

tes pharmacotherapicos, colloca no primeiro grupo os medicamentos que ficam retidos no organismo, e no segundo aquelles que são rapida e facilmente eliminados.

Trata-se, na realidade, duma questão de classificação, em que predomina o espirito de systematisação. Como tal podemos della nos servir de uma maneira geral, mas devemos desde logo comprehender a difficuldade em citar um medicamento exclusivamente pertencente a um determinado grupo, podendo-se mesmo dizer que todos os medicamentos apresentam a dupla feição de organodepositores e organodecursores. Poderá haver, incontestavelmente, sensiveis factos tirados á observação, de que um dado medicamento apresenta particular feição para ser collocado em um determinado grupo, porém ainda com a observação e o raciocinio chegaremos á conclusão, que em certos casos, pouca será a influencia da via endovenosa na ordem de factos a observar após a administração do agente medicamentoso.

Demais, sendo a acção do medicamento resultado da influencia que este exerce sobre certos elementos cellulares, podemos admitir que em certas e determinadas circumstancias possa mais valer a lenta e continua absorpção duma substancia medicamentosa, que a injectão massica da mesma. Sem nos alongar em citações de exemplos, não accetando in totum as palavras de Henrijean, quando diz que, "sendo a injectão endovenosa o methodo mais rapido de absorpção, não quer dizer que seja elle o que age mais rapidamente, nem mais efficaçmente", diremos que é a injectão endovenosa um methodo therapeutico heroico, do qual podemos lançar mão, preenchendo indicações em que o criterio e o saber do profissional saberão tirar o necessario proveito, nunca esquecendo que Henrijean, o mesmo cujas palavras accetamos com reservas, é quem faz ver, e segundo sua observação pessoal (pesquiza experimentaes sobre a adonidina), que toda a substancia irritante pôde produzir uma vaso-constricção, que, segundo diz, nem sempre é duma influencia desfavoravel.

Devemos ainda levar em consideração que, em determinadas circumstancias as

condições anatomo-physiologicas do órgão central da circulação poderão trahir o seu funcionamento, trazendo ao paciente uma morte subita, por parada rapida do myocardio, o que, por vezes, não é senão a expressão clinica de uma verdadeira irritação levada ao endocardio.

Si com as injectões endovenosas de electrargol, conforme espelham as duas observações aqui consignadas, em que o funcionamento do coração era normal, foi dado apreciar phenomenos que bem poderiam acarretar a morte dos pacientes, que dizer de outras, sinão daquellas já hoje preconisadas injectões endovenosas de oleo camphorado?

Fazemos ponto, e si o presente assumpto interesse não apresenta, appellariamos para a questão de oportunidade no referente a um thema em ordem do dia, as hemoclasias, que não só vêm dar explicações aos phenomenos observados nestes dois casos, que foram de verdadeiros choques, como tambem, talvez sob uma nova feição, permittir apreciar os intrincados phenomenos da idiosyncrasia, cuja explicação tem até hoje permanecido sob o nevoeiro denso da ignorancia das causas que a determinam.

15-7-921.

*) Reproduzido, por ter sahido truncado no numero anterior.

Um caso de volumoso aneurisma da aorta ascendente

Conferencia feita na Santa Casa de Misericordia em Agosto de 1921

Considerações pathogenicas e theurapeuticas

Prof. Annes Dias

O caso que vos vou apresentar hoje, não tem o sabor da raridade, nem condensa subtilezas de diagnostico, mas é de notoria importancia clinica, não só devido á sua constante actualidade, não só porque novas questões de pathogenia são agora descortinadas, mas tambem porque nos deve levar

ao largo e fecundo capitulo da medicina preventiva.

O diagnostico não soffre duvida; está estampado indeleivelmente na bossa pulsatil que emerge do hemithorax direito, — é um aneurisma sacculiforme da aorta ascendente, na sua face convexa.

O doente, tem 38 annos, é agricultor, casado, branco, residente em Camaquã. Entrou a 6 de Agosto para o hospital.

Seu pae morreu de uma infecção gastrica e sua mãe falleceu da ruptura de um aneurisma (textual).

Tem 3 filhos vivos, sua mulher teve um aborto, um filho morto, outro filho falleceu de meningite e outro morreu aos 3 dias de vida.

Diz ter tido reumatismo articular agudo aos 21 annos. Ha alguns annos esteve neste hospital, onde lhe deram "iodureto e injectões".

Nega syphilis adquirida; refere ter tido feridas nos pés e pernas.

Historia da molestia actual: Em Outubro de 1919, tendo feito um grande esforço para levantar um peso sentiu um "estalo" no peito e pouco a pouco lhe appareceram dores intensas no peito, irradiando para as costas, á direita.

Por esse tempo sobrevieram dyspnéa de esforço, insomnia.

Sente-se irritado e com exacerbação das dores thoraxicas quando toma alcool.

Uns 3 mezes antes de entrar no hospital, lhe appareceu um tumor no peito, que foi augmentando. Notou que com o apparecimento deste as dores diminuíram.

Tem actualmente tosse, com alguma espectoração.

Exame do doente: Face cyanosada e edemaciada, assim como o pescoço e a parte superior do thorax. Na região esternal e um pouco á direita desta, na altura da 3.^a á 5.^a costella ha um tumor do tamanho de uma maçã. Ha uma notavel rêde venosa cutanea, e na visinhança do tumor e na base do thorax ha zonas de arborisação capillar muito accentuadas.

Esse tumor pulsatil é principalmente notavel ao exame de perfil.

Ha no abdomen tambem muitas veias dilatadas.

Apparelho circulatorio: Pulso 136, ligeiramente retardado com relação á ponta.

Tensão arterial: Mx.....	12
Mn	6
Df.	6
Io	1

A impressão dada pela inspecção é reforçada pela palpação, que mostra a expansão nitida. A ponta bate no 5.^o intercosto.

A auscultação revela hyperphonese das duas bulhas, verdadeiros estálidos.

Apparelho respiratorio: Quando examinado no dia 8-8-21. Fremito augmentado no apice e parte média do pulmão direito e diminuido na base, ao passo que estava augmentado no hemithorax esquerdo. A respiração, á escuta, diminuida na base direita e augmentada alhures.

Exame radioscopico: Revelou bases livres; uma larga sombra pulsatil fazendo corpo com o coração e tão grande como elle.

— Um segundo exame feito a 30-8-21, pelo assistente Dr. Escobar revelou para o **apparelho respiratorio:**

Respiração augmentada no pulmão esquerdo.

No pulmão direito: no apice augmento de fremito, ausencia deste abaixo da ponta do omoplata.

Sonoridade normal no apice, maciez na base.

Diminuição da respiração no apice, quasi imperceptível na base.

Uma punção pleural praticada na base direita, deu sahida a liquido seroso, no qual a reacção de Rivalta foi negativa.

E', como dissemos, um caso claro de aneurisma e este é sacculiforme, isto é, só cedeu um espaço limitado da parede arterial e não toda a circumferencia do vaso como sóe succeder nos aneurismas fusiformes ou cylindricos.

E' nesta idade que elle costuma ser mais frequente, entre 30 e 50 annos, no apogêo da vida, quando esta é mais intensa, e, por

isso, é no homem que a proporção de casos é maior.

E' esta, tambem, a séde mais frequente do aneurisma aortico, pois, conforme as estatisticas de Hare, Lawson, etc., esta lesão prefere a parte ascendente da aorta em 30 até 60 % dos casos.

Nem sempre, porém, elle se revêla com facilidade, porque, tendo diante de si o largo vasio do mediastino anterior, pôde desenvolver-se, sem dar logar á symptomatologia rruidosa dos aneurismas da parte transversa. Elles pôdem mesmo attingir grande volume sem dar logar a quaesquer symptomas notaveis, eis o motivo, pelo qual Broadbent os chamou de **aneurismas de signaes physicos**, para distinguil-os dos de outra séde, que mereceram o nome de **aneurismas de symptomas**.

Dada a extensão do tumor aneurismatico para a direita, com destruição da 3.^a e 4.^a costellas e da parte do externo correspondente, somos levados a affirmar tratar-se de lesão da parte convexa da aorta ascendente.

Si o diagnostico é tão simples, que nem mesmo com o empyema pulsatil achamos necessario defrontar, qual o interesse de vol-o trazer aqui, para discretear?

O valor do assumpto é vos pôr ao corrente de certos factos novos ou, pelo menos, de certas interpretações modernas da pathogenia do aneurisma, com as consequentes deducções praticas.

Si é verdade que já vêm de longe a noção da prévia lesão da parede do vaso para que, nesse ponto, se possa precisar um aneurisma, si é verdade que, já em 1805, Scarpa havia affirmado que o aneurisma é sempre precedido de lesões, especialmente da tunica média; foi, principalmente depois dos trabalhos de Koester que se fez unanime o accordo em considerar a mesarterite a base do aneurisma. Mostrou-se que a arteriosclerose, cuja lesão predominante é um espessamento da intima, não enfraquece tanto a parede a não ser quando a média é, por sua vez, alterada. A experimentação com a adrenalina já esclarecera essa questão.

Ora os notaveis trabalhos de Eppinger, Thema e Welch puzeram em destaque o

papel relevante da syphilis na produção da mesarterite.

Eis-nos, assim, em face da questão magna em materia de aneurisma aortico, isto é, da questão das suas relações com a syphilis.

Elas representam uma curva ascendente, sempre em marcha. Já entrevistas por Ambrosio Paré, no seculo 16, se foram affirmando, de modo cada vez mais decisivo, em successivos trabalhos, que mostraram a proporção da syphilis na etiologia do aneurisma, chegando, para Klemperer a 25 %, para culminar, por um estudo mais acurado dos casos, nas cifras impressionantes dos trabalhos mais modernos, que orgam em 85 % e mesmo 92 %, na estatistica de Rasch.

Tanto é dizer que a aortite syphilitica é a substractum da quasi totalidade dos casos de aneurisma. Lamb diz que todo o aneurisma deve ser considerado como syphilitico até prova do contrario.

Norris pensa que, sob o ponto de vista pratico, todos os aneurismas aorticos são o resultado da aortite syphilitica e que, em 30 % dos casos a aortite termina por aneurisma.

Estas affirmações, resultado de conscienciosos estudos, são um verdadeiro grito de alarma, pois nos vêm mostrar quanto está exposto o syphilitico ás lesões da aorta.

E não só a syphilis adquirida ataca esse vaso, nem só essa nos vae mostrar o treponema, nas tunicas arteriaes, pois Richardson e outros encontraram treponemas na aorta em casos de syphilis congenita.

Lamb, no admiravel capitulo que, em 1921, escreveu na "Nelson Loose-Leaf Medicine", sobre aortite syphilitica, inscreve o aneurisma, a angina de peito e a insuficiencia aortica, como complicações da aortite.

Como esta nova concepção da syphilis aortica exprime bem a evolução lenta mas decisiva, que se fez, e cuja consequencia inelectavel é encarar com grande cuidado o diagnostico e o tratamento da aortite syphilitica.

Todo o syphilitico pôde ter aortite e toda a aortite pôde complicar-se de aneurisma, angina de peito ou insuficiencia valvular.

Tal deve ser, a nosso vêr, uma das preoccupações não só dos syphiliticos, principaes interessados, mas dos medicos, que devem se esmerar em surprehender a lesão no seu periodo de aortite, pois terão, então, todas as probabilidades de, por um tratamento rigoroso e uma hygiene bem orientada, jugular a aortite existente e evitar as complicações que lhe são a sequencia.

Todo o syphilitico deve ser considerado como candidato á aortite e deve, pois, ser tratado nesse sentido, isto é, por um tratamento não opportunistista, mas systematico, pois está demonstrado amplamente que, quasi todos os aneurismas foram observados em casos tratados mal, insufficiente ou tardiamente.

O intervalo que vae entre a aortite e o apparecimento do aneurisma é em regra de 16 annos, mas tanto pôde ser de 3 como de 40 annos.

Como a aneurisma, a aortite que o precede, é geralmente mais frequente na 1.^a parte da aorta ascendente.

Os dados que precedem permitem comprehender porque os aneurismas são observados mais na idade adulta do que na velhice, na qual, no emtanto, se accumulam as causas que, antigamente, eram accusadas de produzir o aneurisma.

Sobre estas voltaremos, d'aqui a pouco.

A tendencia é, hoje, em Medicina, de prevenir o apparecimento das complicações da aortite, porque, depois de installadas, ellas constituem ou lesões irremoviveis ou progressivas, algumas rapidamente fataes.

Precisamos, pois, agir em pleno periodo therapeutico, em que não nos faltam armas de fina tempera, cujo manejo nos é familiar, mas que, muita vez, deixamos de empregar ou por uma certa reluctancia do doente, que não comprehende o alcance da medicina preventiva, nem os perigos que o ameaçam, — ou por uma arraigada convicção na excellencia do velho methodo opportunistista, que só ataca o que vê e não leva em conta a evolução latente das lesões syphiliticas, tanto mais perigosas quanto mais insidiosas.

Devemos examinar com o maior cuidado os syphiliticos, e aqui devo insistir espe-

cialmente sobre o exame da aorta, para ajuizar do estado do seu aparelho vascular.

A esse respeito é de incalculavel valor o exame dos Raios X, que, muita vez, reserva surpresas, pois constitúe um excellente meio para descobrir não só lesões do vaso, o seu augmento de volume, as suas differenças de coloração, mas as suas relações de visinhança, a presença de zonas de periaortite, etc., etc.

Quando a lesão, já constituida, se conserva ainda silenciosa sob o ponto de vista symptomatico, o exame radioscopico pôde ser decisivo, mostrando, principalmente, quando feito na posição obliqua, modificações que a clinica não pudéra surprehender.

E a reacção de Wassermann, me perguntareis, porque não se guiar o clinico por esse meio de laboratorio?

Responder-vos-hei que deve ser feita, mas a título de contribuição, pois si fôr positiva forte, forçará a vossa mão ao tratamento, mas si fôr positiva fraca ou duvidosa, e principalmente si fôr negativa, será um elemento perigoso, porque poderá fazer pensar a alguns, que ou o individuo não tem syphilis ou esta está adormecida.

Eis o perigo. Absolutamente não deveis orientar a vossa acção therapeutica, nesses casos, pela reacção de Wassermann, pois esta pôde ser, e tem sido muitas vezes, negativa nos casos de aortite syphilitica mais caracterisada. A reacção de Wassermann não permite excluir a syphilis da aorta; é preciso que tenhais bem presente a phrase lapidar de Lamb: "Todo o aneurisma deve ser considerado como syphilitico até prova do contrario" e a reacção de Wassermann não é prova sufficiente!

O que se diz aqui desta reacção é o que os srs. me têm ouvido dizer, nas lições clinicas, os signaes de laboratorio valem pela sua interpretação. Si não se os sabe interpretar elles constituem armas perigosas; e elles devem ser interpretados em face de cada caso concreto.

Permitti-me, agora, uma pequena digressão a respeito de signaes de laboratorio.

Tendes visto que, quando possivel e ne-

cessario, procuro me cercar de todos os elementos clinicos e de laboratorio, orientação que decorre dos dous factos seguintes:

1) são relativamente frequentes os erros de diagnostico;

2) são tanto mais frequentes quanto mais incompleto o exame do doente.

Esses factos são incontestaveis. Clinicos, nós devemos, quanto nos fôr possível, diminuir as causas de erro, e como afastal-os sinão nos cercando da maior somma possível de elementos de diagnostico?

Essa precaução, porém, impõe ao medico a necessidade de bem se capacitar do valor real e relativo de cada um dos elementos de diagnostico e da associação delles. O medico deve pôr no alto das suas cogitações a clinica; é o exame clinico que orienta as pesquisas de laboratorio, é a clinica que os interpreta, é ella que na grande maioria dos casos tem a ultima palavra.

Disso tivestes a prova em lições varias; ha bem pouco tempo tive occasião de fazer aqui mesmo uma conferencia sobre um caso de cancer de pulmão, baseado tão sómente na clinica, contra o laboratorio; dias após, contra repetidos resultados de laboratorio, que pareciam contradizer o diagnostico, me vistes, em nome da clinica, falar em neoplasma pleuropulmonar num doente que occupava a cama n.º 14, e a autopsia confirmou esse diagnostico.

Quando tratei da anemia perniciosa, tive occasião de alludir a exames de laboratorio contradictorios, insistindo na necessidade que tem o clinico, de saber joeirar nesse terreno. Naturalmente o medico precisa sublimar os seus conhecimentos no sentido de bem escolher entre os varios elementos que lhe enviar o laboratorio, pois si os ha de inestimavel valor, imprescindiveis na pratica diuturna, ha outros que, com facilidade, induzem o clinico em erro. A clinica moderna exige que todos tenhamos a capacidade precisa para bem interpretar os signaes morbidos, venham de onde vierem.

— Assim, pois, daremos á reacção de Wassermann o limitado valor, a que alludimos, mas não ficaremos, na nossa acção,

adstrictos a indicações decorrentes das variações que ella apresentar.

Esperar, pelo diagnostico clinico irrecusavel, para agir, é temerario, pois a syphilis da aorta só se desvenda quando já é grande o damno causado.

Um factor coadjuvante da syphilis, na producção do aneurisma é o esforço excessivo, e este se entende externo ou interno. O externo é realizado no trabalho exaustivo ou nos traumatismos; no Hospital John Hopkins o aneurisma é de 5 a 10 vezes mais frequente nos negros, devido a essa causa; o esforço interno pôde ser representado pela hypertensão, absoluta ou relativa a que é submettida a aorta, — absoluta quando ultrapassar as cifras normaes, o que não é a regra; relativa, quando, mantendo-se nos limites normaes, actúa não mais sobre um vaso integro mas lesado.

Este factor é importante porque si a aorta supporta, quando intacta, pressões extraordinarias sem ceder, como nós vemos em casos de nephrite hypertensiva, o mesmo não se dá quando suas paredes alteradas recebem o martellar incoercivel da massa sanguinea, á razão de 70 vezes por minuto, de 100.000 vezes por dia, de 40.000.000 de vezes por anno!

A proposito da symptomatologia voltaremos a tratar da pressão sanguinea.

— Entre as outras causas de aneurisma, são citadas intoxicacões pelo chumbo, pelo fumo, a gotta, a nephrite chronica, e molestias infecciosas; essas causas todas representam a "minima pars" em face da syphilis.

Quanto á acção dos traumatismos, ella se faz sentir mais nas arterias periphericas e na aorta abdominal do que na aorta thoraxica.

— Sobre a evolução do aneurisma, os trabalhos modernos de Richardson, Whartin e principalmente de Manouélian, vieram lançar uma luz que já se fazia necessaria.

O aneurisma progride regularmente, no sentido da menor resistencia, na razão directa da pressão (Hirschfelder); elle chega, por vezes, a invadir quasi a metade da cavidade thoraxica antes de se romper.

Richardson e Manouélian demonstraram

a presença do treponema, em grande quantidade na parede do vaso e como Menetier, caracterisaram, como uma esclerogomma, a lesão da aorta.

E, o que é mais importante, este tecido esclerogommoso é que constitúe a parede do vaso, lesão é, ao mesmo tempo, pela sua espessura crescente um meio de defeza contra a ruptura, cuja ameaça é também crescente.

Esses trabalhos nos permitem melhor interpretar a marcha implacavel do aneurisma atravez dos tecidos, nada respeitando, destruindo ossos, absorvendo porções de órgãos, englobando e destruindo nervos, cartilagens, etc.

Osier, na descripção hoje classica da marcha destruidora do aneurisma, adopta a theoria da "agua molle em pedra dura tanto bate até que fura".

Hirschfelder explica a erosão dos tecidos alcançados pelo sacco, dizendo que a pressão constante sobre elles lhes interrompe o supprimento de sangue, por ser a pressão aortica superior á dos pequenos vasos, que, em seguida, essa pressão sobre os tecidos occasiona a necrose e que os productos desta são absorvidos pelos pequenos vasos, que o tecido osseo é absorvido pela actividade dos osteoclastas, avançando assim a parede do sacco atravez da parede costal, tal como um tumor, mas sem a intervenção de cellulas anormaes.

Bem vêdes quão pouco satisfactorias são taes explicações, que esbarram desde logo numa objecção: porque uma parede pouco resistente, em vez de se dilacerar de encontro a fragmentos osseos, os engloba e destróe?

Essa objecção é cabalmente respondida nos trabalhos de Manouélian e outros, que mostram a syphiloma em marcha, destruindo tudo que se oppõe á sua passagem e a propria pelle, tão extensivel, se rompe quando o processo esclerogommoso a empolga.

A direcção, a principio, é orientada pela corrente sanguinea, assim, o aneurisma da aorta ascendente se orienta para a direita do esterno, o do arco aortico para cima, o da aorta descendente para traz e para a esquerda.

Essa direcção pôde variar, em seguida, de accordo com a evolução da esclerogomma.

O processo de esclerose é uma reacção de defeza organica, que procura reforçar a parede que cede e essa luta entre a lesão que avança e a defeza que tenta attenuar-lhe a marcha prosegue até que um desequilibrio circulatorio grave provoque o desfecho brusco ou até que a ultima linha de defeza, como se dá na pelle, seja rompida, ou, que esta, ao envez de se apoiar sobre um terreno solido, alcance um espaço vasio, em que a torrente sanguinea se precipita, como sóe acontecer na trachéa, na pleura, na veia cava superior, etc.

E' muito raro que a esclerose prevaleça, a parede resista, coalhos se consolidem e a cura expontaena sobrevenha.

A duração do aneurisma é raramente inferior a 2 ou 3 annos, podendo, em casos excepcionaes, ir até 20 annos e mais. Hirsch e Robins observaram um caso em que o tumor pulsatil externo, ficou mais ou menos inalterado durante 25 annos.

Em 40 % dos casos sobrevêm a ruptura ao fim de poucos annos.

Essa ruptura pôde ser brusca ou prenunciada por signaes varios.

Quando o aneurisma alcança a pelle, depois de destruir o arcobouço thoraxico, esta se vae distendendo, como vêdes no nosso doente, fica lisa brilhante e, ao fim de alguns mezes, se torna rubra ou pardacenta e, ou se abre bruscamente ou, ulcerando-se, poreja sangue durante algum tempo antes da explosão final.

Quando o sacco alcança um bronchio ou o esophago e o rompe, se infecta a esse nivel e a ruptura é assim facilitada; a ruptura nos bronchios pôde ser precedida, durante algumas horas ou dias, por pequenos hemoptyses, mas nem todos os hemoptyses, nesses casos, significam fissura aneurismatica, pois pôdem ser devidos á tuberculose coincidente ou a phenomenos de estáse pulmonar.

Si a ruptura se faz na arteria pulmonar, na veia cava superior ou na auricula direita o doente apresenta brusca e terrivel dyspnéa, com cyanose e colapso; em al-

guns casos excepcionaes a morte tarda algum tempo.

Em certos doentes os signaes de hemorrhagia interna fecham o quadro.

Entre as causas que predispõem á ruptura, é de citar as emoções, um esforço excessivo, traumatismos, tosse, etc.

Não só pela ruptura termina o aneurisma: fazendo pressão sobre vasos e nervos, compromettendo funcções vitaes, determinando embolia cerebral, pôde elle terminar.

Dous accidentes particularmente sérios, ainda se pôde citar: a angina de peito e o edema agudo do pulmão.

O desfecho brusco pôde surpreender o individuo em plena robustez ou já encontrá-lo combalido, ao fim de uma asthenia progressiva ou presa de cyanose de compressão, dessa cyanose tão bem estampada no nosso doente.

— Meus srs. Bem razão tinha Broadbent em dividir os aneurismas em dous grandes grupos, os de signaes physicos e os de symptomatas, pois o nosso doente, que apresenta um aneurisma verdadeiramente enorme, só ha pouco começou a soffrer delle, pois até 2 mezes atraz pouco incommodo lhe causava, não obstante a sua extensão consideravel não só revelada ao exame radioscopico, como attestada pela simples inspecção.

O nosso caso deve, pois, ser considerado como pertencendo ao grupo dos aneurismas de signaes physicos, olygosymptomaticos.

Esses signaes physicos nos aneurismas, que vêm á superficie, como este, se revelam:

a) á inspecção, pelo augmento de volume ao nível, geralmente, do 2.º e 3.º espaço direito pelo tumor que pulsa synchronicamente com a ponta cardiaca e que é expansivo.

b) á palpação, pela expansão tão caracteristica, dessa massa molle, fluctuante e reductivel si o aneurisma é recente, dura e resistente si é antigo (Josué). Si o vaso communica com o sacco por um collo estreito se poderá observar o *thrill*.

c) á auscultação, por sopros ou estálidos; destes ultimos, um systolico corresponderia

á distensão da bolsa e o outro, protodiastolico, ao fechamento das sigmoides.

Si, porém, o sacco preenche condições, para isso, o 1.º será substituido por um sopro rasposo, e o 2.º o será tambem si existir insufficiencia aortica.

Josué chega a admittir mesmo o sopro diastolico na ausencia da insufficiencia, quando ha regorgitação na aorta de uma porção de sangue que penetrára no sacco aneurismal.

Certos signaes á distancia pôdem ser observados, como o edema em cabeça, de Stokes, a dilatação das veias da cabeça e da parte superior do thorax e do membro superior, attestado da compressão cava, phenomenos pupillares ou vasomotores dependentes de compressão do *sympathico*.

O coração não costuma estar hypertrophiado a não ser nos casos de coexistir insufficiencia aortica.

Os caracteres do pulso não são muito modificados no aneurisma da aorta ascendente.

Quando o aneurisma da aorta ascendente é profundo, pôde apresentar os seguintes signaes physicos:

Massicez anterior ou posterior, signal de Oliver Cardarelli, de Musset, levantamento das subclavias, e, ao exame radioscopico, uma sombra densa, pulsatil, occupando uma certa parte do espaço retrocardiaco, com augmento das dimensões ao orthodiagramma, devendo se levar em conta causas de erro, cujas principaes são: a possivel falta de pulsação nos velhos aneurismas cheios de estratificação fibrinosas e a possibilidade de movimento pulsatil de um tumor contiguo á aorta e á auscultação, o sopro systolico, e ás vezes sopro bronchico de compressão.

O nosso doente, portador de aneurisma da aorta ascendente, apresenta ligeira dyspnéa, cyanose notavel da extremidade cephalica, com edema e circulação venosa superficial muito desenvolvida, pulsação visivel do 2.º ao 4.º espaços intercostaes direitos, sopro systolico, *thrill* e choque diastolico, signal de Oliver Cardarelli.

Quanto ao exame da tensão arterial, elle, no caso revelou Mx. 12 e Mn. 6.

Si procurarmos vêr quaes as relações

que, com o aneurisma pôde ter a tensão arterial podemos inscrever estas duas afirmações: a hipertensão tende a augmentar o aneurisma, a hipertensão predispõe á ruptura.

Já não são tão claras essas relações sob o ponto de vista etiopathogenico, pois Hirschfelder poude dizer que não ha, em vida, modificação de pressão capaz de dilatar uma arteria ás proporções do menor aneurisma.

Ch. Steward achou em varios casos baixa tensão systolica e grande differencial, sem que existisse insufficiencia coincidente, pensando que "provavelmente o grande enfraquecimento do arco aortico tem mecanicamente o mesmo effeito sobre a corrente sanguinea, que a insufficiencia, durante a diastole".

Existe ahi um grande reservatorio, no qual o sangue é impellido, na diastole, diminuindo assim a tensão minima e dest'arte augmentando a differencial.

Gallavardin acha que a lesão nada tem que vêr com o processo hypertensivo, mas pôde coexistir com outras alterações, como insufficiencia valvular, etc., que estejam em relação com as modificações de tensão.

A opinião geral, neste particular, é ser a tensão normal.

O estudo dos *symptomas* é resumido nos aneurismas da porção ascendente. No nosso caso elles só de pouco começaram a se accentuar, de accordo com a extensão rapida que, em profundidade, tem tomado o aneurisma nos 2 ultimos mezes. Notastes que o doente referiu terem cedido as dôres que o atormentavam, quando appareceu o tumor subcutaneo.

As dôres pôdem ser localizadas ou extensas; umas e outras costumam ser rebeldes a qualquer tratamento e constituem, não poucas vezes, um signal denunciador de aneurisma. Até pouco eram ellas, em sua totalidade, explicadas por phenomenos de compressão, mas trabalhos recentes fazem-nas depender de verdadeiros nevrites.

A sua localização é varia, se as encontra intercostaes, brachiaes, phrenicas, retrosternaes e até occipitales (Josué).

De todas essas dôres, uma empolga a attenção pela gravidade que resume: é a

dôr anginosa, ora puramente precordial, ora extendendo-se pelo baço. Essa dôr pôde ser precôce no aneurisma da aorta ascendente e dos seios de Valsalva e é provavelmente devida, para Osier, á pressão ou lesão do plexo aortico; essa dôr costuma desaparecer nos velhos aneurismas.

No nosso doente os phenomenos dolorosos são inconstantes e nem sempre intensos.

A *dyspnêa*, a principio de esforço, depois permanente, é discreta no nosso doente. E' devida ou á compressão de vias aereas ou a perturbações circulatorias (compressões venosas, cardiaca, etc.) ou á compressão do phrenico, com resultante immobilisação do diaphragma.

Quando paroxystica, ella assume o aspecto *asthmatico*, exigindo cuidado na diagnose; nesses casos é principalmente nocturna. Muitas vezes se acompanha de *pieira* (cornage), *symptoma* que desde hontem o nosso doente apresenta, o que attesta já o avango do sacco na profundidade.

Commum é a *tosse*, quer por bronchite, quer pela compressão do recorrente, que a faz rouca, ou occasiona *dysphonia*.

Mais raro é observar, em casos como o do nosso doente, o apparecimento de *dysphagia*, tão frequente nos aneurismas da porção descendente, ou do *soluço*, signal de irritação phrenica.

Vertigens, cephaléa, epistaxes são phenomenos de congestão cephalica, em estreita relação com o grão desta.

— Corremos, assim, muito rapidamente o quadro da *symptomatologia*, para poder-mos abordar, ainda nesta palestra, a questão *therapeutica*.

Antes, porém, referiremos algumas *complicações* do aneurisma da aorta ascendente que pôdem carregar ainda as já sombrias côres do prognostico.

Para o lado vascular, citaremos a angina de peito e a insufficiencia aortica; para o aparelho respiratorio: compressão bronchica e das veias pulmonares, occasionando estâse na base do lado comprimido e hydrothorax, como se observa no nosso doente.

Não é raro encontrar a tuberculose.

O *prognostico*, desnecessario será dizelo,

é muito grave, o aneurisma da aorta thoracica é sempre fatal.

A sua associação constante com lesões coronarias faz com que estes doentes, na phrase de Elsner, estejam "sempre morrendo", pois o desfecho subito é a ameaça implacavel que paira sobre esses infelizes.

Casos têm sido citados de cura espontanea, por coagulação em massa no sacco, mas são de uma raridade extrema e se referem a aneurismas não diagnosticados em vida. A coagulação não é transformada em massa de tecido conjunctivo, mas se limita a estratificação de fibrina.

A duração média de um aneurisma vaee de 2 a 3 annos, mas si o doente não tem o repouso conveniente esse periodo póde não ser alcançado.

O aneurisma da aorta ascendente é o que tem probabilidades de durar mais e um doente póde viver mezes e annos com um grande sacco exteriorizado.

No nosso paciente, no emtanto, devemos fazer um máo prognostico, prevendo um desfecho para breve, dada a notavel rapidez com que se têm pronunciado a evolução profunda do sacco.

Tratamento. A therapeutica do aneurisma aortico sacculiforme visa tres objectivos:

1) combater-o como manifestação syphilitica;

2) procurar deter a dilatação da parede arterial, pela formação de coagulos no sacco e moderando a tensão sanguinea e o esforço que é obrigado a supportar;

3) combater symptomas incommodos ou graves.

Em summa, no primeiro item se procura fazer therapeutica pathogenica, no segundo physiologica e no terceiro symptomatica.

Diversos tratamentos especiaes foram propostos, como o de Abrams, tão decantado por este auctor e tão pouco elogiado pelos que o empregaram depois. Segundo Abrams se deve percutir a 7.^a vertebra cervical, durante 15—20 minutos de manhã e á noite. Diz elle ter obtido assim 40 curas, affirmação contestada por Fressinger.

Já decahi o methodo das pequenas sangrias semanaes.

Certos cuidados hygienicos são de alto al-

cance no tratamento desses doentes: o repouso completo no leito, que, para Fressinger deve ser de 1 a 1 ½ anno; uma dieta razoavel, ou na opinião deste auctor, uma diêta feroz, tal qual se vê no methodo de Tuffnell, que é uma modificação do velho regimen de Valsalva.

O tratamento symptomatico procura, por meio da morphina, do gelo, dos nitritos, combater ou a dôr ou a hypertensão, mas esta ultima, quando existe, cêde geralmente ao repouso e á dieta.

Quanto ao emprego de uma faixa elastica, nos aneurismas já externos, com o intuito de lhes deter a expansão e, portanto, a marcha não póde ter applicação no nosso doente, pois este já apresenta phenomenos de compressão profunda, que só se aggravariam si quizessemos comprimir o sacco exterior.

O serum gelatinado, proposto por Lancereaux, póde dar resultados satisfactorios, mas temporarios, e deve ser empregado em largas doses de 100 a 150 c.³ cada semana. Os saes de calcio tem o mesmo fim de favorecer a coagulação.

Dia talvez virá em que, a exemplo do que se está fazendo agora com as varizes, se possa instillar no interior do sacco aneurismatico gottas de solução de carbonato de sodio, capazes de provocar uma coagulação obliterante.

O perigo de uma embolia nos impede de realizar esse tratamento.

O velho processo da môla de relógio inserida dentro do sacco com o intuito de formar nucleo para a coagulação, revive hoje nas mãos, principalmente, de Hare, para os aneurismas sacculiformes, com os fios de platina e ouro, em contacto com o pólo positivo de uma corrente electrica, ficando o negativo no ponto opposto. Apesar dos resultados proclamados pelos renovadores desse methodo, se é hoje, muito sceptico em acceital-os.

As maravilhosas experiencias feitas em cães, de Carrel, para a intubação da aorta, com tubos de vidro, constituem uma brilhante hypothese para um futuro longinquo.

E' pois para o tratamento da syphilis que nos devemos voltar, pois si este não modifica a bolsa, póde contrariar a marcha

do processo, desfazendo a mediastinite e attenuando os phenomenos de compressão e perturbações funcionaes.

Toda a gamma dos medicamentos anti-syphiliticos abi desfila, iodureto de potassio, que deve ser empregado "larga manu"; mercurio, principalmente pelas injeções de oxycyanureto; e os arsenicaes, entre os quaes o neosalvarsan.

E' preciso ter cuidado, no entanto, no manejo deste ultimo, pois reacções violentas pôdem ser a consequencia d'elle, não devendo o medico fazer taes injeções no seu consultorio, mas em casa do doente, e este deve estar em repouso.

Lamb aconselha não ultrapassar a dose de 0,30 cent. e faz séries de 6 injeções semanais.

Diante de uma affecção tão grave, de marcha tão rapida, não se deverá levar ao mais alto gráo a potencia therapeutica, empregando-a em toda a sua força?

Assim parece que o devia ser, mas Oettinger chama a nossa attenção para o facto de constituir o aneurisma uma esclerogomma, em que a espessura da parede vascular, as adherencias aos tecidos visinhos revelam a lucta travada entre o treponema que procura destruir e a defeza organica que vae, "pari passu", recuando mas combatendo, que vae construindo novas camadas de esclerose, tendentes a adiar a explosão, sempre prestes a se dar. Si empregarmos num aneurisma já constituido os meios therapeuticos em alta potencia, dar-se-á a fusão da gomma vascular e com ella poderá se esboroar a defeza architectada pelo organismo, precipitando a ruptura.

Devemos, pois, luctar, medindo, no entanto, o alcance, o resultado dos meios empregados, para não ultrapassar o fim que collimamos.

Bem aleatorios serão os resultados dessa therapeutica que se propõe curativa; ella infelizmente não pôde apagar a terrivel sentença pendeinte sobre a cabeça do portador de aneurisma aortico.

Si pouco podemos contra o aneurisma chegado á sua phase destruidora, muito e muito podemos contra a aortite que lhe dá origem. E' a prophylaxia do aneurisma, da angina do peito e da insufficiencia aortica

que deve nos preoccupar, quando defrontamos uma aortite syphilitica. E nesse terreno os mais brilhantes resultados hão de coroar os nossos esforços, si tivermos a necessaria comprehensão da gravidade do problema e a precisa auctoridade para afastar o doente, que nos é confiado, desses multiplos perigos, que não vê e para os quaes corre, despreoccupado.

Apontar-lhes taes perigos, evitar-lh'os é o nosso dever.

Diagnosticos, suas causas de erros

Conferencia lida na Sociedade de Medicina, no dia 19 de Agosto de 1921

Dr. A. Galvão

Senhores collegas, expontaneamente nos fazemos alvo da vossa critica esclarecida, sincera e crystalisando a mais pura sciencia dos nossos dias; senhores estudantes, cheios de esperanças, esperamos lograr a felicidade, de algo poder vos ser util a nossa modesta palestra.

O movimento scientifico de uma epocha marca uma série de factos, em que, conforme as aptidões, gostos dos differentes individuos, a feição com que elles se apresentam, varia sobremodo.

Assim, uns firmam sua attenção na elucidação d'alguma questão obscura, inexplorada, estudam-na com precisão, fazem monographias; outros, em conferencias, lições, elucidam os casos que lhe têm particularmente interessado, fazem obra de real valor, transmittem-nos o producto, o fructo duma longa experiencia; outros, emfim, reunindo, sommando materiaes esparços, deixam-nos o livro classico, condensando o estado actual da sciencia, neste ou naquelle departamento dos conhecimentos humanos.

Não alimentaremos a pretensão de figurar em qualquer um destes grupos, porem, mesmo na escassez do seu saber, a todo áquelle que acompanha o evoluer dos factos na Medicina, a todo áquelle que se