

N.º 462

ACCACIO A. B. BRAVO TORRES

BREVES CONSIDERAÇÕES

SOBRE

CARDIOPATHOLOGIA

A PROPOSITO D'UM CASO DE INSUFICIENCIA AORTICA:

ELEMENTOS PARA A DIAGNOSE DAS DOENÇAS CARDIACAS

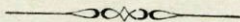
~~~~~

**DISSERTAÇÃO INAUGURAL**

DEFENDIDA EM JULHO DE 1880

SOB A PRESIDENCIA DO EX.<sup>MO</sup> SR.

**ANTONIO D'AZEVEDO MAIA**



**PORTO**

TYPOGRAPHIA DE VIUVA GANDRA

80 — RUA DE ENTRE-PAREDES — 80

~~~~~

1880

26/7 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

~~~~~  
DIRECTOR

O ILL.<sup>MO</sup> E EXC.<sup>MO</sup> SNR. CONSELHEIRO, MANOEL M. DA COSTA LEITE

SECRETARIO

O ILL.<sup>MO</sup> E EX.<sup>MO</sup> SNR. VICENTE URBINO DE FREITAS

## CORPO CATHEDRATICO

### LENTEs CATHEDRATICOS

OS ILL.<sup>MOS</sup> E EXC.<sup>MOS</sup> SNRS.

|                                                                                    |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia.....                                            | João Pereira Dias Lebre.                 |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia.....                                         | Antonio d'Azevedo Maia.                  |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira — Materia medica..                                         | Dr. José Carlos Lopes.                   |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa.....                                  | Antonio Joaquim de Moraes Caldas.        |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria.....                                 | Pedro Augusto Dias.                      |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos e doenças das puerperas e dos recém-nascidos..... | Dr. Agostinho Antonio do Souto.          |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna.....                                  | Antonio d'Oliveira e Monteiro.           |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica medica..                                         | Manoel Rodrigues da Silva Pinto.         |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica cirurgica.                                       | Eduardo Pereira Pimenta                  |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica.....                               | Manoel de Jesus Antunes Lemos.           |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira — Hygiene e medicina legal.....                           | Dr. José F. Ayres de Gouveia Osorio.     |
| 12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral. Pharmacia.....                        | Illidio Ayres Pereira do Valle.<br>Vaga. |

### LENTEs JUBILADOS

|                       |                                                                                                       |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secção medica.....    | { Dr. José Pereira Reis.<br>José d'Andrade Gramaxo.<br>João Xavier d'Oliveira Barros.                 |
| Secção cirurgica..... | { Antonio Bernardino d'Almeida.<br>Luiz Pereira da Fonseca.<br>Conselheiro, Manoel M. da Costa Leite. |

### LENTEs SUBSTITUTOS

|                       |                                                                  |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------|
| Secção medica.....    | { Vicente Urbino de Freitas.<br>Miguel Arthur da Costa Santos.   |
| Secção cirurgica..... | { Augusto Henrique d'Almeida Brandão<br>Ricardo d'Almeida Jorge. |

### LENTE DEMONSTRADOR

|                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| Secção cirurgica..... | Candido Corrêa de Pinho. |
|-----------------------|--------------------------|

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

(Regulamento da escola de 23 d'abril de 1840, art. 155.)

# A SEUS PAES

COMO TRIBUTO DE RESPEITO E GRATIDÃO

Off.

O SEU FILHO

*Accacio Augusto Barrosa Branco Torres.*

# A MINHA MULHER

Eis realizadas as tuas aspirações !

Acceta esta offrenda, pequena em si, mas grande  
pela sua significação, que te

Off.

O TEU

*Accacio.*

A TODOS OS SEUS CONDISCIPULOS

E COM ESPECIALIDADE

*Aureliano Pinto*

*Julio Xavier de Mattos*

*Luiz de Barros de Faria e Castro*

*José Augusto Vieira*

Off.

O CONDISCIPULO E AMIGO

*Accacio A. B. B. Torres.*

AO EX.<sup>MO</sup> SNR.

**GASPAR FERREIRA BALTAR**

E A SEU PRIMO, O DR.

**COLUMBANO P. R. DE CASTRO PORTUGAL DA SILVEIRA**

Como prova da benevolencia com que  
o trataram sempre, e em testemunho da  
protecção que de continuo lhe concederam

Off.

*O auctor.*

AO SEU PRESIDENTE

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

ANTONIO D'AZEVEDO MAIA

Em signal de profundo reconhecimento  
e de velha amisade

Offerece

O SEU DISCIPULO E AMIGO

*Accacio A. B. Beava Torres.*

Em cumprimento da lei sou obrigado a apresentar por escripto, como ultima prova do meu tirocinio escolar e para poder exercer legalmente a clinica, um trabalho que diga respeito a qualquer dos ramos das sciencias medicas.

E' pois, em observancia a essa imposição, que escolhi para assumpto da minha dissertação uma materia comprehendida nos ambitos da pathologia medica: — *breves considerações sobre cardiopathologia, a proposito d'um caso de insufficiencia aortica: — elementos para a diagnose das doenças cardiacas.*

Não foi o puro acaso que presidio a esta preferencia; motivos houve que a justificam mais ou menos.

Durante este anno lectivo, 1879-1880, tive occasião de vêr, tanto na clinica hospitalar, como na particular d'um medico d'esta cidade, varios exemplares d'estas lesões, cujos symptomas eram entre si mui pouco dissemelhantes. A observação de cada um d'estes factos isoladamente, junto ao seu exame comparativo suggeriu-me a ideia do presente trabalho, arduo

na verdade e assaz deficiente, mas fecundo para mim pela série de considerações e estudo particular a que tive de proceder.

Ceguei por ahí ao convencimento do pouco auxilio a esperar da therapeutica para o debellamento d'esta ordem de lesões, e das multiplas difficuldades com que o pratico tem de lutar para a sua diagnose.

Mais d'uma vez, n'esse estudo, inquiri a minha consciencia, duvidoso dos resultados auferidos em tão aturados esforços para alcançar um diagnostico preciso, visto a quasi impotencia therapeutica e o termo geralmente fatal das doenças do coração.

Não é comtudo, guiado por esta série de considerandos que o medico se deve conduzir na pratica, porque o contrario equivaleria a deixar ao abandono um grande numero de doentes: esse estado precario da therapeutica, essa incurabilidade positiva são predica-dos da quasi totalidade das doenças chronicas.

Mas sim, é aqui que o medico tem de pôr em acção todos os seus recursos, de affirmar a sua habi-lidade e de patentear o seu tacto clinico, porque incessantemente é chamado a combater uma complicação e a cada passo se vê na necessidade de afastar um novo accidente. Com lesões d'esta ordem a cura é im-possivel, mas então o doente está no direito de exigir de nós um bem estar relativo, que, embora passageiro, lhe prolongue por algum tempo o desenlace fatal: —il ne faut jamais abandonner un homme tant qu'il respire.

Levado em summa por todas estas reflexões, nas-

cidas de factos clinicos, resolvi escrever alguma coisa sobre a materia bem que conhecesse assaz os meus poucos recursos para arcar com a magnitude do assumpto.

Incorri no dever, antes de ir mais além, de precisar o que entendo por «doenças do coração».

Em geral e no seu sentido mais lato quer-se significar com este modo de dizer:— toda a modificação funcional ou material d'esse orgão.— E' claro pois, que essas perturbações podem ser agudas ou chronicas, atacar o musculo ou qualquer de suas membranas, serem enfim mais ou menos extensas, mais ou menos problematicas.

Em clinica porém, e é d'est'arte que a acceitarei, não tem essa expressão toda a latitude que lhe é conferida em theoria. A' cabeceira do doente nunca se olha como doença do coração senão a lesão que traz consigo o elemento de chronicidade, o evidente character de affecção permanente, não se entra em linha de conta com a séde e extensão da lesão.

Apoiarei este meu modo de vêr, que em ultima instancia é o de todos os praticos, recordando que nenhum medico designa de doenças do coração as endocardites e pericardites que surgem no curso de tantos estudos morbidos, mórmente no rheumatismo articular agudo, apesar de muitas vezes ser clara a sua manifestação.

Consideradas d'esta sorte as doenças do coração,

é costume dividil-as ainda em dois grupos: ao primeiro pertencem as lesões geraes ou parciaes do musculo, dando em resultado degenerações, dilatações, hypertrophias; o segundo grupo abrange as doenças das valvulas e dos orificios cardiacos, doenças geradoras das insufficiencias valvulares e dos apertos oricos.

Esta divisão porém de importancia no estudo theorico, não offerece grandes vantagens em clinica, porque as dilatações e hypertrophias apparecem na generalidade dos casos como consequencia dos apertos e das inocclusões valvulares, representando por isso um papel secundario, debaixo do ponto de vista da lesão capital, ainda que quasi sempre importante.

A hypertrophia em si, como facilmente se prevê, não passa d'um facto morbido accumulado á lesão prima, mas pela coincidencia muito frequente do estado hypertrophico com um augmento de contractilidade cardiaca, este segundo factor morbido deve e é sempre considerado como salutar e quasi providencial para o individuo affectado de doença d'essa viscera thoracica.

Os beneficios que este grupo de lesões tem colhido das descobertas dos meios physicos d'exploração, e não menos dos seus ultimos aperfeiçoamentos, é indiscutivel, e por isso, embora não attingissemos a seu respeito a desejada precisão diagnostica, já não encontramos para esse conhecimento as difficuldades por

vezes invencíveis que cercavam as doenças cardiacas nos tempos anteriores ao apparecimento de Laennec.

E' verdade que a localisação de qualquer som anormal d'esse orgão, especialmente a determinação do tempo em que se produz e a direcção da sua propagação torna-se muitas vezes difficil, senão impossivel, mas estes casos, ainda que frequentes, ficam áquem d'aquelles que se chegam a diagnosticar com mais ou menos exactidão.

Alguns pathologistas affirmam até que assim devia succeder sempre, porque, dizem elles, estas lesões são do numero d'aquellas que em determinado periodo se mostram com mais frequencia sob a fórma typica, o que é devido aos phenomenos porque se manifestam. Sendo estes phenomenos puramente mecanicos na sua quasi totalidade, é obvio, accrescentam, que os effeitos subordinados a uma mesma causa devem ser identicos. Levados por isto admittem uma correlação constante entre modificações e phenomenos, d'onde se pôde deduzir elementos para um diagnostico verdadeiro, positivo.

Theoricamente assim é. Junto do doente porém as coisas passam-se d'uma maneira muito differente; as fórmas typicas são excepções; e regra, um numero indeterminado de variedades, apresentando cada uma o seu grupo de symptomas predominantés, distinctos. Só nos ultimos periodos da doença é que com mais frequencia todos esses grupos se approximam e confundem.

São, disse eu, as doenças do coração as que mais beneficiadas tem sido pelas descobertas modernas, mormente dos meios physicos de investigação.

Effectivamente; sem estes poucas vezes se chegaria ao conhecimento perfeito da lesão, ainda que na quasi totalidade dos casos o maior numero de phenomenos assim observados seja a traducção da existencia d'uma modalidade morbida secundaria, — a hypertrophia. — Este ultimo facto a que devemos attribuir na generalidade dos casos a insignificancia ou mesmo a annullação dos phenomenos geraes, mais intima e directamente ligados á lesão prima do coração, é realmente o que produz a maioria de modificações que o pratico é chamado a combater.

E' pois, pondo de parte a subordinação de causa e effeito, pelo exame directo da região precordial que chegamos ao perfeito conhecimento da doença cardíaca, de que o estado hypertrophico não constitue ordinariamente mais do que um complexo symptomatico.

Nos ultimos periodos, e esta é a regra, como já disse, reconhece-se com um certo grau de probabilidade a séde e fórma da lesão pela simples observação dos phenomenos geraes, porém, para chegarmos a este resultado com uma certa segurança, teriamos de assistir á apparição d'esses symptomas, porque dos pontos em que primeiro se manifestaram e da rapidez com que seguiram a sua evolução, poderíamos colher elementos para melhor relacionar a lesão com as mesmas modificações geraes.

Além d'isso nos casos mais adiantados, — ultimas

phases da cachexia cardiaca, — é muitas vezes tambem impossivel o diagnostico. Praticamente isto é de pouca importancia, porque o medico n'estes casos é impotente para fazer retrogradar a doença, e contenta-se por conseguinte com uma medicação symptomatica.

Dos casos clinicos por mim presenciados e a que anteriormente alludi, apenas aproveitarei um como sendo o mais importante e typico, e por isso adequado ás considerações que pretendo fazer sobre este grupo de lesões assaz frequentes. São tudo embaraços para o medico principiante, que procura sempre e não menos vezes espera encontrar na pratica as coisas com a clareza e perfeita nitidez com que vêem expostas nos livros.

Era o meu doente um individuo medianamente robusto, achando-se no periodo da vida em que se commecam a notar os primeiros vestigios de decadencia organica. Nunca se entregára a excessos que pudesse considerar como causa mais ou menos directa e remota da lesão, nem tão pouco conhecera em seus ascendentes estado algum que me fizesse suspeitar uma doença de familia. Em contraposição, a vida trabalhosa de jornaleiro com a sua inherente exposição a todas as intemperies das estações, fornecia-me elementos d'alguma importancia para um diagnostico preciso.

Devo porém acrescentar que nada precedeu a doença actual por onde fosse levado a suppôr um facto pathologico causal da lesão cardiaca.

A apparição d'esta doença foi por assim dizer subita, instantanea, em occasião que o individuo fazia um esforço superior talvez ás suas forças.

A pouco se limita a sua historia. Exagéro repentino, n'essa occasião das pulsações cardiacas, soffucação extrema, dôr precorial.

Todas estas perturbações foram diminuindo pouco a pouco até um certo ponto em que ficaram estacionarias, á excepção da dôr. Esta desapareceu completamente algumas horas depois para não mais voltar, nem mesmo passados mezes por occasião de um segundo ataque, motivado por um segundo esforço.

D'esta vez, ao contrario da primeira, o individuo esteve sujeito a um tratamento apropriado que o melhorou consideravelmente a ponto mesmo de se crêr completamente curado. Assim permaneceu por alguns mezes, até que este estado de saude aparente foi quebrado pela apparição d'uma abundante diarrhea, refractaria por alguns dias a toda a medicação adequada, mas que terminou de repente para dar logar a uma hydropesia geral, verdadeiramente fugaz.

Uns accessos asphyxicos, reliquat d'essa hydropesia, nada tranquilisadores, constituiam o seu principal incommodo para o qual reclamava a intervenção da medicina. Estes accessos, caracterisados por uma falta d'ar extrema e palpitações, eram acompanhados da expulsão pela bocca de uma enorme quantidade de liquido espumoso e avermelhado, sendo sobre tudo saliente esta côr na porção que se depositava no fundo do vaso.

Resumindo assim a parte historica da doença, não

mui abundante em elementos infalliveis, procurarei combinal-a com as modificações colhidas pelos meios exploratorios para formular com uma tal ou qual certeza o diagnostico de séde e fôrma da lesão.

E' aqui o logar de expôr claramente todo o conjunto de phenomenos observados pelos quatro meios d'investigação.

O quadro symptomatico era assaz completo e d'uma nitidez pouco frequente, pelo que se reconhecia sem grande difficuldade a existencia d'uma lesão séria do apparelho circulatorio. No entanto essa mesma complexidade não deixava de ser motivo de obstaculos que se oppunham á discriminação do que verdadeiramente pertencia a este ou áquelle symptoma.

Invocando no entanto toda a minha boa vontade e exiguos conhecimentos, julgo ter vencido todos esses attrictos, realisando assim o meu desideratum.

Soccorri-me em principio e como meio mais simples da inspecção, que me mostrou desde logo a grande actividade funcional do musculo cardiaco, actividade traduzida pelos enormes abalos imprimidos ao thorax a cada pulsação, e pelas palpitações que d'uma maneira evidente se notavam em alguns pontos da circulação arterial. Era assim que a carotida primitiva direita, a temporal, a sub-clavia e mesmo a radial pulsavam d'uma maneira pouco vulgar. Coexistiam estes phenomenos com um leve engorgitamento venoso, mais pronunciado nos membros e com um pequeno abahulamento thoracico na região precordial, situado exclusivamente do lado esquerdo do sterno.

Com estas perturbações coincidião outras não menos importantes e que facilmente eram notadas *de visu*; quero fallar do desvio da ponta do coração para a esquerda e sobre tudo para baixo, o que era accusado pelo ponto do thorax elevado por essa parte do orgão.

Tudo isto posteriormente me era confirmado pela palpação; mas esta dava-me mais ainda, o conhecimento d'uma sensação de vibração confusa quando exercida no trajecto dos grandes vasos arteriaes, sensação tanto mais perceptivel quanto mais proxima do coração era observada.

A isto succedeu o conhecimento d'uma outra modificação patenteada pela percussão e já mais ou menos prevista como consequencia do abahulamento. Refiro-me ao augmento da zona cardiaca.

Procedi finalmente á auscultação. E' de todos os meios de exploração aquelle que n'esta ordem de lesões mais commumente nos auxilia, sendo tambem o de mais difficil execução e que frequentemente induz o medico a sérios erros de diagnostico.

Nas doenças do coração francas a auscultação fornece-nos elementos preciosos, pois que pelos simples phenomenos sthetoscopicos podemos com uma tal ou qual certeza affirmar a lesão que temos a combater.

—Existem os ruidos physiologicos do coração?— estão ou não modificados em qualquer de seus caracteres principaes, *rhythm*o, intensidade e séde?—

—Existem ruidos anormaes? em que ponto se produzem, que timbre apresentam, que ruidos physiologicos substituem, em que direcção se propagam?

A auscultação deve fornecer a solução de todos estes problemas. Sob este ponto de vista o caso em questão era d'um grande interesse clinico pelos multiplos ruidos observados e pelo difficil discernimento d'alguma das suas qualidades.

Com effeito, desde logo se reconhecia a existencia de ruidos em todos os focos,—ruidos de sopro,—sendo os principaes aquelles que se ouviam ao nivel do terceiro espaço intercostal direito, proximo do bordo sternal, (foco aortico). Eram dois verdadeiros ruidos de sopro, mas distinctos um do outro por todos os caracteres. Um d'esses ruidos era um pouco aspero, systolico e prolongando-se no trajecto das arterias; outro aspirativo, suave, diastolico e estendendo-se para baixo até proximo do appendice xyphoideu.

No orificio auriculo-ventricular esquerdo ouviam-se os mesmos ruidos, mas notavelmente diminuidos e sensivelmente faltos dos principaes caracteres, posto que coincidindo com os mesmos tempos da revolução cardiaca, isto é, um systolico outro diastolico.

Nos outros focos observei ainda ruidos anormaes apenas perceptíveis n'algumas occasiões e assaz intensos n'outras, sobre tudo nos momentos em que o individuo estava atacado dos accessos asphyxicos; reconhecia-se porém, mesmo então, que não eram mais do que um pallido reflexo de ruidos produzidos n'outro ponto.

Auscultei igualmente a carotida primitiva direita e sub-clavia, e em ambas essas arterias percebi da mesma sorte um ruido de sopro, coincidindo com a systole ventricular. Este ruido era incomparavelmente

mais intenso na carotida, onde, se a pressão sthetoscopica augmentava um pouco, se produziu um segundo ruido, mais brando e aspirativo, que seguia com pequeno intervallo o primeiro.

Comprovei finalmente por este meio a existencia d'alguns dos phenomenos notados pela inspecção e palpação.

Effectivamente a propulsão cardiaca realisava-se com tal força que o choque da ponta do coração contra a parede thoracica feria d'uma maneira desagradavel a cabeça do auscultante.

Como se vê não éra infundada a asserção que avancei relativamente á complexidade do quadro symptomatico do meu doente, e agora que expuz todos esses phenomenos, posto que já n'uma grande simplicidade, parece-me no entanto util reunil-os n'uma fórmula synoptica para mais facilmente serem avaliados e discutidos.

Observei pois:

(a) um pequeno abahulamento da região precordial, seguindo uma direcção obliqua no mesmo sentido que o maior eixo do coração, e limitado ao lado esquerdo do sternu:

(b) grande intensidade nas pulsações cardiacas e arteriaes:

(c) um exagero do som cardiaco obtido pela percussão:

(d) notavel abaixamento e leve desvio para a esquerda da ponta do coração:

(e) ruidos de sopro em todos os focos, muito mais pronunciados, claros e notaveis os do foco aortico:

(f) estes ruidos eram dois; um, um pouco aspero, systolico e ouvindo-se ao longo das arterias; outro, suave, diastolico, aspirativo, e descendo até á extremidade sternal inferior:

(g) ruido de sopro nas arterias, um pouco vibratorio e seguindo a systole ventricular:

(h) finalmente mencionarei aqui tambem os caracteres do pulso, que apresentava uma plenitude pouco frequente, dando a sensação d'um choque, após o que se deprimia um pouco, parava, e desapparecia em seguida de repente.

Eis ahí representado em seus symptomas um processo morbido do coração e que eu diagnostiquei:

Uma insufficiencia das valvulas semi-lunares do orificio aortico, (lesão produzida mui verosimilmente pela ruptura instantanea d'uma ou mais d'essas pregas membranosas na occasião do esforço exagerado feito pelo doente, concorrendo como causa predisponente o estado atheromatoso dos vasos) lesão a que veio posteriormente juntar-se a hypertrophia do ventriculo esquerdo que restabeleceu e conserva ainda o *statu quo ante morbum*.

Diagnostiquei d'esta fórma a doença do coração, porque realmente em todo o grupo das doenças, clinicamente consideradas, d'este orgão, não encontrei um só factio morbido a que podesse adaptar todo esse conjuncto de modificações.

Segue-se justificar o que affirmo, discutindo o meu diagnostico.

Estamos em frente de uma lesão do coração?

Que existe n'este individuo uma doença organica do coração ninguem o duvida; prova-o desde logo o pulso tomando nas radiaes e simples inspecção da carotida direita; demonstra-o a intensidade e amplitude permanentes das contracções cardiacas; e finalmente confirmam-n'o d'uma maneira absoluta as modificações do seu functionalismo circulatorio reconhecidas pela auscultação.

Poderei affirmar ter essa lesão a sua séde no orificio aortico? e ser uma insufficiencia valvular simplesmente?

Que ha uma insufficiencia valvular, e que essa insufficiencia é no orificio aortico não o posso desde logo affoitamente aventar, porque para isso é nesessario jogar com certo numero de elementos nem sempre de facil aquisição na pratica. No meu caso porém, tendo todos os dados colhidos e precedentemente expostos, creio não ter mais do que proceder á comprovação do ponto em que se ouvem os ruidos anormaes com seu maximo de intensidade, do character d'esses ruidos, do tempo ou o momento da revolução cardica em que se produzem e finalmente da direcção da sua propagação.

Conhecido isto terei alcançado tudo.

E' noção adquirida em physiologia que todos os ruidos a que o coração, no seu constante funcionar,

dá origem, apresentam quatro pontos da parede thoracica em que são percebidos com uma intensidade no seu mais alto grau. Esses pontos conhecidos pelo nome de *focos* correspondem aos quatro orificios cardiacos; ora, posto que os focos estejam muito proximos uns dos outros e o mesmo succeda aos orificios a que elles correspondem, o medico, após alguma pratica e paciencia, distingue perfeitamente os ruidos produzidos em cada um d'esses pontos, e por conseguinte reconhece com um certo grau de exactidão as modificações que affectam os orificios correspondentes.

Dada pois uma lesão em qualquer dos orificios ou valvulas cardiacas, a circulação intra-cardiaca perturbar-se-ha, do que póde resultar um ruido ou ruidos audiveis no foco respectivo, não querendo com isto dizer que sejam exclusivamente percebidos n'esse ponto, pois que realmente a pratica nos ensina o contrario; são pontos de predominio e nada mais.

Posto isto, voltemos ao doente de que me occupo.

A auscultação accusou-me, como vimos, ruidos de sopro em todos os focos; sendo muito mais pronunciados e de nitida audição no aortico. Por este simples conhecimento me inclino já a admittir como séde da lesão esse orificio, porque se ella fosse em qualquer dos outros, a anomalia derivada d'ahi seria audivel com o seu maximo de intensidade e clareza n'esse outro ponto e não n'aquelle em que d'uma maneira evidente a notei. Mas ainda ha mais: o segundo ruido normal, produzido principalmente pela erecção das valvulas sygmoideias aorticas em conse-

quencia do refluxo sanguineo no vaso, tinha desapparecido para ser substituido por um segundo ruido de sopro, suave e diastolico. Esta substituição era comprovativa de estragos produzidos nas valvulas semilunares d'esse orificio, dando em resultado a passagem anomala do sangue para a cavidade ventricular.

E' pois certo que a lesão devia existir no orificio aortico. Podia ainda allegar-se a coexistencia d'uma outra lesão em qualquer dos restantes orificios cardiacos, mas este facto, a dar-se não poderia permanecer por muito tempo, sem manifestações geraes e sobretudo pulmonares, attendendo á ausencia de um estado hypertrophico compensador de tal lesão, no caso actual. No meu doente, como já veremos, a hypertrophia cardiaca não passava do ventriculo esquerdo, o que corrobora a existencia da primeira lesão indicada.

Se a doença fosse no orificio auriculo-ventricular esquerdo, além pois d'uma hypertrophia mais extensa e talvez de lesões mais importantes, deviam-se ouvir as modificações que d'ahi adviessem á circulação intracardiaca com o seu summum de intensidade e clareza não no bordo sternal direito, terceiro espaço intercostal, mas mais abaixo na região infra-mamillar, quinto espaço costal esquerdo, a dous ou tres centimetros do bordo sternal correspondente. Se quizesse ir mais longe e referir-me ao coração direito teria de entrar no mesmo numero de considerações que para as cavidades esquerdas, pois que os focos correspondentes a cada um dos orificios d'aquelle segmento cardiaco, sendo distinctos, as affecções que affectarem esses pontos ou

suas valvulas, traduzir-se-hão por phenomenos mais claramente audiveis nos pontos respectivos.

E' porém aqui occasião adequada para fazer notar que as doenças do coração direito são relativamente muito mais raras como lesões primitivas, chegando mesmo alguns auctores a negar a sua existencia, consideradas d'esta fórma. A mim parece-me que o facto se póde dar, ainda que excepcionalmente, sendo a maior parte das vezes a sua appareição nos orificios das cavidades direitas o reflexo de lesões do coração esquerdo e mais propriamente ainda das doenças do apparelho respiratorio.

Porei em virtude d'isso completamente de parte as doenças do coração direito e tudo que disser apenas se referirá aos orificios e membranas valvulares do segmento esquerdo, e n'este ás lesões aorticas. Pelo que hei exposto parece-me não haver duvida alguma em que a lesão é no orificio aortico, o que enfim será mais d'uma vez comprovado no decorrer da discussão dos outros pontos restantes.

A fórma da lesão organica é uma insufficiencia volvular, e não mais do que uma insufficiencia, avancei eu.

Mas como se póde querer admittir a existencia d'um aperto orico concomitantemente,— o que realmente não deixa de ter os seus fundamentos á primeira vista pelo facto do ruído de sopro synchrono com a systote cardiaca,— sou obrigado a explicar este phenomeno para excluir a estenose aortica.

Em principio acceitarei como realidade um trio

pathologico simultaneo, — aperto orico, insufficiencia valvular, hypertrophia cardiaca.

A investigação local assim nol-o, fazia crêr. O primeiro ruido, systolico, um tanto aspero, parecia accusar a primeira lesão, — aperto: — o segundo, suave e diastolico devia ser attribuido á insufficiencia: mas havendo um augmento de intensidade, de energia nas contracções do coração é natural admittir tambem a hypertrophia.

Olhadas as coisas assim seria esse o diagnostico que teria de estabelecer; mas discutamos por partes.

O sopro diastolico começava a ouvir-se no momento em que o ventriculo, esgotada a sua contractilidade, se principiava a relaxar e augmentar de capacidade, e continuava durante todo o tempo que assim permanecia. Substituia pois, o segundo ruido physiologico e apresentava-se além d'isso com alguma intensidade, mas suave e aspirativo, ao que succedia a sua prolongação, em sentido decrescente, para a cavidade auricular esquerda e mesmo ao longo do sterno até á sua extremidade inferior.

Devia achar-se por tanto ligado a uma lesão do orificio aortico porque era ouvido no foco d'esse orificio com o *summum* de intensidade, mas sendo *synchrono* com a retração arterial, — diastolico, — não podia ser produzido senão na occasião em que o sangue, refluido, vem contra as valvulas semi-lunares, que no estado physiologico impedem completamente a passagem da onda refluenta para o ventriculo, e de cujo obstaculo resulta o segundo ruido normal. Ora este ruido

faltava, e em seu lugar percebia-se esse outro puramente pathologico. Nesta falta e substituição não podemos deixar de ver a prova clara, incontestavel, da entrada do sangue no ventriculo, facto physiologicamente impossivel pela adaptação perfeita das valvulas sygmodeias ao orificio.

A insufficiencia tem de existir como conclusão d'este raciocinio em que não entram senão elementos positivos.

Dava-se porém mais; esse sopro não era, ou se o era tornou-se-me de impossivel audição nas carotidas. Assim devia succeder, porque, segundo uma lei de physica, a propagação do som n'um liquido em movimento dentro de canaes fechados, faz-se na direcção da corrente: o ruido de que trato sendo produzido pelo refluxo, devia ser ouvido na sua direcção. A observação confirmava a lei, era ainda audível na base do appendice sternal.

O ruido era intenso, posto que suave e aspirativo. Intenso, pois que a impulsão do liquido sanguineo sendo feita por um musculo hypertrophiado, o retrocesso devia operar-se com uma força proporcional ao impulso da sahida. Se supposessemos a ausencia da insufficiencia, dando-se ainda o mesmo estado hyposarcosico, o segundo ruido normal seria enormemente reforçado, succedendo o contrario nos casos de atrophia ou de qualquer degeneração cardiaca que diminuisse a propulsão da massa hematica.

O character de suavidade aspirativa era ainda um elemento, embora de somenos importancia, da existen-

cia da insuficiência valvular, porque a reentrada do sangue no ventrículo, mesmo nos casos em que tenha saído com uma enorme energia, só excepcionalmente dá lugar a um som aspero, mas pelo contrario é aspirativo o que facilmente se explica pela diminuta pressão que encontra dentro da cavidade.

O hiato aortico é por tanto uma lesão incontestavel.

Tratemos agora de excluir o aperto.

A inspecção mostrou-me uma pulsação muito consideravel dos vasos arteriaes carotidianos, subclavios e temporaes, especialmente, phenomeno muito mais importante do lado direito. Era isto uma consequencia evidente da hypertrophia ventricular esquerda. A perturbação circulatoria tornava-se muito mais pronunciada nos canaes arteriaes direitos em virtude da direcção mais rectilinea d'esses vasos e por conseguinte pelos menores attrictos a vencer pela onda sanguinea do mesmo lado.

Quando existe um aperto, a hypertrophia, embora consideravel, não pôde provocar uma pulsação arterial tão importante, o que facilmente é explicado pelo mecanismo d'essa exagerada dilatação. Este phenomeno está subordinado á rapidez com que as arterias attingem os dois extremos de pressão intravascular. D'um lado as duas vias de depleção,—inocclusão orica e capillares,—esgotando todo o liquido das arterias preparam o terreno para a realisação do phenomeno, que é, por outro lado, terminado pela grande energia com que a maior contractilidade cardiaca envia a massa sanguinea.

Mas no aperto só, ou em coexistencia com a insufficiencia não se deve observar essa perturbação, porque as circumstancias, como vamos vêr, são um pouco differentes. Em principio, as arterias não se esvasiando nunca completamente, falta o primeiro factor. Em seguida, a hypertrophia, tendo-se formado para vencer o obstaculo estenotico, não pôde adquirir o grau necessario para realisar o segundo factor, depois de annullar o obstaculo. E isto mais difficil, impossivel mesmo, se torna nos casos em que as duas lesões coexistem, porque então o obstaculo é duplo, sendo até por isso que n'esta circumstancia se pôde dar a formação do—*cor bovinum*, pois que o augmento do volume do coração tem de ser consideravel pela reunião das duas lesões,—dilatação e hypertrophia. D'esta sorte, não só a pulsação das arterias, mas tambem o pequeno grau de hypertrophia, me forçam a negar a existencia do aperto.

Na estenose simples o pulso é sempre pouco amplo, rapido e regular; na insufficiencia cheio, amplo, rapido tambem, mas com uma depressão instantanea da arteria. Se esses dous estados cardiopathologicos se juntarem ainda se observa o pulso com os mesmos caracteres do aperto, porque são esses que prevalecem e predominam sempre.

A distincção pois, entre o pulso das duas doenças simultaneas e a do aperto puro, é quasi sempre d'uma grande difficuldade, porque a differença é tal que só o sphygmographo, a não ser nos casos verdadeiramente typicos, a pôde accusar.

O pulso do meu doente era um pulso cheio, dando ao dedo a sensação d'um choque rapido e deprimindo-se, após um momento de suspensão, d'uma maneira instantanea.

Ora, as duas entidades morbidas reunidas no mesmo individuo, podiam dar em resultado esse pulso?

Parece-me dever optar pela negativa; porque a coexistencia do obstaculo á sahida do sangue devia impedir á realisação d'um, pelo menos, dos dois phenomenos, — pulso cheio, — depressão instantanea.

O aperto impedindo a marcha, do ventriculo, ao sangue que tinha de passar para a aorta, não dava lugar á enorme plenitude arterial; mas se este phenomeno se desse por se conservar sempre uma certa porção de liquido nos vasos arteriaes e posta em movimento pela quantidade com que era reforçada a cada systolico cardiaca, então a existencia do hiato seria falsa. Com esta lesão não se explicava a permanencia do sangue nas arterias, porém, e para não invocar outras perturbações, a rapida depressão provava a sua existencia. Não podia por tanto haver concomitante mente as duas lesões.

Dava-se porém um ruido systolico, um pouco aspero, tendo a mesma séde e sem connexões com a insufficiencia. Dava. Se não fosse o character de rudeza, de boamente me inclinaria desde logo em attribuil-o ao estado chloroanemico em que quasi constantemente são encontrados os portadores de cardiopathologias, porém essa qualidade annulla, ou pelo menos faz-me procurar um outro, ou outros elementos

etiologicos que com esse contribuissem para a sua produção. Creio encontra-los, um na energia com que o sangue era impellido por uma potencia contractil enorme, outro no estado atheromatico dos vasos e talvez das valvulas ou orificio aortico.

Pelo que diz respeito á hypertrophia posso admittil-a desde já como certa. Ulteriormente procederei á sua demonstração.

Emquanto ao segundo dado, — alteração atheromotoide —, inclinei-me a acceital-a em principio, tendo em consideração a idade do individuo, sua profissão e o deficit nutritivo. Posteriormente tive quasi a certeza d'este facto pelo conhecimento do modo de produção da lesão e sobretudo pelo traçado sphymographico que o doente me forneceu.

A saúde do individuo era boa; nada presagiava a apparição da complexidade symptomatica que o esforço feito por elle devia produzir. Coisa alguma o incommodava; nem cansaço, nem dyspnea, nem palpitações, nem edemas. E' pois razoavel que a lesão produzida assim instantaneamente encontrasse um elemento predisponente para a sua produção na rigidez atheromatosa dos vasos e valvulas.

Este estado era a causa, com uma grande somma de probabilidades, da rudeza do primeiro ruido, estado até certo ponto confirmado pela sphymographia.

Effectivamente o traçado fornecido por este instrumento mostrou-me além da comprovação de tudo quanto

tinha previsto pelo simples tacto, a dificuldade que as arterias distendidas tinham em se retrahirem.

O traçado apresentava uma linha de ascenção extensa e vertical, tendo no vertice um pequeno colchete, ao que se seguia um plano quasi horisontal, terminado o qual vinha a linha descendente muito pouco inclinada e em oscillações mínimas.

Examinarei por partes todo este traçado, cuja figura não me foi possível aqui reproduzir.

Fere logo a attenção a fórma vertical e grande extensão da linha ascendente. E' isto uma consequencia da insufficiencia valvular e hypertrophia do ventriculo esquerdo, ou por outra, da enorme impulsão d'uma grande massa de liquido, não realisavel sem innoclusão de orificio.

Seguia-se a essa linha um colchete que está ligado á mesma lesão e indica a facilidade de depleção pela dupla via de escoamento e um pouco apressada pela grande distensão da elasticidade arterial.

E por isso julgado como perthognomónico por alguns pathologistas.

Depois do colchete vinha o pequeno plano quasi horisontal e que eu considero como um indicio do estado da rigidez das tunicas das arterias. Não sei a que se pudesse attribuir senão á dificuldade da sua retracção.

Terminada a systole ventricular, o sangue não encontrando um ponto de apoio *a tergo*, pelo facto da insufficiencia, deixava as arterias voltarem sobre si

porque deslisava para os dois extremos, d'onde se seguia a queda rapida do vertice: qual a razão, então porque este retraimento não continuava, sabendo-se que elle é mais facil quando as tunicas elasticas estão medianamente distendidas, do que quando levados ao seu summum de distensão, em que ficam n'um tal ou qual estado de paresia? A não ser a perda de elasticidade arterial que obriga os vasos a suspenderem um momento a sua retracção não encontro outra explicação plausivel.

Vinha por ultimo a linha de descensão, pouco inclinada e oscillante, não formando por assim dizer mais do que a continuação do colchete.

Estou pois convencido que o primeiro ruido systolico e um pouco aspero, não estando ligado a uma estenose aortica, era produzido por um certo numero de factos que contribuiam, cada um por seu lado para que elle apresentasse as qualidades que lhe notei.

O estado chloroanemico concorria para a sua produção; a hypersarcose ventricular augmentava a sua intensidade, e por fim a regidez do orificio ou algum fragmento endurecido das valvulas imprimia-lhe o character de rudeza.

Fica pois como ponto assente a existencia d'uma simples insufficiencia, porque a coexistencia do aperto orico devia modificar alguns dos phenomenos principaes.

Em principio a lesão foi essa simplesmente, mas

actualmente ha a notar a hypertrophia ventricular esquerda, alteração precisa para a manutenção do equilibrio da pressão sanguinea dentro dos dois sistemas de vasos, — arterias e veias.

A hypertrophia, ou melhor o augmento da contractibilidade ventricular, era aqui tão necessaria e a sua presença fazia-se sentir por phenomenos tão importantes que inuteis seriam todos os meus esforços e argumentos adduzidos para a demonstrar senão fosse meu fim generalisar um pouco e mostrar a difficuldade do seu diagnostico a que n'um grande numero de casos se pôde prestar pela confusão de varios factos morbidos da caixa thoracia.

O coração é o essencial motor da massa sanguinea; a sua estructura deve corresponder á funcção que tem a preencher, e identicamente esta relacionar-se ha com a quantidade de liquido que é obrigado a pôr em movimento, isto é; existirá sempre uma certa proporcionalidade entre a energia funcional e o obstaculo a vencer.

Esta harmonia existe normalmente, mas se o livre progresso á onda sanguinea vem a ser mais ou menos impedido, realisa-se assim um obstaculo que deve ser necessariamente vencido sob pena de se dar a ruptura do equilibrio physiologico. N'esta condição pois, o coração é coagido a reforçar a sua energia, augmentando em intensidade e numero as suas contracções.

Resulta d'este maior trabalho uma maior actividade nutritiva, a multiplicação e exaggeração de seus elementos e como consequencia o maior volume do

órgão. Ali surge a hypertrophia coincidindo com a enorme contractilidade muscular. O contrario se observaria nos casos de diminuição de obstaculo. Ora um aperto orico e uma insufficiencia valvular, são lesões que, juntas ou reunidas, constituem condições proprias para essa série de modificações, porque o aperto impedindo a sahida do sangue tão rapida e completamente como no estado normal succede, dá logar a um verdadeiro obstaculo á circulação; a insufficiencia produz tambem o mesmo effeito mas por um mecanismo ao principio um pouco differente. Aqui tudo está sob a dependencia do refluxo sanguineo, que vindo juntar-se ao sangue derivado da cavidade auricular, augmenta a massa total do liquido do ventriculo e obriga este por tanto a uma suractividade para a expellir. E' por fim o mesmo obstaculo, mas liquido.

Nos casos em que as duas lesões se dão simultaneamente o obstaculo é duplo; d'um lado o impedimento á sahida, do outro o retrocesso e a entrada de novo no ventriculo do liquido, constituem um estado que conduz o enorme augmento do coração pela duplicação da alteração fibrilar,—distenção e hypertrophia concomitante ou immediata da cavidade, isto é, o *cor bovinum*,—que frequentemente se observa na coexistencia d'essas duas modalidades morbidas do orificio aortico.

Como se vê as duas lesões produzem funcionalmente as mesmas desordens circulatorias, muito mais importantes e semelhantes ainda no periodo pre-hy-

hypertrophico, ou mesmo quando a compensação se torna imperfeita.

N'estes casos acha-se claramente comprovada a lei de Jaccoud, em que diz que toda a lesão cardiaca, não compensada, produz um augmento de pressão nos vasos situados a *juzante* da lesão, ao passo que n'aquelles que ficam a *montante* ha abaixamento, uma verdadeira anemia. E' por isso que nas doenças d'essa visceras, quando não ha compensação, ou como clinicamente se diz, hypertrophia da cavidade situada á quem da lesão, ou quando, existindo esse estado, o equilibrio não é completo, os phenomenos que mais rapidamente ferem a nossa attenção são as hydropesias e congestões, manifestações directas da alta pressão venosa.

Sabemos já que o meu doente possuia uma insufficiencia das valvulas semi-lunares do orificio aortico, lesão manifesta, mas, apesar da existencia d'esse estado morbido, nenhum phenomeno hydropico ou hyperemico se notava n'ella.

Devia pois haver ahi um estado particular da cavidade ventricular esquerda capaz de neutralisar as desordens produzidas pela doença inicial, estabelecendo assim a compensação quebrada pela lesão. Este estado devia ser o hypertrophico.

Effectivamente a hypertrophia ventricular não só já era requerida por essas considerações, mas tambem se tornava evidente por phenomenos importantes a que dava lugar e encobriam o processo morbido principal.

O abahulamento do thorax na propria região precordial, seguindo a obliquidade do grande eixo do co-

ração, de cima para baixo e para a esquerda, o augmento da zona cardiaca no mesmo sentido, o desvio da ponta para fóra e sobretudo para baixo; a energia e extensão das contracções cardiacas e as evidentes pulsações arteriaes, constitufam um grupo de alterações que de nenhuma sorte, consideradas assim em globo, se poderiam coadunar com as manifestações de qualquer outra entidade morbida.

No entanto, se encarar esses symptomas isoladamente, é possível em alguns casos a confusão, pois que ha mais de uma lesão thoracica passivel d'este ou d'aquelle phenomeno appresentado no meu caso.

Assim, fallando n'uma só d'essas modificações, a elevação thoracica, são frequentes as doenças que a dão em resultado, podendo contar como principaes a pleuresia e pericardite com derrame e o emphysema pulmonar. Se o exame porém fór um pouco rigoroso chega-se sempre á diagnose differencial.

Alguns incluem n'esse numero o rachitismo e a osteomalacia, mas creio não ser possível a confusão n'estes casos, porque estas doenças não produzem o abahulamento do thorax senão como consequencia das modificações da columna rachidiana.

O derrame dos saccos pericardico e pleural, bem como o emphysema pulmonar dão origem frequentemente a essa bossa do peito, mas combinando os diversos signaes communs e com outros que lhes são proprios distinguiremos logo a ordem de lesão que temos a tratar.

Conhecido assim o estado hypertrophico do coração, surge desde logo a difficuldade da localisação do ponto especialmente affectado. E digo especialmente, porque como se sabe, o musculo cardiaco é um, as suas fibras passam-se sem interrupção d'uma cavidade para a outra, e por isso, se os elementos musculares d'uma forem alterados, essa alteração deve fazer-se sentir evidentemente nos outros pontos, sobretudo nos que lhe ficam mais contiguos.

O conhecimento da principal séde da hypertrophia assenta no diagnostico do orificio lesado, na observação de phenomenos accusados pelos meios exploratorios, bem como no conhecimento da posição relativa do coração.

Como precedentemente vimos as lesões orico-valvulares criam obstaculos à circulação que não podem ser vencidos senão por um augmento da contração muscular, para cuja realisação necessita do estado hypertrophico, que se dá sempre, em principio, na cavidade situada immediatamente a *juzante*. Reconhecida pois a séde da doença, estamos authorisados a affirmar em qual das cavidades do coração se deu ou se deve vir a dar a hypertrophia.

Constituida esta podemos colher dados pela exploração que nos façam convencer da parte assim affectada, e sobre tudo quando essa lesão se faz acompanhar d'uma elevação thoracica, porque, segundo ataca o coração esquerdo ou o direito, assim o abahulamento fica todo ao lado esquerdo do sterno, ou o excede um pouco para a direita, quando mesmo não eleva

essa lamina ossea. Com a elevação coincide sempre nos dois casos um abaixamento da ponta do coração, porém o que poucas vezes se nota na hypertrophia direita é a sua deslocação para fóra, facto pertentemente explicado pela situação respectiva das duas cavidades em relação com a parede anterior do thorax.

Da mesma sorte é diverso o ponto do peito em que se torna mais apreciavel o choque do coração, segundo se dê a hypertrophia n'este ou n'aquelle segmento, o que coexiste sempre com differente fórma de abahulamento, — oblongo na direcção do grande eixo da totalidade do musculo, ou spheroidal, com o maior eixo transversal, — o que está em relação, no primeiro caso com a hypertrophia do coração esquerdo e nomeadamente do ventriculo, o no segundo com o das cavidades ou cavidade direita.

Estes phenomenos são revelados pela inspecção e percussão, sem jámais se dever desprezar o que fór fornecido pela auscultação e sobre tudo pelo exame do pulso.

Prova da assim a opinião que emitti, creio meu dever, antes de terminar, recordar e explicar alguns phenomenos tirados da historia da doença, são; — dôr precordial, intensa e momentanea, sentida na occasião da primeira manifestação da lesão e sem repetição: — e accessos asphyxicos que obrigaram o doente a demandar, nos uitimos tempos, o auxilio da medicina, em

consequencia dos enormes incommodos provocados por esses accessos.

Parece uma coisa natural a producção d'uma dôr no momento em que se opera ou durante a permanencia d'uma lesão tão importante, como são todas as doenças do coração. Aqui porém merece a consideração do pratico este phenomeno, porque, como se sabe, o coração e suas valvulas são órgãos que entram no pequeno numero dos que fazem excepção a essa regra.

E' factó tambem averiguado quão dolorosas são as lesões da aorta, sobre tudo na proximidade do coração, mesmo até ao ponto que está em continuidade com a face externa das valvulas semi-lunares, dôr subordinada á enorme quantidade de filetes nervosos que ahí se distribuem.

Tendo-se portanto produzido uma dôr assaz intensa na occasião do primeiro ataque, (que foi devido a um grande esforço), e não se repetindo mais aquelle phenomeno, parece-me podel-o ligar a uma grande distensão dos saccos aorticos, ou mesmo a uma roptura das valvulas.

Os ataques de asphyxia frequentemente observados nos ultimos tempos e que eram provocados por um esforço qualquer ainda que pequeno, ou rapido resfriamento, parece-me poder attribuil-os a um augmento de obstaculo a vencer pelo coração, — á difficuldade da sua deplação, — em resultado ou da contracção muscular ou da accumulacção de sangue nas partes centraes, motivando assim uma quebra de contractilidade muscular, — verdadeira assystolia momentanea.

Esta suspensão ou decrescimento funcional motivava uma stase auricular que fatalmente se reflectia em seguida nos pulmões, a cuja estagnação estavam ligados todos os phenomenos observados da parte do apparelho respiratorio.

Pela historia da doença vimos que esses accessos tinham surgido após o desaparecimento d'uma hydropesia geral, fugaz, precedida tambem por uma diarrhea abundante.

Toda esta série de perturbações graves tinham intimas connexões com o mesmo fundo morbido.

E' de crer que a impotencia contractil do coração fosse compensada por algum tempo por esse estado diarrheico, que eliminava, como um verdadeiro emunctorio, uma grande parte de serosidade do sangue, accumulado em enorme quantidade no systema venoso.

Ora, desde o momento em que essa derivação viesse a faltar, a massa exagerada de liquido nas veias havia de resentir-se, e não existindo ainda perfeita compensação, resultaria que a parte mais liquida devia sair para fóra dos vasos, formando as hydropesias. Foi isto mesmo que se deu. Mas, ou por a medicação apropriada, ou por adaptação natural o coração adquiriu uma contractilidade capaz de equilibrar a pressão intra-vascular, e d'ahi resultou a reabsorpção do liquido derramado e o restabelecimento das coisas ao antigo estado.

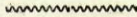
Esta compensação porém obrigou, desde então, o orgão propulsor a um tal grau de contractilidade que

qualquer modificação que agora se dê na circulação o força a parar de cançado.

Julgo ser esta a melhor, senão a unica, explicação dos phenomenos appresentados na parte historica da doença.

Não foi pois sem razão que classifiquei em principio o meu caso de complexo. Serviu-me de grande ensinamento pelo conhecimento das, por vezes, insuperaveis difficuldades a vencer na pratica, quando pretendemos estabelecer um diagnostico com um certo grau de precisão, para cujo resultado temos mister de colher e aproveitar todos os elementos, mesmo os em apparencia mais insignificantes.

Fica por tanto estabelecido e provado, com os meios e clareza que pude, o diagnostico do doente, que me serviu de typo; — uma insufficiencia das valvulas semi-lunares aorticas, com hypertrophia da cavidade ventricular esquerda, principalmente.



# PROPOSIÇÕES

**Anatomia** — A estrutura dos vasos arteriaes é uma repetição rudimentar da estrutura do orgão central da circulação.

**Physiologia** — As variantes da actividade respiratoria traduzem fielmente a intensidade variável das combustões organicas.

**Materia medica** — Creio preferivel, nos casos de possibilidade de escolha, o emprego dos alcaloides ao das substancias de que são extrahidas.

**Pathologia externa** — A blennorrhagia é geralmente curada, em principio, pela injeccão de nitrato de prata.

**Medicina operatoria** — Os causticos chimicos não devem ser empregados como meio de diereze.

**Pathologia interna** — A theoria metastatica de Jaccoud na pathogenia da hepatite suppurada não é aceitavel.

**Anatomia pathologica** — A infiltração e a degeneração constituem dois graus successivos do mesmo facto morbido.

**Medicina legal** — Os problemas medico-legaes não devem ser dados a resolver senão a medicos especiaes.

**Partos** — Na pratica obstretica a sangria pouca confiança deve merecer.

**Pathologia geral** — O exame do pulso é um dos meios mais preciosos para reconhecer as lesões do coração.

APPROVADA

O PRESIDENTE

*Azevedo Maia.*

PÓDE IMPRIMIR-SE

O CONSELHEIRO-DIRECTOR

*Costa Leite.*