanto ao processo do professor Heyfelder ¹, *punção exploradora*, para fazer o diagnostico differencial entre o aneurisma e o empyema, classificamos de impensado ou imprudente o seu procedimento em casos identicos, não aconselhando o seu emprego, senão quando se tiver completamente excluida a ideia d'aneurisma, a menos que não queiramos passar pela decepção de vêr fallecer-nos o doente nas mãos, em seguida á punção exploradora.

Marey offerece-nos um meio muito racional para diagnosticar um aneurisma, diferenciando de todos os outros tumores extra-thoracicos. É o seguinte: comprimindo com a mão um tumor aneurismal, augmenta-se passageiramente a tensão nas arterias proximas, que nascem perto do tumor; esta tensão diminue quando cessa a pressão.

A compressão de qualquer outro tumor que esteja em relação com a aorta, e animada de movimentos synchronicos com os do coração, diminue a tensão

¹ Heyfelder — *Boletim da Academia de Medicina de Berlim* — 1858-1859.

arterial do pulso. São signaes que se evidenciam facilmente pelo traçado sphymographico.

Falta-nos ainda citar um meio de fazer o diagnostico differencial d'estes tumores, e esse será a radiographia. Com effeito, é a nossa opinião, que em casos duvidosos apenas os raios Röntgen, podem levar-nos á conclusão da existencia d'um aneurisma da aorta thoracica.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I

X — 30 annos, embarcadiço. Foi presente á minha observação, no dia 12 de fevereiro.

ANTECEDENTES PESSOAS. — (Anamnese). Refere: que aos 18 annos, nas Canarias, teve uma pneumonia; aos 20 annos appareceu-lhe uma ulceração no penis sobre a qual não é possível emittir juizo seguro; aos 29 teve rheumatismo polyarticular agudo. Nega a procedencia de qualquer molestia eruptiva. Faz uso immoderado de bebidas alcoolicas, e em especial de aguardente de canna.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — Não tem valor, o expositivo historico d'elles.

HISTORIA PREGRESSA DO ESTADO ACTUAL. — Informa, que, ha dois mezes, a bordo de um navio americano ancorado no nosso porto, cahiu subitamente sobre o tombadilho, atacado de convulsões lateraes directas, e que se seguiram perda de razão e coma.

Voltando a si, ao cabo de uma hora, verificou então ausencia de movimentos voluntarios nos membros thoracico e pelvico direitos, e difficuldade na deglutição de alimentos sólidos principalmente, difficuldade essa que se define pela dôr e embaraço de progressão no conducto esophagico. Alguns dias depois, o apparecimento d'uma protusão na região external superior, começou a impressionar o doente, manifestando-se ao mesmo tempo accessos de tosse coqueluchoide humida, de pouca secreção mucocatharral.

ESTADO ACTUAL. — Hemiplegia direita, mais accentuada no membro inferior; lingua desviada para o lado direito; não ha assymetria da face; reflexo rotuliano muito exaltado, maximo no membro pareado; estão egualmente augmentados os reflexos dos dedos, do musculo biceps e do cremaster. Não ha pela excitação mecanica convulsões clonicas do pé.

As sensibilidades, tactil, thermica e dolorosa, não soffreram alteração; o raio dos circulos tactis explo-

rado pelo compasso de Weber, é pequeno. As circulações locais pheriphericas nos membros, fazem-se normalmente: não se notam nos vasos capillares, cedemas, nem mesmo distrophias. O objecto, porém, que visa a observação está no exame do thorax, onde se descobre á inspecção tangencial, occupando a metade superior do sterno, uma saliencia irregular, animada de pulsações synchronicas com o coração, tendo a maior parte da sua massa, proximo do bordo esquerdo do sterno.

A pelle que a cobre e limita apresenta-se muito adelgada, principalmente no ponto proeminente do tumor, no qual offerece fraca resistencia, visto já não se poder contar com a parede ossea destruida por completo, em virtude d'uma osteite rarefaciente, que faz a sua evolução sem pús, naturalmente pela ausencia de infecção.

Fizemos o traçado cartographico, que deu uma idéa aproximada das dimensões do tumor. A' auscultação nada de notavel, a não ser um ruido meso-systolico, de procedencia extra-cardiaca, que tambem é ouvido, posto que com intensidade differente, em todos os focos de auscultação da região precordial. A ausencia d'outros signaes estheoscopicos apreciaveis, explica-se pelo volume e dimensões do sacco aneurismal, quasi nas mesmas condições d'um aneurisma diffuso, que no dizer de Rendu, é sempre silencioso.

Os ruidos do coração são nitidos; o segundo ruido apenas reforçado no foco pulmonar, ouve-se

cheio e clangoroso no foco aortico. A ponta do coração bate no sexto espaço intercortal esquerdo.

O estudo analytico dos sphygmogrammas, permite-nos concluir que não ha symetria na impulsão diastolica arterial d'um e d'outro lado; o pulso direito é mais fraco, mais reduzido que o esquerdo; n'este a onda sanguinea é mais volumosa que n'aquelle, talvez devido a atresia da abertura do tronco brachio-cephalico direito; signal objectivo, que na especie tem especial importancia, porque esclarece consideravelmente o diagnostico topographico da lesão.

A estase venosa, evidencia-se pela turgescencia das veias do pescoço, pelo relevo das jugulares, cuja depleção se difficulta pela compressão do tumor, sobre os troncos brachio-cephalicos venosos.

Pela palpação não se sente o *thrill* o phenomeno commum em casos clinicos identicos; apenas se observam os movimentos de expansibilidade que já á inspecção foram observados.

O tronco brachio-cephalico arterial, está elevado de encontro á clavícula, e usando de ligeira compressão digital sobre a arteria subclavea, consegue-se facilmente interceptar a passagem do sangue, desaparecendo o pulso radial direito. O doente passa a maior parte do tempo sentado, com o tronco projectado para a frente, a frente apoiada sobre o travesseiro, e quando desviado d'essa posição, volta a ella immediatamente para evitar a dyspnéa que apparece concomitantemente com o ruido de *cornage*, pheno-

meno dependente no caso em questão, da compressão do tumor sobre a porção inferior da trachêa e não sobre um dos bronchios unicamente, por isso que em ambos os pulmões se nota diminuição da respiração e sarridos mucosos disseminados. Demais, á exploração clinica, os outros órgãos soffrem as consequências dos defeitos da irrigação hematica criados pelo desenvolvimento que attingiu a lesão na aorta, assim é, que para o *figado* ha congestão passiva, diagnosticavel á palpação e á percussão e estase venosa que se explica pela difficuldade da descarga da cava inferior na auricula direita. — O *baço*, um coração complementar na expressão de Blot, está também sensivelmente augmentado. — Os *rins* resistem ainda, e desempenham até certo ponto o papel de reguladores da composição normal do liquido sanguineo: as urinas são eliminadas em quantidade regular, e pela reacção de Heller não se fórma o anel de albumina.

Finalmente, para exprimir n'uma fórmula o diagnostico actual do nosso doente, lançando-nos na evolução surda da lesão, na séde do tumor, nos caracteres dos dous pulsos entre si; na estase venosa; na elevação do tronco innominado, nos movimentos de expansibilidade do mesmo tumor encontramos elementos sufficientes para firmar o diagnostico de aneurisma da porção transversa da aorta; tumor cujo enorme volume, adquirido pelo seu grau de evolução, exerce compressão sobre os órgãos circumvisinhos.

E' facto sabido, porém, que o ruído de *cornage* em materia de descriminação da séde da implantação d'um aneurisma da aorta, falla em favor da localisação da dita lesão, na porção transversa do vaso arterial; aqui porém, o ruído da *cornage* é um phenomeno posterior que appareceu pelas proporções da estase, symptoma este, cujo mecanismo de producção já foi sufficientemente explicado.

Quanto ás desordens da funcção de innervação motora, nos membros e na lingua, essas, nasceram talvez d'um embolo despregado da endarteria do mencionado aneurisma, o qual emigrou por uma das carotidas, e levado pela corrente sanguinea, franqueou o calibre da sylvianna esquerda, acompanhou o trajecto dos capillares profundos do mesmo vaso arterial, chegando a restringir a circulação da região capsulo-nuclear posterior ou lenticulo-optica, comprehendendo tambem o joelho da capsula interna; parece-nos mesmo não haver outro modo de interpretar o compromettimento dos feixes pyramidaes directos, antes do crusamento d'elles, no caso que observamos.

Não valendo porém esta observação senão pela descripção clinica do specimen anatomo-pathologico assestado na aorta ascendente, descripção que julgamos feita, se nos acharmos isentos de descer a maiores considerações sobre a affecção embolica, pensaremos outro tanto, com respeito ás largas apreciações de ordem etiologica e pathologica que aqui podessem ter cabimento.

N'este doente foi encontrado o signal d'Oliver e o M. Pansini.

Não assistimos á morte do paciente nem á necropsia, porém foi-nos referido que:

Fallecido o paciente, a necropsia revelou um volumoso sacco aneurismal na porção transversa da crossa da aorta.

OBSERVAÇÃO II

Z, 47 annos, solteiro, marítimo.

ANTECEDENTES PESSOAES. — Sarampo em criança, aos 24 annos variola, depois rheumatismo chronico, que ha mais de 15 annos persegue o doente. Aos ataques rheumatismaes, seguia-se oedema das extremidades inferiores.

Por 6 vezes differentes, medeiando praso apreciavel entre ellas, foi accommettido de blenorrhagia.

HISTORIA PREGRESSA DO ESTADO ACTUAL. — Refere o doente, ter começado ha 3 mezes a sentir pontadas na metade direita do thorax; essas dôres a principio localisadas, irradiaram depois, localisando-se em toda a superficie do tronco. A principio surdas, exarcebaram-se depois, sendo mesmo acompanhadas de vomitos pouco abundantes.

A resistencia organica foi-se esgotando progres-

sivamente, e o organismo, foi cahindo em profunda depressão.

De pouca agudeza mental e intelligencia aca-nhada, o doente não foi além d'estas informações, que, a custo e com paciencia evangelica, conseguimos obter d'elle.

ESTADO ACTUAL. — A face anterior esquerda do thorax, apresenta movimentos de totalidade isochronos com os dois pulsos, sendo muito accentuados no angulo xypho-costal.

A parede thoracica apresentou por muito tempo 92 oscillações por minuto.

No segmento limitado pela 4.^a e 6.^a costellas do lado esquerdo, entre a linha médio-sternal e a mamillar, notava-se uma elevação salientando-se ao nivel da parede costal, acompanhada de ligeiro cedema sub-cutaneo e orlado de tenues placas hyperemicas. A ponta do coração bate no 6.^o espaço intercostal, a 11 centímetros da linha médio-sternal. O choque é fraco e apenas visivel. Pulsos radiaes designaes.

Á palpação, não se verifica o *thrill* mostrando-se esse meio de exploração absolutamente negativo na acquisição d'outros signaes. Não ha phenomenos de estase venosa nem se sentem as pulsações das sub-claveas.

A exploração da aorta, atraz da purcula do sterno, não accusa o bater d'essa arteria. O doente não accusa dôres irradiando ao braço e á espadua.

Á auscultação nota-se, no fóco tricuspidio, sopra

systolico de area de propagação muito limitada dirigindo-se para a ponta. Foi encontrado o signal d'Oliver.

PULMÕES. — Á auscultação, na parte anterior dos pulmões murmurio vesicular diminuindo á esquerda; á direita respiração quasi bronchica. Na parte posterior do thorax não se notam as pulsações que se notam na face anterior

Pela palpação, apenas ligeira tumefação do lado doente, talvez apparente pelo grande adelgaçamento das massas musculares do lado opposto.

Pela percussão, dôr e uma area de som massiço de 9 centimetros, correspondendo pouco mais ou menos á zona anterior das pulsações. Sobreposta a esta, outra zona de som massiço menor que a primeira, occupando todo o espaço que medeia entre a 3.^a e 5.^a costellas e tendo a configuração d'uma moeda de 500 réis.

Fallecendo o doente, a necropsia revelou um aneurisma localizado na porção transversa da crosse da aorta.



PROPOSIÇÕES

Anatomia. — No systema central da circulação cerebral, grupo das arterias estriadas, encontra-se a arteria hemorrhagica de Charcot.

Physiologia. — A menstruação é consequencia immediata da congestão produzida nos órgãos genitales da mulher, pela queda do ovulo, consequente á ruptura da vesicula de Graaf.

Pathologia geral. — A receptividade dá-se apenas quando o organismo esteja em condições de proporcionar um meio favoravel ao desenvolvimento do germen pathologico.

Therapeutica. — Na infecção puerperal o melhor antithermico que conheço é a associação de balnotherapia ás irrigações intra-uterinas, quando a temperatura attinja pelo menos 39°,5

Anatomia pathologica. — A hypertrophia d'um órgão é sempre a consequencia d'um exagero na actividade do movimento nutritivo, com predominancia da assimilação sobre a desassimilação.

Pathologia externa. — Todos os meios empregados no tratamento d'uma fractura exposta, são inuteis, sem uma antiseptia rigorosissima,

Medicina operatoria. — A oophorectomia é sempre indicada desde que haja um fibro-myoma uterino n'uma mulher que esteja longe da menopanse.

Pathologia interna. — Quando um aneurisma da aorta thoracica não faça tumor visivel nem dê signaes de compressão, só se póde diagnosticar pela radiographia.

Obstetricia. — Condemno o exercicio profissional, tal como elle é exercido, das parteiras em Portugal.

Medicina legal. — A prenhez póde ser independente do coito.

Visto,
A. Alacido da Costa.
PRESIDENTE

Póde imprimir-se,
Dr. Souto.
DIRECTOR INTERINO.