

III

N.º 102

BENJAMIM DE MENEZES ANTUNES LEMOS

Um caso de
aneurisma da aorta
abdominal

(Trabalho da 2.ª Clínica Médica)

TESE DE DOUTORAMENTO
APRESENTADA Á
FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

MAIO 1921

197/3 FMP

1921
IMPRESA NACIONAL
— de Jaime Vascelos —
204, Rua José Falcão, 206
— PORTO —

Um caso de aneurisma
da aorta abdominal

N.º 102

BENJAMIM DE MENEZES ANTUNES LEMOS

Um caso de
aneurisma da aorta
abdominal

(Trabalho da 2.ª Clínica Médica)

TESE DE DOUTORAMENTO
APRESENTADA A
FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

MAIO 1921

1921
IMPRENSA NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
——— PORTO ———

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETÁRIO

Dr. Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embríologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Dr. António de Almeida Garrett
Farmacologia	Dr. José de Oliveira Lima
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patológica	Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão
Bacteriologia e Parasitologia	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Medicina operatória e pequena cirurgia	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clínica obstétrica	Vaga (1)
História da medicina e Deontolo- gia médica	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Pediatria	Vaga (2)


Professores Jubilados

Pedro Augusto Dias — Lente catedrático


(1) Cadeira regida pelo Prof. Ilvres—Dr. Manuel António de Morais Frias.

(2) Cadeira regida pelo Prof. ordinário—Dr. António de Almeida Garrett.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.
(Art. 15.º § 2.º do Regulamento privativo da Faculdade de Medicina do Porto,
de 3 de Janeiro de 1920).



À memória de meu Pai




A minha mãe

A minha mulher



À memória de meus irmãos

Carlos e Antonio




A meus irmãos



À memória de meu

Sôgro e cunhada



Aos meus cunhados

Aos meus tios e primos :

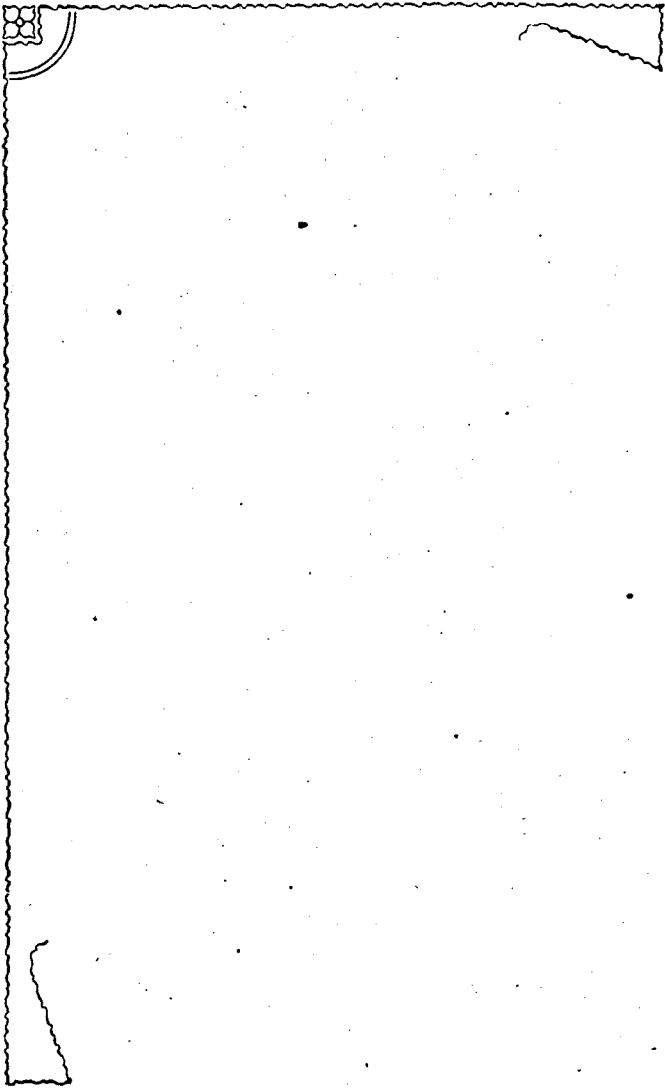
Aos meus amigos

Aos meus discípulos
e contemporâneos

Ao Douto Corpo Docente
da Faculdade de Medicina do Pôrto

No meu ilustre Presidente de tese

Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida



O trabalho que submeto à apreciação dos meus Ilustres Professores, é um simples estudo, bem incompleto, de um caso de aneurisma da aorta abdominal, que me impressionou pela sua invulgaridade.

O estado do doente não permitiu um exame muito detalhado, pois para êle, era motivo de grande sofrimento qualquer deslocação que era obrigado a fazer.

Limito-me pois, na primeira parte da minha tese, a registrar as observações feitas e a tirar delas as respectivas conclusões.

Na segunda parte, faço um breve resumo da história, etiologia, anatomia patológica, evolução,

duração, terminação e tratamento dos aneurismas da aorta abdominal, em geral.

Cumpre-me agradecer ao meu bom Professor Dr. Tiago de Almeida, o ter aceite a presidência desta tese e a deferência com que sempre me tratou.

PRIMEIRA PARTE

A. D. T., viuvo, de 45 anos de idade, marceneiro.

EXAME SUBJECTIVO

Queixa-se de dores agudíssimas na articulação coxo-femural esquerda, dores que tanto o apoquentam quando está em repouso como quando em movimento. São mais acentuadas de noite.

O decúbito lateral direito é que lhe oferece mais comodidade. Não pode dormir em decúbito dorsal por causa das dores.

Também tem dores lombares que não são muito violentas.

Tem mau gôsto na bôca, pouco apetite, sente rugidos intestinais e fica enfartado depois de qualquer refeição que seja mais abundante do que o habitual.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Em Fevereiro de 1920 começou a sentir muitas dores na região lombar, no abdómen com irradiações para a fossa ingüinal esquerda e com propagação para o joelho. Estas dores obrigavam-no a andar curvado e agarrado a uma bengala. Quando se punha de bruços sentia algum alívio.

Foi à consulta externa do Hospital Geral de Santo António, fizeram-lhe umas aplicações de pontas de fogo na região lombar e, sendo êle um sifilítico, deram-lhe dezoito injeccões intra-venosas de cianeto de mercúrio, após o que ficou sem dores.

Passado algum tempo viu aparecer-lhe pouco a pouco no abdómen, uma tumefacção, com tais movimentos impulsores que o obrigavam a afastar-se do banco onde trabalhava no seu offício de

marceneiro. As pressões exercidas nesta tumefacção não lhe provocavam a menor dor.

Há cêrca de dois meses, isto é em Setembro, voltaram-lhe as dores na região lombar, mas muito mais violentas, acompanhadas ao mesmo tempo, de dores agudíssimas na articulação coxo-femural esquerda com propagação para o joelho.

Ficou impossibilitado de trabalhar e recolheu a uma enfermaria do Hospital, onde em Novembro, tivemos ocasião de observá-lo.

HISTÓRIA PESSOAL

Em criança teve a varíola.

Há nove anos depois de viuvo contraiu o cancro venéreo, aparecendo-lhe dois meses depois uma erupção que com o uso de iodeto de potásio foi debelada, reaparecendo todos os anos em Agosto. Desleixou-se no tratamento, a ponto de haver anos, em que o não fez.

Ultimamente abusava de bebidas alcoólicas, chegando a gastar nelas, tudo quanto ganhava.

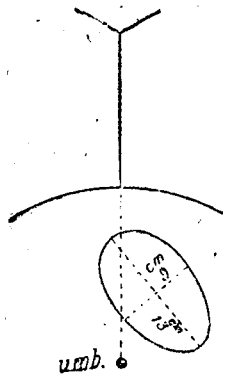
HISTÓRIA FAMILIAR

A mãe morreu paralítica aos 68 anos; o pai morreu com 70.

Teve três filhos que faleceram em criança, de enterite e um que morreu tuberculoso aos 22 anos. Houve um abôrto.

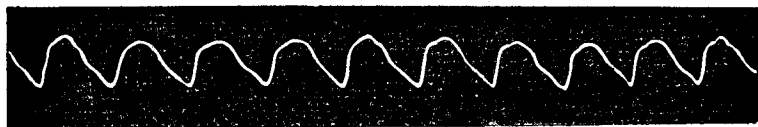
Exame objetivo

No abdómen um pouco para o lado esquerdo, na região supra umbilical, notava-se uma tumefacção ovoide, medindo o seu grande eixo treze centímetros e o seu pequeno eixo nove centímetros.



Aspecto exterior da tumefacção

Esta tumefacção era animada de amplas impulsões, que tentamos registrar com o cardiografo. Obtivemos o seguinte gráfico:



Qualquer pressão exercida sôbre a tumefacção, provocava ao doente dores que se propagavam para as costas, e quando se voltava para a esquerda, sentia-a deslocar-se com sofrimento para êle.

Procuramos vêr se havia expansibilidade desta tumefacção, mas não conseguimos senti-la. Vimos só, que era um volume muito consistente, liso e cuja base se não podia precisar.

Puncionamo-lo com uma agulha de platina de uns três centímetros de comprimento e feita a aspiração não obtivemos nenhum líquido, verificando apenas a enorme resistência à perfuração.

O aspecto do doente era mau; a face muito pálida, grande emaciação e debilidade geral.

A pele era sêca e rugosa principalmente a da parede anterior do abdómen.

Apresentava pelos membros inferiores manchas acobreadas e encontravam-se gânglios múltiplos.

No que diz respeito ao aparelho circulatório notamos:

O 2.^o ruído aórtico acentuado; o pulso a 70, pequeno e hipotenso; não havia retardo do pulso crural em relação ao pulso radial. A tensão máxima medida na radial direita com o oscilometro de Pachon foi igual a 14,5 e a tensão mínima na mesma arteria igual a 10.

Com o sfigmografo obtivemos o seguinte gráfico:



Exame do sangue:

WASSERMANN NEGATIVO

INDICE ANTITRIPSICO = 70.

Durante o tempo em que o observamos notamos o seguinte:

Dormia mal, mas sob a acção do pantopon, dado em injeccões, conseguia dormir melhor; a frequência do pulso variava entre 70 e 86; o apetite sempre reduzido; e o estado geral revelava cada vez mais abatimento.

Diagnóstico

Em face dêste caso, ao fazermos o diagnóstico, exitamos em pronunciarmo-nos por aneurisma da aorta abdominal ou por neoplasía gástrica; de resto é sempre difícil diagnosticar um caso dêstes pela confusão de sintomas que costumam surgir, pois, considerando que:

A sintomatologia dos aneurismas da aorta abdominal é em resumo a seguinte:

Os aneurismas da aorta abdominal, muitas vezes, devido ao grande volume que atingem provocam dores paroxísticas, ou contínuas, quási sempre de grande intensidade, variando com a posição

do doente e tendo localizações diversas; em geral na região lombar, em volta da cinta, às vezes com irradiações para o sacro, para os membros inferiores, ao longo do ciatico, no trajecto dos uretères, do cordão espermático e até ao testículo.

O tumor aneurismal quando já desenvolvido é ordinariamente liso, esférico, raramente bosselado, pulsátil e expansivo às vezes, bastante fácil de limitar, palpando-se profundamente. Sente-se ora uma palpitação só, ora duas seguidas. Diz F. Frank que a primeira palpitação é produzida pela onda sanguínea distendendo bruscamente o saco aneurismal, é a segunda, que só aparelhos registradores acusam e devido à elasticidade que o saco conservou.

Pela auscultação pode-se ouvir um sôpro sistólico; mais raras vezes um sôpro diastólico, causado por uma insuficiência aortica concomitante, e outras vezes não se houve sôpro nenhum.

Os aneurismas, quando volumosos, produzem não só compressões nervosas que provocam dores violentas, mas também em quasi todos os órgãos da cavidade abdominal, dando origem a: ectopias, ascite, ictericia, vômitos, prisão de ventre, algumas vezes obstrução intestinal, retenção de urinas, etc., etc.

A sintomatologia das neoplasias gástricas é em resumo a seguinte:

O sintoma mais constante é a dor. Esta nunca desaparece completamente. Os doentes perdem quási sempre o apetite, tem frequentemente vômitos, observando-se muitas vezes vômitos de sangue.

Um dos sinais patognomonicos mais certos do cancro é a presença de um tumor, mais ou menos sensível à pressão, formado por uma massa consistente, irregular, nodulada, mas algumas vezes pequena e lisa não diferindo muito do músculo abdominal contraído.

Em quási todos os casos de cancro de estômago, os doentes emagrecem consideravelmente, perdem as fôrças, as suas mucosas descoram-se, a face fica pálida e toma um reflexo amarelo (amarelo-palha), e a pele do abdómen torna-se sêca e escamosa.

Já Huchard no segundo volume do seu tratado clínico sôbre doenças do coração, a pág. 479, diz:

“Os aneurismas do tronco celiaco e da arteria

coronária estomática são extremamente raros, e nunca foram diagnosticados porque reproduzem muitas vezes os caracteres clínicos das úlceras gástricas».

Também A. Laubry e Clarac na *Presse Medicale* de 29 de Abril de 1914 a pág. 323 referem a observação de um caso de aneurisma da aorta abdominal num doente, cuja aparência caquetica e fenómenos digestivos lhes deu a impressão de um neoplasma. Apoiaram-se para fazer o diagnóstico na intensidade e persistência das dores abdominais, e existência de um duplo sôpro na região epigástrica, com propagação vertebral e o carácter positivo da reacção de Wassermann.

Lebert diz que em 104 casos observados, 30, só foram confirmados pela autópsia.

Teem-se confundido com o mal de Pott; ectopia renal; cancro do pilóro; doenças do estômago, sobretudo quando o aneurisma está à altura do tronco celíaco, como no caso presente; tumores cancerosos do intestino, etc.

Quanto a nós pensamos primeiramente tratar-se de um aneurisma da aorta abdominal pelos seguintes sintomas:

Dores lombares, abdominais com irradiações para a fossa ingüinal esquerda e propagação para o joelho.

Tumor pulsátil, liso, ovoide, localizado no lado esquerdo do abdómen.

Natureza sifilítica (contraiu o cancro venéreo há 9 anos, apresentava manchas sifilíticas pelos membros inferiores, gânglios múltiplos. A mulher teve um abôrto e três filhos falecidos em criança).

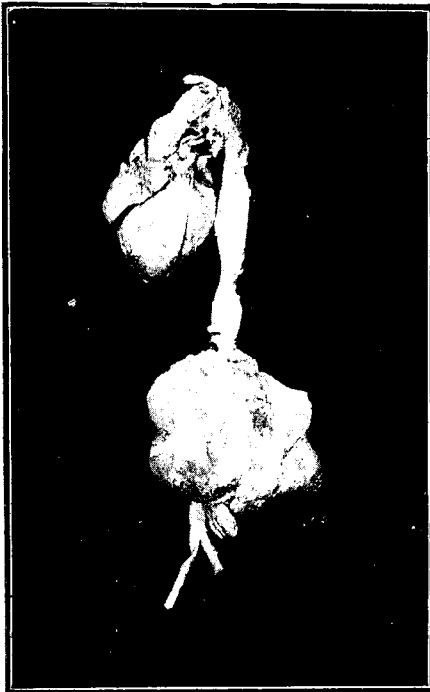
Entretanto ficamos em dúvida, pois não constatamos a existência de sôpros, e do frémito ao nível do tumor que costuma aparecer nestes casos.

Além disto o tumor era supra-umbilical e não infra-umbilical. As dores acompanham o processo e não haver atrazo do pulso femural em relação ao radial. A punção exploradora ser negativa e o índice antitripsico ser igual a 70.

Por outro lado a notável palidez do doente, emagrecimento, anorexia, a pele sêca e escamosa, as extremidades frias, o enfartamento depois das refeições (sinál de hipopepsia) e a micro-adenia, pareciam demonstrar tratar-se de uma doença discrásica; de uma neoplasia e não de um aneurisma.

Neste meio tempo veio a falecer o doente, re-

velando a autópsia que efectivamente se tratava de um grande aneurisma da aorta abdominal (formado por toda a porção da aorta situada abaixo do tronco celíaco com fortes aderências ao peritoneo e rim esquerdo, as faces anteriores das quatro primeiras vértebras lombares estavam muito gastas) confirmando assim a nossa primeira opinião.



Fotografia do autor.

Fotografia da bolsa aneurismal

Tratamento

Do dia 19/x a 27/x — 2 injeções de soro gelatinado por dia.

19/x a 4/xi — Injeções de nitrito de sódio.

19/x a 12/xi — Injeções de Pantopon.

12/xi a 22/xi — Injeções de cianeto de mercúrio.

26/xi a 28/xi — Injeções de morfina.

SEGUNDA PARTE

História dos aneurismas

E. Boinet no tomo xxiv da *Coleção Brouardel* refere-se à história dos aneurismas da aorta da seguinte maneira:

“Fernel (1497-1558) assinala a presença de aneurismas nas artérias interiores, principalmente no peito, nas proximidades do baço, do mesentério, e cujas pulsações são bastante fortes “para quebrar as costélas”, depois atribui os aneurismas à simples distensão de todas as túnicas arteriais (aneurisma verdadeiro). Esta opinião foi combatida por Fabrice de Hilden, Sermert e Scarpa. Ambroise Paré (1517-1590) diz: “Os aneurismas que veem às partes interiores são incuráveis e surgem muitas vezes naqueles que teem tido a avariose”. Esta im-

portante noção etiológica caiu no esquecimento e não foi posta em relevo senão para o fim do século XIX; menciona um caso de aneurisma da aorta com aortite crônica e sintomas anginosos, tendo o volume do punho, com a sua túnica interna ossificada e terminado pela rutura "com uma grande quantidade de sangue derramado no tórax".

A. Vesale (1557) fez o primeiro diagnóstico verificado pela autópsia de um aneurisma da aorta torácica descendente, consecutivo a uma queda de cavalo e manifestando-se por um tumor pulsátil na espinha dorsal; mas desconhece o papel da sífilis indicado por Fernel.

Baillou (1575) descreve um aneurisma na aorta abdominal. Depois a história do aneurisma aórtico interrompe-se.

No século XVII Laucisi publica observações de aneurismas sífilíticos e faz judiciosamente notar que em 100 aneurismas mais de 50 se desenvolveram em "glutões e alcoólicos". Malpighi ajunta alguns novos casos; Valsalva e Albertini inauguram o período terapêutico, instituem o seu tratamento pela dieta e pelas sangrias repetidas.

No século XVIII, Lieutaud, menciona outros fa-

ctos; Sénac (1749) indica alguns sintomas a compressão de órgãos; Morgagni (1760) faz uma descrição detalhada do aneurisma aórtico. O aneurisma dissecante é estudado por Nichols (1761) e Scarpa.

Na primeira metade do século XIX, Scarpa admite que as lesões destrutivas, arrastam a ruptura das túnicas interna e média, precedendo sempre a formação do saco aneurismal, que não seria constituída senão pela camada celulosa da aorta; diz que os aneurismas são sempre o resultado de uma lesão das túnicas internas.

Hogdson distingue nitidamente a dilatação do aneurisma da aorta, estuda o modo da cura espontânea pela formação de coágulos fibrinosos e "a maneira de ajudar a natureza nos métodos curativos". Laenec (1819) descreve longamente as lesões anátomo-patológicas, os sinais clínicos (sintomas dolorosos, fenómenos de compressão, diferença dos pulsos radiais) e faz conhecer o aneurisma dissecante, Bouillaud (1823) aperfeiçoa os sinais de auscultação dos aneurismas e preconiza o emprego do iodeto de potássio.

Na segunda metade do século XIX, Broca (1856) publica um tratado sobre aneurismas.

Cornil e Ranvier simplificam a classificação dos aneurismas. Marey e F. Frank com o método gráfico aperfeiçoado precisam o diagnóstico e elucidam a fisiologia e patologia dos aneurismas. Em 1896 os raios de Röntgen trazem um elemento precioso de investigação.

Com a terapêutica, acupuntura, galvano-puntura, ligação das artérias de grande calibre nascidas da crossa, pouco resultado se obteve. As injeções de sôro gelatidado pelo método de Lancereaux e Porslesco realizaram um progresso; mas são algumas vezes perigosas.

Nos últimos anos tem-se demonstrado o papel capital da sífilis na aortite e aneurisma, quer seja pelas estatísticas, quer pela constatação directa dos spiroquetas nas lesões da aorta, ou pela reacção de Wassermann.

Os novos métodos de diagnóstico permitem a aplicação a tempo do tratamento específico (arsenobenzol, hectina, mercúrio) completado pelo iodeto de potássio.

Etiologia

Vamos apresenta-la nos seus traços gerais.
Podemos, por assim dizer, juntar as causas etiológicas em três grupos, a saber:

CAUSAS PREDISPONENTES.

CAUSAS DETERMINANTES.

CAUSAS OCASIONAIS.

Como causas predisponentes temos:

IDADE.

SEXO.

PROFISSÃO.

HEREDITARIEDADE, etc.

Idade.— A idade em que os aneurismas com mais freqüência se desenvolvem na aorta está compreendida, segundo a opinião dos autores que se seguem, entre os 25 e 60 anos.

BOINET	45 — 60 anos
LISFRANC	25 — 35 »
LEBERT	50 — 60 »
CRISP	30 — 40 »
ROGER	25 — 40 »
BROCA	— 60 »
S. BULL	51 — 55 »
MALMSTEN	41 — 50 »
SCHRÖTER	40 — 50 »
ORTH	30 — 50 »
MEMEYER	40 — 50 »

A média é dos 36 aos 50 anos.

Sexo.— O sexo em que os aneurismas da aorta são mais freqüentes é o sexo masculino. Para Martinet é quatro vezes mais freqüente no homem que na mulher. Roger diz que os aneurismas da aorta abdominal são onze vezes mais freqüentes no homem que na mulher.

Profissões.— As profissões que mais concorrem

para a formação dos aneurismas são aquelas que obrigam a maiores esforços.

Hereditariedade.—Tem-se observado aneurismas na mesma família, pai e filho, em irmãos, etc., quer seja por se tratar de heredo-sífilis quer de aortismo hereditário.

Como causas determinantes, temos:

INTOXICAÇÕES.

DIATESES.

INFECÇÕES.

Intoxicações.—Os tóxicos que mais influência tem são: o álcool, o tabaco, e o chumbo.

O álcool actua pela sclerose que produz nas artérias ou pela degenerescência gordurosa da mesarteria. Uns cincoenta por cento de aneurismáticos são alcoólicos.

Huchard considera o alcoolismo como uma causa predisponente e indirecta, e não uma causa ocasional.

O tabaco actua pelas lesões ateromatosas das paredes da aorta e pelo aumento da pressão san-

guínea inter-arterial. Isto tem sido demonstrado por experiências recentes.

O chumbo actua pela sua acção directa sôbre as artérias, provocando aortites crônicas e aterômas como o tem demonstrado as autópsias feitas a animais de laboratório intoxicados pelo chumbo.

Diateses. — As que principalmente produzem aneurismas são: a gota, o reumatismo crónico e o aterôma.

Infecções. — A sífilis é a que mais concorre. Além desta temos o impaludismo, a tuberculose, a gripe, a pneumonia, etc.

Como causas ocasionais temos:

TRAUMATISMOS.

ESFORÇOS.

ELEVAÇÃO DE TEMPERATURA.

Anatomia patológica

Segundo Broca, pode-se definir aneurisma, por um tumor circunscrito cheio de sangue líquido ou concreto, comunicando directamente com o canal duma artéria, e limitado por uma membrana que tem o nome de saco. O orifício de comunicação da artéria com o saco chama-se cólo.

Emquanto à forma, os aneurismas da aorta podem ser:

CUPULIFORMES.

SAQUIFORMES.

FUSIFORMES.

DISSECANTES.

Cupuliformes. — São aneurismas pequenos e

hemisféricos que tem por séde de predilecção a origem da aorta.

Saquiiformes. — Quando a dilatação se desenvolve num ponto limitado à maneira de um sacco anexo ao vaso.

Fusiforme. — Quando a dilatação é egualmente repartida a toda a circunferência do segmento invadido.

Dissecante. — Quando resulta de uma dissecção das paredes vasculares e o sangue se infiltra entre a túnica interna e a túnica média e as descola numa certa extensão.

Os aneurismas da aorta são em geral únicos, no entanto quando de origem sifilítica são por vezes múltiplos. Jonas encontrou numa aorta sifilítica nove dilatações. Outros autores assinalam mais alguns casos.

O volume dos aneurismas é muito variável, indo desde o tamanho de um ovo de pomba ao de uma cabeça de feto.

Emquanto à sua estrutura vêmos que os pontos onde as paredes dos aneurismas são mais delgadas, são justamente os pontos mais dilatados. Aqui a túnica média desaparece não deixando se-

não alguns vestígios que aumentam à medida que nos afastamos do seu grande diâmetro e que nos aproximamos do cólo e embocadura do saco com a artéria. A êste nível a camada elástica forma uma delgada prega e espessa-se progressivamente, continuando-se com a túnica média menos atingida, das partes perianeurismáticas da aorta.

As paredes do aneurisma cuja resistência é diminuída pela atrofia das fibras elásticas, são consolidadas pelo espessamento, transformação fibrosa do tecido celular circumvisinho e pelas aderências dos órgãos vizinhos. Estas paredes aderem às camadas superiores dos coágulos fibrinosos formando um bloco compacto que tende a encher a bolsa, determinando assim uma cura espontânea.

As camadas fibrinosas mais internas são formadas de coágulos passivos, vermelho escuros, de formação recente.

Tanto os tecidos como os órgãos vizinhos de um aneurisma sofrem modificações importantes; os ossos apresentam perda de substância e por vezes a bolsa solda-se aos órgãos mais próximos.

Os aneurismas não se localizam com a mesma

freqüência, nos diversos pontos da aorta como se vê pelas seguintes estatísticas:

Lebert em 69 casos registou:

24 na aorta ascendente

27 na crossa da aorta

9 na aorta descendente

9 na aorta abdominal.

S. Bull em 76 casos registou:

65 na aorta ascendente e crossa

7 na aorta descendente

4 na aorta abdominal.

Tratamento

Resume-se no seguinte:

REPOUSO NA CAMA.

DIETÉTICA.

TRATAMENTO ESPECÍFICO.

Repouso na cama.— Deve ser absoluto e prolongado, assim diminui a excitabilidade do coração, regularisa e baixa a tenção arterial.

Dietética.— A alimentação deve ser reduzida. Em média um doente com aneurisma não deve beber mais de litro e meio de líquido por dia e deve multiplicar as refeições de maneira que côm a pouco de cada vez.

Tratamento específico.— Sendo o doente sífilítico, o que acontece a maior parte das vezes, deverá fazer um tratamento específico.

Outros tratamentos.— Temos empregado com algum resultado no Hospital, injeções de sôro gelatinado e de nitrito de sódio.

Há também vários tratamentos que estão hoje mais ou menos postos de parte. Tais como:

AGUPUNTURA.

FILIPUNTURA.

GALGANOPUNTURA.

COMPRESSÃO DO SACO ANEURISMAL.

APLICAÇÃO LOCAL DE GELO.

Método de Abrams. (Abrams apresenta 40 casos de cura rápida verificados ao cabo de 4 anos de tratamento por um processo descoberto por êle, que consiste no seguinte: Percute-se com o plessímetro ou o dedo a sétima cervical, com pancadas rápidas e moderadas durante quinze a vinte minutos de manhã e à noite, todos os dias.

A eficácia dêste tratamento explica-se pela contracção reflexa da aorta produzida pela percussão.

Esta contracção produz uma diminuição de volume da bolsa e favorece a produção de coágulos).

EVOLUÇÃO

Tem uma marcha progressiva que é geralmente lenta e insidiosa, sendo algumas vezes acelerada por doenças infecciosas.

O seu volume aumenta sem cessar, quando não há formação de camadas concêntricas de coágulos fibrinosos que o impeçam de crescer.

DURAÇÃO

A duração vai de um a vinte anos, sendo variável com a séde, com as alterações das paredes dos vasos, com os esforços feitos pelo doente, com as relações que tem com os órgãos vizinhos, com as lesões dos ditos órgãos, etc.

TERMINAÇÃO

Cura excepcionalmente e a morte sobrem em 50 por cento dos casos sem haver rutura.

Diz Alfred Martinet (Presse Medical de 16 de Outubro de 1920 a pág. 734) que a maioria dos aneurismáticos morrem de caquexia, de assistolia e por asfixia.

Visto,
Thiago d'Almeida.
Presidente.

Pode imprimir-se,
Lopes Martins.
Director Interino.
