

113, 2+6
1885

V13/270

DISSERTAÇÃO

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA DE ADULTOS

Diagnostico e tratamento da aortite aguda



PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DA FACULDADE



THESE

APRESENTADA A

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 29 de Setembro de 1885

E PERANTE ELA SUSTENTADA EM 17 DE DEZEMBRO DE 1885

POR

Antonio Pereira Lima

Filho de

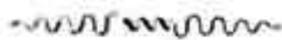
Antonio Pereira Lima

E DE

D. Guilhermina do Nascimento Lima

(Natural de Minas Geraes)

Afim de obter o grão de doutor em medicina



RIO DE JANEIRO

Imprensa Industrial — Rua da Ajuda 75

—
1885



V. 13/270V

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VICENTE CANDIDO FIGUEIRA DE SABOIA

VICE-DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. ALBINO RODRIGUES DE ALVARENGA

SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES

LENTES CATHEDRATICOS

Drs.:

João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães.....	Anatomia descriptiva.
Cons. Barão de Macció.....	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire.....	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli.....	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva.....	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologica.
João Damasceno Peçanha da Silva.....	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco.....	Pathologia cirurgica.
Lutz da Cunha Feijó Junior.....	Obstetricia.
Claudio Velho da Motta Maia.....	{ Anatomia topographica, medicina opera- toria experimental, aparelhos e pequena cirurgia.
Nuno Ferreira de Andrade.....	Hygiene e historia da medicina.
.....	Pharmacologia e arte de formular
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal e toxicologia
Cons. João Vicente Torres Homem.....	{ Clinica medica de adultos.
Domingos de Almeida Martins Costa.....	{
Cons. Vicente Candido Figueira de Saboia.....	{ Clinica cirurgica de adultos.
João da Costa Lima e Castro.....	{
Hilario Soares Gouvêa.....	{ Clinica ophthalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho.....	{ Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro.....	{ Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo.....	{ Clinica de moléstias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão.....	{ Clinica psychiatrica.

LENTES SUBSTITUTO SERVINDO DE ADJUNTOS

Drs.:

Antonio Caetano de Almeida.....	{ Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, aparelhos e pequena cirur- gia.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.....	{ Anatomia descriptiva.
José Benício de Abreu.....	{ Materia medica e therapeutica, especial- mente brasileira.

ADJUNTOS

Drs.:

José Maria Teixeira.....	Physica medica.
Francisco Ribeiro de Mendonça.....	Chimica medica e mineralogia.
Arthur Fernandes Campos da Paz.....	Botanica medica e zoologia.
João Paulo de Carvalho.....	Histologia theorica e pratica.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes.....	Chimica organica e biologica.
.....	Physiologia theorica e experimental.
Henrique Ladislão de Sousa Lopes.....	Anatomia e physiologia pathologica.
.....	Pharmacologia e arte de formular.
Francisco de Castro.....	Medicina legal e toxicologia.
Eduardo Augusto de Menezes.....	Hygiene e historia da medicina.
Bernardo Alves Pereira.....	{ Clinica medica de adultos.
Carlos Rodrigues de Vasconcellos.....	{
Ernesto de Freitas Crissina.....	{ Clinica cirurgica de adultos
Francisco de Paula Valladares.....	{
Pedro Severano de Magalhães.....	{ Clinica obstetrica e gynecologica.
Domingos de Góes e Vasconcellos.....	{ Clinica medica e cirurgica de crianças.
Pedro Paulo de Carvalho.....	{ Clinica de moléstias cutaneas e syphiliticas
José Joaquim Pereira de Sousa.....	{ Clinica ophthalmologica.
Luiz da Costa Chaves Faria.....	{ Clinica psychiatrica.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha.....	{

A. Faculdade não approva nem reprovava as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.

ALGUMAS PALAVRAS



escolha da aortite aguda para assumpto da nossa dissertação não teve outro incentivo senão o desejo de aprender e de habilitarmo-nos a colher o fructo do nosso labor scientifico.

Nem podiam ser outras as nossas aspirações, quando nada de novo fizemos com referencia ao assumpto; cingimo-nos a reproduzir o que já tinha sido adquirido em sciencia, limitando-nos apenas a externar com franqueza a nossa opinião sobre algumas questões.

Dividimos a nossa dissertação em duas partes: a primeira contem alguns capitulos sobre a historia, a etiologia, a anatomia pathologica e a symptomatologia da molestia.

A segunda mais importante compõe-se de dous outros, um sobre o diagnostico e o outro sobre o tratamento e é seguida de duas observações tomadas na enfermaria do illustrado Dr. Martins Costa, sendo uma dellas completada por nós.

Tal é o methodo do nosso trabalho.



VI/21

DISSERTAÇÃO

v.13/273

PRIMEIRA PARTE

CAPITULO I

Historico

A historia da aortite aguda data do começo do seculo II da éra christã. A sua existencia não podia passar despercebida aos antigos investigadores.

É assim que Aretêo depois de ter fallado da inflammação da veia cava, acrescenta algumas palavras, dignas de attenção sobre a inflammação da aorta : *Quibusdam et arteria secundum dorsum inflammatur, ignis enim acer mordaxque in ambabus cavitatibus inclusus accenditur, pulsatus arteriarum exigui sunt creberrimi ac veluti oppressi atque repulsi, etc.* (*De Causis et signis acutorum morborum*, lib. II, chap. VIII.)

Este calor ardente, este fogo devorador, junto á pequenez e á frequencia do pulso, parecem, sem duvida alguma referir-se a inflammação da aorta.

Galeno descreve tambem alguma cousa que se assemelha a aortite na mesma época.

Cœlius Aurelianus procura na inflammção da aorta uma das causas da phrenitis.

Todo o longo periodo de tempo desta data ao fim do seculo xviii passa-se sem que novos factos, dignos de referencia venham esclarecer o estudo da aortite.

É preciso que nos approximemos de Morgagni e Haller para encontrar as primeiras observções sobre o assumpto, interessantes sobretudo debaixo do ponto de vista da anatomia pathologica.

Foi, porém, em 1792 que J. P. Franck, com as suas doutrinas medicas relativas ás febres angiothe-nicas ligadas ás phlegmasias dos vasos, começa a chamar a attenção da sciencia sobre as inflammções arteriaes, e si seu trabalho não se refere de modo algum a aortite, não se lhe póde recusar com-tudo o merito de ter despertado o interesse em re-lação a um assumpto que tanto concorreu para o progresso da anatomia pathologica da aortite.

As idéas de Franck abraçadas por Bouillaud, Laennec e Andral logo depois, encontram em Rigot e Trousseau (1826 — 1827), dous adversarios illus-tres, que procuram demonstrar por meio de expe-riencias sobre animaes que, a coloração vermelha da tunica interna da aorta era um phenomeno cada-verico, devido a imbebição dos liquidos sanguineos e que não podia ser a consequencia da inflammção desse vaso.

Louis vem ainda corroborar as asserções de Rigot e Trousseau, demonstrando a existencia dessa coloração vascular na febre typhoide e nas molestias que se acompanham de alteração profunda do sangue.

Em 1824 apparece a primeira descripção didactica da aortite. Bertin e Bouillaud consagram-lhe o primeiro capitulo do seu tratado das molestias do coração e dos grandes vasos ; ahi, entre os symptomas já se encontram a dôr e a sensação de calor na região da aorta, a anciedade e a tendencia ás lypothimias com pulsações muito mais energicas na direcção do vaso.

Bertin e Bouillaud fundados na coloração vermelha da membrana interna da aorta apresentam algumas observações e tentam em vão dar uma idéa precisa da molestia, sobretudo no que diz respeito ao seu diagnostico.

Gintrac, em uma memoria lida á Sociedade Medica de Bordeaux em 1835, attribue á aortite e á inflammação do plexo cardiaco a maioria dos casos de angina de peito. Na mesma occasião, Corrigan na Inglaterra sustenta opinião identica.

O Sr. Bisot (1837) dá como caracteres importantes da affecção de que tratamos, o edema generalizado e intenso, não podendo ser explicado por nenhuma affecção cardiaca, acompanhado de febre, delirio, prostração, suores e seguidos de morte rapida.

Em 1861 apparece nos Archivos Geraes de Me-

dicina uma memoria do Sr. Leudet em que o autor, firmado em tres observações de inflammação aguda da aorta, com pequenos abcessos entre as diversas tunicas do vaso, vem complicar mais a questão, estabelecendo uma aortite suppurada, cuja symptomatologia muito differente da que os autores davam até então da aortite, assemelha-se antes á da infecção purulenta.

Com dados tão diversos e disparatados não podia nascer uma descripção exacta da aortite; assim se explica a sua obscuridade.

Em Julho de 1863, o professor Lancereaux publica (Comptes rendus des séances de la société de biologie) duas observações de aortite em que a autopsia tinha revelado a existencia de pequenos focos hemorrhagicos nas tunicas internas da aorta, ao mesmo tempo que, graças aos resultados obtidos pela analyse histologica, sustentava a opinião da formação de vasos nas tunicas internas, quando estas eram a séde de um processo inflammatorio agudo.

Só no trabalho do professor Ranvier em 1868 é que se encontram os primeiros elementos anatomopathologicos que mais tarde vão servir de base aos estudos da aortite.

Com effeito nos Archivos de Physiologia desse mesmo anno elle descreve os signaes macroscopicos e histologicos caracteristicos da endoarterite aguda, indicando as lesões proprias á cada tunica arterial e estabelece deste modo parte da anatomia e da physiologia pathologicas da molestia de que tratamos.

É dahi em diante que começam a apparecer nos jornaes e revistas medicas, estudos mais positivos e rigorosos, assim como observações mais exactas.

O professor Brouardel em 1874 verifica por meio de grande numero de autopsias, alguns casos de aortite, consecutivos á variola.

O Sr. Dr. Léger, em 1877, auxiliando-se dos trabalhos esparsos que até então existiam e sabiamente dirigido pelo Sr. Dr. Bucquoy, apresenta a sua these de doutoramento, acompanhada de grande numero de observações recolhidas na clinica desse illustre professor.

Como trabalho completo, ella marca uma época brilhante na longa e obscura historia da aortite, pois que d'elle data o nascimento da individualidade clinica hoje perfeitamente definida e descripta em quasi todos os tratados modernos — a aortite aguda.

Depois da these tão preciosa do Dr. Léger, seguidamente apparecem e são dignas de nota as theses dos Srs. Drs. Richard (*Anatomie pathologique et symptômes de l'aortite*, 1879); Rousseau (*Accesos de dyspnéa nas molestias do coração e aorta*) e Bornécque (*Contribution á l'étude de l'aortite aiguë*).

O Sr. Dr. Richard, que se occupa sobretudo da anatomia pathologica, chega á concluir que não ha differença alguma entre a aortite aguda e a aortite chronica e que são ambas uma mesma molestia em periodos differentes.

O Sr. Dr. Bornécque faz uma divisão da aortite aguda em aortite aguda das molestias graves, aortite

V.B/275

aguda consecutiva á senilidade precoce e aortite ulcerosa, segundo as lesões que as caracterizam, e estuda-as separadamente.

Finalmente um ultimo trabalho merece especial menção ; é a these inaugural do Sr. Dr. Urbano da Motta, em que com toda a profisciencia são estudadas e discutidas as questões mais importantes sobre a aortite aguda.

Foi a primeira these brasileira que appareceu sobre o assumpto ; tem a data de 1884.



CAPITULO II

Etiologia

As causas capazes de produzir a inflammação aguda das paredes da aorta, podem, como em qualquer outra molestia, ser divididas em dous grupos perfeitamente distinctos ; causas predisponentes e occasionaes.

De ordinario é preciso que o organismo tenha soffrido a influencia geral e principalmente local sobre a aorta dessas causas, para que nestas condições um excesso de qualquer genero, um accidente, etc., determinem o seu apparecimento.

Entre as causas predisponentes da aortite, merece o primeiro lugar pela frequencia o atheroma, companheiro quasi constante da aortite aguda.

De facto os estudos necroscopicos mostram que só excepcionalmente ella se manifesta sem as alterações atheromathosas prévias da aorta ; sem medo de errar, podemos dizer com o Dr. Léger e o professor Péter que : « todas as circumstancias que favorecem o nascimento do atheroma têm uma influencia

sobre o desenvolvimento possível de uma aortite aguda ».

Como no numero das causas mais constantes do atheroma se acha o alcoolismo e a velhice, é a elles que no final de contas devemos referir os casos de aortite consecutivos á essa lesão.

Quer o alcool actúe por uma simples acção de contacto sobre as paredes arteriaes, ou por uma acção geral sobre todo o organismo, diminuindo a vitalidade dos tecidos, o seu abuso traz como consequencia necessaria a degenerescencia atheromatosa das arterias, além das lesões graves que se localizam nos outros aparelhos organicos.

As desordens que a velhice imprime ao organismo por um gasto natural e lento, o alcoolismo as produz por um consumo artificial muito mais prompto, não sendo por assim dizer mais do que a velhice antecipada com todas as suas consequencias.

A' alteração chronica atheromatosa da parede arterial deve-se acrescentar a influencia de que gozam as diversas diatheses sobre o desenvolvimento da aortite. Logo depois do alcoolismo e da velhice está entre ellas por ordem de frequencia o rheumatismo.

Embora em suas manifestações accometta de preferencia o endocardio e neste o orificio mitral e suas valvulas, deixando illesos os vasos e o orificio aortico, como demonstrou o professor Bouillaud e concordam todos os cardio-pathologistas, todavia, se faz sentir em alguns casos em que o apparecimento

da molestia não póde ser attribuido á nenhuma outra entidade etiologica.

É o que se depreheende do quadro que junto inserimos, onde pelo resumo de todas as observações que colhemos nos trabalhos dos Drs. Léger, Richard, Bornécque, Motta e Gomot, as condições etiologicas podem ser mais facilmente apreciadas.

Effectivamente em 26 observações que formam o nosso quadro, 6 pertencem ao rheumatismo enquanto que 8 e mais 3, cujos antecedentes sendo desconhecidos a autopsia tornou patente a lesão atheromatosa, são devidas ao alcoolismo.

Parece bem provado, pois, que o alcoolismo e o rheumatismo concorrem poderosamente para o apparecimento da aortite, quer actuem isoladamente, quer simultaneamente como na observação XXIV.

Em seguida á esses dous elementos etiologicos importantes, cuja intervenção na producção da aortite não póde actualmente ser contestada, figuram em segundo plano, a syphilis e a gotta.

As observações de Wirchow e Lancereaux estabelecem definitivamente a existencia de alterações para o lado das paredes arteriaes produzidas pela syphilis e hoje todos os praticos estão de accordo sobre este ponto.

Demais, no nosso quadro existe uma observação que confirma esse modo de pensar, na qual o unico elemento anamnesticó é a syphilis (XXI), sendo

que em outras se acha combinado, ora ao rheumatismo (XVI), ora ao alcoolismo (XXII).

A gotta ou a urocrasia exerce tambem sobre a genese da aortite um papel etiologico de algum valôr.

Já Stokes, descrevendo a aortite gottosa, acci-tára a influencia desta causa, actualmente admittida pelos autores e que parece estar de accordo com a observação XX.

Não conhecemos factos algum que nos autorise á assignalar entre as causas da inflammação aguda da aorta, as diatheses d'arthrosa e escrophulosa.

Ha molestias, cujo valôr etiologico na producção da aortite deve ser apreciado; neste numero estão entre as affecções agudas graves, as febres exanthematicas.

O desenvolvimento da inflammação da aorta no correr destas molestias, póde ser observado, sobretudo na variola.

O professor Brouardel pelas autopsias que praticou em um numero bastante elevado de variolosos (1) encontrou na maioria dos casos lesões no coração e na aorta e em alguns casos sómente nesta; notou que essas lesões se localisavam em alguns pontos da membrana interna e que em certos casos a membrana externa só participava da inflammação nas porções correspondentes ás placas de endoarterite.

(1) Arch. gen. de med. 1874.— Arch. gen. de med. 1876.

Estes exemplos de lesões inflammatorias parciais e limitadas ás tunicas externa e interna, com exclusão da média não podem incluir-se no estudo da aortite, que se caracteriza clinica e pathologicamente pela inflammação de todas as tunicas arteriaes.

No entretanto, si as lesões produzidas na endoaorta por essas affecções não exercem acção immediata na producção do processo inflammatorio, temos o direito de concluir, terminada a molestia, que o doente não está exposto á soffrer as consequencias remotas desta complicação?

Nada nos prova que o processo tenha parado em sua evolução e que algumas vezes as modificações operadas nas placas da endoaorta não as transformem em placas atheromatosas.

« C'est là une pure hypothèse, diz o professor Brouardel, mais je dois ajouter que depuis que je recherche ces conséquences possibles d'une variole antérieure, j'ai été frappé de la fréquence des maladies du cœur et surtout de la dégénérescence graisseuse des artères. »

Si assim é, devemos acreditar no papel que podem exercer as febres exanthematicas, principalmente a variola como causa do desenvolvimento da aortite aguda. As observações XVII e XXVI não reconhecem outros antecedentes.

São rarissimos os casos de aortite aguda positivamente causados pelo mal de Bright. Na observação XIX, comquanto a nephrite tivesse precedido

a invasão da aortite, esta só foi verificada *post mortem* pela analyse histologica, não tendo havido durante a vida phenomeno algum que determinasse a sua existencia.

Quanto á intoxicação saturnina, á palustre, á tuberculose, á suppressão de um fluxo habitual, á infecção purulenta, á febre typhoide e muitas outras affecções, consideradas causas predisponentes capazes de favorecer o apparecimento da aortite, podemos excluil-as por emquanto deste grupo e consideral-as apenas causas occasionaes, visto não estar ainda determinada a sua influencia pathogenica.

Alguns autores têm assignalado a existencia de aortites dependentes de pleurysias, pneumonias e pericardites.

Os Drs. Léger e Péter, que não aceitam este modo pathogenico de aortite, pensam que essas inflammções são sempre consecutivas á molestia que estudamos e que os autores foram victimas de um engano, tomando como causa o que era simplesmente effeito.

O Dr. Léger faz no entretanto uma excepção para a pericardite, a qual elle admite que em certos casos seja seguida dos symptomas da affecção aortica.

Apesar das relações anatomicas intimas que guardam o pericardio e a aorta, não podemos concordar com o Dr. Léger, porquanto pensamos que

QUADRO SYNOPTICO DE OBSERVAÇÕES

Autores	Ns.	Nomes dos doentes	Idades	Antecedentes	Diagnosticos	Terminação
Dr. Motta	1.*	J. Carnavalli.	30	Rheumatismo.	Aortite aguda de repetição com insuf. aortica. Endocardite vegetante. Symphise cardiaca.	Morte.
	2.*	J. da Rocha Monteiro.	29	Desconhecidos.	Aortite aguda. Angina de peito.	"
	3.*	P. Léon.	35	Rheumatismo.	Aortite aguda com ligeira insuf. aortica. Pericardite secca.	"
	4.*	X.	31	Alcoolismo.	Lesões atheromatosas precoces. Aortite aguda consecutiva. Pericardite.	"
	5.*	Dem. Louis.	32	-	Insuf. aortica. Atheroma. Aortite aguda consecutiva.	"
	6.*	Marie.	55	-	Aortite aguda, pericardite, pleurisia.	"
	7.*	Leroy.	68	"	Lesões atheromatosas muy adelantadas. Ataque agudo de marcha rapida. Pericardite.	"
Dr. Léger	8.*	M. Georges.	52	-	Insuf. aortica. Aortite sob a forma de ataques successivos. Hemiplegia.	"
	9.*	X.	34	Desconhecidos.	Aortite aguda.	"
	10.*	H. Léontine	28	Rheumatismo.	Endocardite rheumatismal. Propagação da inflammation á origem da aorta.	"
	11.*	M. Josephine.	29	-	Lesões mitral e aortica. Aortite. Ataque intercurrente de rheumatismo articular.	Alta ainda doente.
	12.*	P. Paul.	65	"	Rheumatismo articular com atheroma e insuf. aortica provavelmente pre-existente. Ataque consecutivo de aortite.	"
	13.*	Mme. X.	69	Desconhecidos.	Aortite aguda.	Morte.
Dr. Richard.	14.*	Le Callonec.	42	Alcoolismo.	Aortite complicada de pneumonia.	"
	15.*	H. Laiger.	19	Rheumatismo.	Aortite aguda.	Alta ainda doente.
	16.*	Louis J. Praut.	45	Syphil. e rheumatism.	Aortite seguida de lesão mitral.	"
	17.*	Anne Barré.	46	Variola, sarampo e coqueluche.	Aortite.	"
	18.*	G. J.	62	Febre typhoide.	Aortite.	"
	19.*	(Jules) C.	19	Nephrite aguda.	Nephrite aguda. Aortite.	Morte.
	20.*	L. (Esther.)	36	Gotta.	Insuf. e estreitamento aortico. Aortite aguda com accessos pseudo-anginosos.	"
Dr. Borneque.	21.*	B. (Etienne)	30	Syphillis.	Ataque agudo de aortite. Phenomenos dyspneicos.	"
	22.*	L. (Charles)	41	Alcoolismo e Syphillis	Insuf. aortica. Abscesso da margem de annis. Aortite aguda e ulcerações da aorta.	"
	23.*	R. Barthélemy	68	Alcoolismo	Emphysema pulmonar. Ataque de aortite aguda	"
	24.*	T. . . .	32	Rheum. e Alcoolismo	Insuf. aortica. Adherencias pleurales antigas. Aortite aguda.	"
Dr. Gomot.	25.*	C. Charles	60	Alcoolismo.	Aortite aguda de ataques successivos. Acesso pseudo-anginoso.	Alta ainda doente.
	26.*	H. Victorine.	19	Scarlatina.	Aortite aguda.	Cura.

1815/1819

a endoaortite constitúe sempre a primeira phase da aortite aguda.

A endocardite aguda, invocada como causa predisponente da aortite, é admittida pelos Drs. Léger e Péter.

Comquanto a existencia da aortite aguda por propagação de uma endocardite não seja muito frequente, ella é no entretanto confirmada pela observação X.

A hypertrophia do coração considerada por Hinterberger causa da aortite, é admittida hoje como effeito inevitavel e constante da molestia; principalmente quando esta se acompanha de lesões oro-valvulares aorticas.

D'entre as differentes causas referidas não podemos conceder valôr real e indiscutivel senão ao alcoolismo, ao rheumatismo, á syphilis, á gotta e á idade.

Estas diversas causas, com effeito, produzem na membrana interna da aorta e do coração lesões que explicam sobremodo a invasão da molestia. Cada uma dellas concorre com a sua parte em proporção que é difficil precisar e exerce uma acção geral sobre a producção da aortite.

Uma questão que parece á primeira vista fóra de proposito na confecção deste capitulo, mas que tem perfeito cabimento é a da frequencia da aortite aguda no nosso paiz.

Sendo como acabamos de vêr as causas principaes da aortite as mesmas que as das lesões car-

diacas e estas tão frequentes entre nós, é natural que se indague a razão pela qual o apparecimento desta affecção é tão raro no nosso paiz.

Parece-nos que se deve buscar a explicação deste facto na ausencia até bem pouco tempo de noções exactas e conhecimentos mais amplos sobre a molestia e não na ausencia da aortite, a qual existe muitas vezes e deve ser procurada para explicar a maioria dos casos de angina de peito.

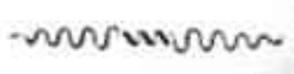
Quanto á idade, é durante a virilidade e na velhice que ella é mais commummente observada.

Em relação aos sexos, a differença de um para outro é pequena, havendo maior numero de casos no sexo masculino, o que se deve attribuir sem duvida alguma á maior influencia que tem o alcoolismo e a gotta como elementos etiologicos.

Alteradas as paredes arteriaes, as causas occasionaes capazes de provocar o trabalho phlegmasico agudo são muitas vezes difficeis de serem apreciadas.

Algumas gozam de um papel incontestavel, como, o frio, o traumatismo, uma forte emoção moral, as grandes fadigas, os exercicios violentos, etc.

Outras difficilmente podem ser determinadas ; são as constituídas pelos diversos estados morbidos que com frequencia precedem a invasão da aortite aguda.



CAPITULO III

Anatomia pathologica

O estudo das lesões anatomo-pathologicas da aortite aguda é muito importante, porquanto de seu conhecimento resulta a interpretação facil de toda a symptomatologia da molestia, como veremos no capitulo seguinte; seria uma grande lacuna em nosso trabalho se não reservassemos, tratando desta affecção, um capitulo onde podessem ser descriptas estas lesões.

Aproveitamos para a confecção desta parte da nossa dissertação, os trabalhos existentes, não tendo nos esquecido das recentes pesquisas histologicas feitas pelo Dr. Marcondes de Rezende e exaradas na these do Dr. Motta.

Na descripção e estudo das alterações anatomo-pathologicas da aortite aguda, seguiremos a marcha do processo inflammatorio, começando pela membrana interna onde as lesões são mais sensiveis, devendo antes fazer um ligeiro esboço da estructura desta membrana no estado normal.

V.13/10/16

Ella tem a mesma estrutura rudimentar que a endarteria em geral e se compõe de duas camadas; a primeira epithelial constituída por cellulas polygonaes, alongadas na direcção do vaso, achatadas, de nucleos volumosos muito semelhantes ás cellulas que forram o endocardio; a segunda, delgada em contacto com a tunica média, composta de substancia fibrillar no meio da qual existem cellulas achatadas, irregularmente estrelladas e anastomosadas entre si, contendo nucleos, camada que mede segundo os professores Cornil e Ranvier $0^m,003$ á $0^m,012$ de espessura, denominada pelo professor Kölliker *membrana elastica interna* e hoje geralmente conhecida pelo nome de membrana de Langhans.

As cellulas que a compõem são mais agglomeradas nas partes superficiaes e logo abaixo do epithelio formam uma especie de camada a que o professor Kölliker ainda denominou — *camada striada*.

A membrana interna, como todo o tecido epithelial não contém nervos nem vasos, o que mais nos esclarece sobre a natureza da sua inflammação, muito differente daquella que se produz nos tecidos providos de vasos.

O exame a olho nú das alterações produzidas na tunica interna pelo processo pathologico permite notar que o seu primeiro phenomeno evolutivo é uma ligeira tumefação desta tunica.

Ella apresenta-se com effeito, total ou imparcialmente como que imbebida de serosidade; as vezes transparente, outras vezes descorada, de

côr mais ou menos rosea ou amarello-alaranjada (observação I).

Apparecem depois as lesões mais apreciaveis da aortite aguda, segundo o Dr. Richard « mais numerosas, mais extensas e adiantadas na origem da aorta e da crossa, na origem do tronco brachiocephalico, da carotida primitiva e da sub-clavea esquerda. Em geral nota-se principalmente na origem das collateraes; ou melhor nos lugares em que o choque do sangue é mais consideravel », o que parece de accordo com a observação clinica e conforme ás leis estabelecidas pelo professor Péter.

São constituídas por placas salientes mais ou menos extensas, em geral circulares, de aspecto gelatinoso, ora esparsas, ora confluentes, de consistencia variavel, transparentes, opalescentes, as vezes roseas, de dous á tres millimetros de espessura, conhecidas pelo nome de placas gelatiniformes da aorta. Na opinião dos professores Cornil e Ranvier (Manuel de anatomie-pathologique, 1881) estas placas podem attingir uma espessura muito consideravel.

Quando o processo pathologico é menos antigo e menos intenso a membrana interna perde apenas o seu polido normal, tornando-se rugosa e aspera.

Póde acontecer, porém raramente, que, em virtude da erosão de placas mais recentes, a sua superficie se apresente ulcerada e se cubra de uma camada de fibrina adherente.

Estes depositos fibrinosos que na aortite aguda

podem explicar perfeitamente certos accidentes, são no entretanto pouco communs, o que deve admirar, sobretudo si lembrarmos das rugosidades e asperezas tão sensíveis de que a membrana interna da aorta geralmente é séde.

Estes depositos de caracteres especiaes descritos por alguns autores como uma especie particular de atheroma e como signal de arterite chronica, já eram conhecidos desde Bisot, considerados por elle um exsudato inflammatorio e denominados *placas gelatinosas*; constituem hoje a lesão caracteristica da endarterite aguda.

As placas que mais particularmente se localizam nos pontos de emergencia das collateraes diminuindo a luz destes vasos, se tornam raras e escassas á medida que se afasta do coração e que se caminha para a aorta abdominal.

Na maioria dos casos os effeitos produzidos nos orificios dos vasos que partem da aorta são devidos á uma lesão concomitante mais antiga e de marcha mais lenta do que as placas gelatinosas.

Encontra-se, com effeito, no meio das lesões da inflammação aguda, outras alterações preexistentes, que pertencem ao atheroma e que como bem diz o Dr. Motta são « testemunhas quasi infalliveis do nascimento da aortite aguda. »

São constituídas por placas duras, de bordos rugosos, irregulares e salientes, isoladas ou em grupo, de côr amarellada, que occupam os espaços deixados livres entre as placas gelatinosas, deixando perceber

nos seus intervallos os caracteres da inflammação aguda.

Muitas vezes as lesões antigas são tão unidas, tão confluentes que na superficie interna da aorta torna-se difficil a apreciação das alterações agudas e faz-se necessario o auxilio do microscopio para a sua verdadeira verificação.

O Dr. Léger cita em sua these um caso deste genero.

As arterias coronarias soffrem tambem no meio dessas alterações mudanças de calibre em seus orificios ; ora são estreitados, ora são dilatados, podendo em um mesmo individuo ser observado os dous phenomenos simultaneamente.

A vermelhidão da tunica interna da aorta, observada algumas vezes no correr da aortite não é um phenomeno indicativo da inflammação e da vascularisação desta tunica como acreditaram os autores antigos.

Já nos referimos ligeiramente á este assumpto no primeiro capitulo ; agora vamos de accordo com a observação dos factos emittir a nossa opinião.

Pensamos com os professores Laennec e Andral que o phenomeno é devido simplesmente ao resultado da imbebição puramente passiva da tunica interna pela materia corante do sangue e não á vascularisação produzida pela inflammação como acredita o professor Lancereaux.

Diversas condições são necessarias para que o phenomeno se realise ; não basta o estado rudimen-

tar da parede da arteria ; é preciso que dous outros factores contribuam para esse resultado, certo amolecimento dos tecidos e o estado anormal do sangue.

Que essa coloração é o resultado da imbecição cadaverica provam as experiencias feitas sobre animaes pelos Drs. Rigot e Trousseau em 1826 e 1827.

O que parece demonstrar que a alteração do sangue basta para produzir o rubôr da tunica interna, é que elle foi observado em casos onde não havia a menor alteração pathologica dessa membrana.

Não se tem encontrado na cavidade da aorta exsudato pseudo-membranoso ou purulento ; no entanto podem existir falsas membranas, formadas pelos depositos fibrinosos á custa da tunica interna que perdeu o seu polido pela queda da camada epithelial e cuja superficie tornou-se desigual e rugosa pelas placas gelatinosas e atheromatosas.

Após a descripção das lesões macroscopicas, cumpre-nos fazer o estudo histologico do espessamento e das placas pathologicas.

Depois do que ficou dito sobre os caracteres da tunica interna, é claro que as lesões que descrevemos não podem resultar de uma congestão sanguinea, nem tambem de uma exsudação plastica ; ellas são devidas á hyperplasia e á proliferação dos elementos histologicos normaes e se iniciam na camada mais superficial da membrana interna o que para os professores Cornil e Ranvier constitúe um caracter proprio da endarterite aguda.

Com effeito, os elementos de que se compoem as placas são cellulas de duas especies, comprehendidas em um substracto particular ; umas pequenas, mais ou menos esphericas, nucleadas, com todos os caracteres das cellulas embryonarias; outras são cellulas normaes, achatadas, mais volumosas, de nucleos alongados, de prolongamentos anastomoticos mais largos.

Os nucleos livres alongados e angulosos, citados pelos Drs. Richard e Motta são para os professores Cornil e Ranvier cellulas perfeitas.

O exame das placas gelatinosas em qualquer ponto da tunica interna não revela a existencia de vasos o que está em contradicção com a opinião do professor Lancereaux que admite a vascularisação da camada profunda da endarteria sob a influencia da inflammação aguda do vaso.

Nos casos em que a lesão tende a passar ao estado chronico, as cellulas componentes das placas gelatinosas soffrem a degeneração gordurosa, infiltram-se de saes calcareos, ao mesmo tempo que a substancia fundamental amollece e desaparece dando em resultado a formação de ilhas mais ou menos confluentes constituindo o que geralmente se conhece pelo nome de fóco atheromatoso.

Não é raro encontrar-se as lesões da aortite aguda limitadas á tunica interna ; na maioria dos casos o trabalho pathologico tende a propagar-se á tunica média que por sua vez é séde de alterações importantes.

Ao mesmo tempo que a tunica média espessa-se de uma maneira notavel, o exame microscopico permite reconhecer a existencia de cellulas embryonarias arredondadas, ora sob a fórma de ilhotas, ora de infiltração diffusa entre os seus feixes elasticos dissociados.

A organização das cellulas em tecido embryonario continúa até que a molestia passa ao estado chronico ; sobrevem então o estadio de regressão e a degeneração gordurosa ataca não só os elementos de origem inflammatoria como as proprias laminas e fibras elasticas que são suffocadas e dissociadas.

Nesta membrana os vasos são mais desenvolvidos e numerosos, tanto mais quanto as alterações pathologicas mais se approximam da tunica externa.

O trabalho morbido não pára na tunica média, elle invade a tunica externa cujo tecido, tornado compacto, homogeneo, de côr mais ou menos modificada, augmenta consideravelmente.

O exame microscopico desta tunica revela as mesmas alterações que as da tunica média ; cellulas embryonarias agrupadas ou diffundidas pelas malhas do tecido conjunctivo.

Estas lesões podem se estender á uma grande extensão do vaso ou limitar-se á pontos mais ou menos approximados.

Como consecuencia do espessamento e da alteração histologica das tunicas da aorta dous effeitos devem ser assignalados : o augmento de espessura

das paredes do vaso e a sua dilatação consecutiva ; esta variando de fórma segundo a maior ou menor extensão das lesões descriptas na tunica média da arteria.

O processo morbido que tem acommettido successivamente as tres tunicas arteriaes póde ganhar o tecido conjunctivo vizinho, o pericardio e determinar neste ultimo adherencias ora parciaes, ora generalisadas, ás vezes verdadeira symphise cardiaca (observação I).

O plexo cardiaco e o nervo phrenico que guardam com a parede externa da aorta e o pericardio relações bastante intimas, não escapam ao processo inflammatorio e apresentam alterações de muita importancia sobretudo si attendermos ao papel destes nervos na producção e exhibição dos symptomas da aortite aguda.

Os ramos do plexo cardiaco e phrenico examinados pelo professor Péter deixaram ver os filetes nervosos occultos em uma espessa ganga de tecido conjunctivo ; entre as suas malhas grande quantidade de cellulas embryonarias.

Os tubos nervosos dissociados são em alguns pontos estrangulados pelo tecido conjunctivo exuberante ; a myelina apresenta-se transformada em uma massa granulosa amorpha

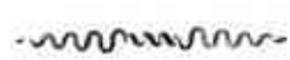
O processo inflammatorio ao mesmo tempo que invade os órgãos vizinhos da aorta póde caminhar para as arterias periphericas e para o coração e determinar insufficiencias e estreitamentos em grãos

V.13/285

differentes, conforme as lesões das valvulas e orificio são mais ou menos accentuadas; muitas vezes mesmo póde transpôr as valvulas sygmoides e produzir identicas lesões no endocardio, membrana cuja estructura muito se assemelha a da endarteria.

Em vez de seguir este trajecto, o processo póde ainda caminhar do coração para a aorta, em direcção opposta á que referimos, como cita o Dr. Léger uma observação.

O ventriculo esquerdo, encarregado de restabelecer o desequilibrio funccional da aorta pela sua dilatação e em virtude das lesões oro-valvulares, se hypertrophia. Esta lesão é tanto mais consideravel quanto a aortite aguda tem tido uma duração mais longa (observação I).



CAPITULO IV

Symptomatologia!

Descrever os signaes clinicos da aortite aguda, dando a cada um delles o seu justo valôr; indagar o modo por que elles evoluem e a sua respectiva pathogenia, é o que desejamos no presente capitulo.

Para conseguirmos tal intento faz-se necessario o conhecimento prévio da maneira pela qual a phlegmasia se manifesta na aorta e a noção exacta de sua marcha consecutiva.

Estes elementos indispensaveis nos são fornecidos pela anatomia pathologica.

De facto, ella nos mostra que a phlegmasia pôde limitar-se primeiro a tunica interna, invadir depois as tres tunicas arteriaes compromettendo o plexo cardiaco e o coração, e finalmente propagar-se aos órgãos vizinhos.

Os symptomas, pois, differem segundo a séde da inflammção.

Para sermos methodicos vamos analysar todas essas hypotheses ministradas pela anatomia patho-

logica, indicando os symptomas que são proprios á cada uma dellas.

Quando o processo phlegmasico agudo se localisa na membrana interna da aorta, quando existe apenas a endoaortite aguda, esta desenvolve-se na maioria dos casos silenciosamente tanto para o medico, porquanto os recursos de que dispõe são deficientes, como para o doente.

Deste modo ella escapa aos meios clinicos de investigação, e só em casos raros e excepcionaes um sôpro levemente rude e systolico, percebido pelo ouvido applicado sobre a direcção da aorta denuncia a sua existencia e vem attestar que a membrana interna do vaso tem perdido o seu polido normal e que provavelmente tem tendencia á espessar-se.

Mais raramente ainda, a desigualdade dos pulsos radiaes e carotidianos pôde revelar a existencia da endoaortite, sendo neste caso necessario, para que exista este signal, que duas ou mais placas gelatinosas ou atheromatosas, formadas nos pontos de origem da subclavea e carotida primitiva, determinem a obstrucção parcial destas arterias.

Se reflectirmos porém, que em differentes dyscrasias sanguineas se nota um ruido de sôpro mais ou menos igual no mesmo tempo e na base do coração, propagando-se na direcção da aorta ; se reflectirmos mais, que a desigualdade dos pulsos radiaes e carotidianos implica necessariamente a localisação de placas em pontos onde podem deixar

de apparecer, somos forçados a concluir que, quasi nunca uma endoaortite aguda poderá ser diagnosticada.

A endoaortite constitúe a primeira phase da aortite aguda, e é a ella que devemos referir alguns dos casos consecutivos ás febres exanthematicas e ao mal de Bright, citados e estudados por Brouardel e Bisot.

Si o processo inflammatorio ataca conjunctamente as tres tunicas arteriaes, invade o coração e o plexo cardiaco, outros symptomas apparecem, além daquelles que já foram referidos para a endoaortite aguda.

É assim que, como consequencia primeira das lesões anatomo-pathologicas, pela perda da elasticidade e portanto da resistencia das paredes arteriaes, a aorta se dilata.

Esta dilatação que muitas vezes passa despercebida aos recursos da exploração, principalmente quando a aortite termina em pouco tempo pela morte, póde ser diagnosticada, quer pela percussão simples, quer pela percussão por meio do plessigrapho descoberto pelo professor Péter.

Com effeito, este medico, depois de apuradas e repetidas experiencias, chegou a precisar com o seu instrumento o limite médio de extensão da matidez retro-sternal aortica nos dous sexos e a estabelecer que no homem ella varia de $4 \frac{1}{2}$ á $5 \frac{1}{2}$, sendo a média de 5 centimetros e na mulher de $3 \frac{1}{2}$ á 4 centimetros.

Si, pois, a percussão retro-sternal plessigraphica, praticada logo acima da base do coração nos fornecer uma matidez vascular superior aos algarismos do professor Péter, podemos concluir que existe uma dilatação da porção ascendente da crossa da aorta.

Apezar de dous casos de dilatação da aorta sem aortite apresentados pelos Drs. Léger e Richard (theses de 1877 e 1879), nós consideramos esse symptoma pathognomônico da aortite aguda, salvo os casos em que a molestia não tem tido tempo sufficiente para produzi-lo.

O primeiro effeito da dilatação vascular sobre o coração é a alteração dos ruidos physiologicos e normaes que tem a sua séde no orificio aortico.

Algumas vezes a aorta dilatando-se, as valvulas sigmoides do seu orificio não podem mais impedir a volta de parte da onda sanguinea lançada pelo ventriculo esquerdo, visto como essa dilatação por sua vez tem distendido o anel tendinoso de Lower; a volta de parte do sangue para o ventriculo produz, pois, no ouvido do clinico que explora a região preaortica, um sopro no segundo tempo, mais ou menos prolongado e aspirativo, que póde ser unico ou duplo, tendo o seu maximo de intensidade no terceiro espaço intercostal direito; é a insufficiencia aortica relativa, descripta pela primeira vez por Corrigan.

Este sopro póde ser ainda secco, duro; variar de timbre, ser metallico, clangoroso, tympanico,

conforme o estado da parede vascular e das valvulas aorticas.

Outras vezes, porém, é um sopro no primeiro tempo e na base, tambem no fóco aortico, propagando-se para a crossa da aorta que se manifesta, e que póde ser devido ou á passagem do sangue pelas sinuosidades da parede interna, sobretudo no começo da molestia, ou ao estreitamento aortico relativo.

Neste caso o sopro que á principio póde ser curto e brando, torna-se mais tarde aspero e rude ; é percebido com o maximo de intensidade no tracto da aorta ascendente quando existe uma stenose produzida pelo espessamento e rigidez das valvulas aorticas, as quaes não permitem a sahida franca da columna sanguinea.

Além desses signaes que nos são fornecidos pela auscultação e que indicam até certo ponto a existencia da dilatação simples ou acompanhada de lesões oro-valvulares, devemos mencionar um outro, ás vezes unico apreciavel, quando de preferencia a aorta se dilata para a parte posterior ; é o phenomeno do tracheismo, produzido pela compressão da trachéa, tambem conhecido pelo nome de *cornage*.

Ainda como consequencia da dilatação da aorta, as suas paredes tornam-se mais elevadas, a crossa tende á approximar-se da furcula do sterno e o dedo do medico introduzido nesse ponto, com o cuidado de produzir a flexão prévia da cabeça, aprecia as pulsações arteriaes que são isochronas á systole ventricular.

Em virtude da elevação da crossa pela sua dilatação, as arterias sub-claveas, que tambem ficam mais elevadas e superficiaes, batem violentamente na base do pescoço.

A perda da elasticidade da aorta e a insufficiencia do orificio aortico, tornam o pulso forte, amplo, brusco e um pouco depressivel.

Quando predomina a stenose simples o pulso é pequeno e duro.

Si ao lado da stenose existe uma insufficiencia aortica o pulso participa ao mesmo tempo de ambas as lesões, havendo sempre preponderancia dos caracteres de um sobre os do outro.

Si, pela auscultação um sopro systolico ou pre-systolico da ponta do coração, caracteristico de uma insufficiencia mitral, quer seja primitiva ou consecutiva á aortite, vem addicionar-se aos sopros já referidos, então o pulso, ainda que dotado de certa impulsão, apresenta-se completamente mascarado em seus caracteres.

Um dos symptomas da aortite aguda que caminha de algum modo ao lado da dilatação da aorta é a hypertrophia do ventriculo esquerdo.

Logo no começo da affecção, ella póde ser observada, sobretudo quando a aortite aguda é precedida de alterações atheromatosas.

Como si não bastassem essas lesões da arteria, os filetes dos nervos do coração podem ainda irritados augmentar a energia functional do orgão e con-

tribuir tambem para que se accentúe mais essa hypertrophia.

Ella torna-se perfeitamente muito sensivel nos casos em que lesões dos orificios e das valvulas coincidem com o apparecimento da affecção ou são por ella produzidas, chegando o coração a receber o nome de *cor bovinum*, pelo grande volume que ás vezes adquire (observação I. Estampa).

A impulsão cardiaca energica, a área occupada pelo ventriculo esquerdo, augmentada de volume, o choque da ponta do coração abaixo e para fóra da linha mamellonar, taes são os elementos que nos fornece a exploração da região precordial e pelos quaes podemos ajuizar do valor deste symptoma.

Os phenomenos descriptos, propriamente locais, dependentes da alteração das paredes da aorta e do musculo cardiaco se acompanham quasi sempre de manifestações symptomaticas outras, quando não se limitando ás tunicas arteriaes a inflammção aguda propaga-se ao plexo cardiaco.

Os nervos que o compõem irritados reagem segundo o seu modo funcional; o resultado immediato é a producção da angina de peito, syndroma por si bem grave.

O pneumogastrico, um dos nervos componentes deste plexo traduz os seus soffrimentos por meio de perturbações de sensibilidade multiplas, cuja séde varia segundo o ponto do nervo que é irritado pelo processo inflammatorio.

Assim os doentes algumas vezes accusam uma dôr mais ou menos continua na região sternal; outras vezes é uma sensação de peso, de dilaceração do peito nesse mesmo ponto que pouco á pouco augmenta até tornar-se angustiosa e suffocante.

Esta dôr continua que evidentemente localisa-se no plexo cardiaco, tanto que a pressão feita com os dedos no primeiro e principalmente no segundo espaço intercostal esquerdo a exaspera, é o ponto de partida de outros phenomenos dolorosos.

A par da sternalgia figura com maior importancia, ora a sensação de urencia retro-sternal, symptoma valiosissimo para o diagnostico quando existe, ora a de barra transversal ao nivel da região epigastrica.

O plexo cardiaco pelas relações anatomicas que mantêm com os nervos vizinhos, commu-nica-lhes o seu soffrimento e as dôres propagam-se para pontos differentes.

Comquanto possam limitar-se ás regiões pre-cordial e preaortica durante todo o tempo da molestia, ordinariamente ellas irradiam-se para os lados do thorax, para o pescoço, para o hombro direito, para a região hepatica (Dr. Léger), para a espadua esquerda mais communmente, donde descem pelo braço correspondente até a mão, chegando mesmo aos dedos minimo e annullar.

Antes de interessar o plexo cardiaco e o plexo brachial, o processo de irritação morbida tem comprometido o nervo phrenico e então a pressão em

suas inserções diaphragmaticas e adiante do scaleno anterior provoca dôr, ao mesmo tempo que torna-se mais intensa a dyspnéa.

Estes phenomenos dolorosos dependentes da aortite, podem apresentar uma variedade enorme de fórmas, taes como, sensação de peso, torsão, constrictão, bóla hysterica (Dr. Boucquoy), caimbra, etc.

Conjunctamente com a dôr o pneumogastrico produz intermittencias, arythmia cardiaca, dyspnéa, phenomenos laryngeos, etc.

O grande sympathico determina a pallidez da face e do corpo, o resfriamento das extremidades, a desigualdade pupillar, a alteração dos traços phisionomicos, etc., symptomas estes de algum valôr para o diagnostico da aortite aguda.

O começo da aortite é em geral insidioso ; na maioria dos casos annuncia-se a molestia por phenomenos prodromicos pouco sensiveis ; ora o doente sente palpitações ligeiras, que se tornam pouco a pouco mais intensas ; ora uma dyspnéa pouco intensa, acompanhada de máo estar e anciedade sem dôr thoraxica pelo menos bem apparente. Este ultimo modo de invasão que é raro, parece indicar maior gravidade (Dr. Léger).

Algumas vezes porém, não ha prodromos e ella acommette o individuo brusca e inesperadamente no meio de suas preocupações.

Estas diversas perturbações que indicam o apparecimento da aortite, accentúam-se conside-

ravelmente em pouco tempo e são logo seguidas de symptomas dolorosos multiplos e varios, conforme o processo inflammatorio compromette de preferencia uma das tres porções do pneumogastrico, a porção pulmonar, cardiaca ou gastrica.

Com effeito, foi pela séde, pela preponderancia e persistencia dos symptomas dolorosos em um dos departamentos do pneumogastrico que appareceu a necessidade de admittir-se no estudo da aortite aguda tres fórmulas clinicas, pondo-se deste modo em evidencia o facto primeiro previsto pelo Dr. Huchard.

A fórmula cardio-aórtica ou dolorosa da aortite se caracteriza por phenomenos de angina de peito, muito semelhantes aos das outras variedades desta molestia.

Umavez é um accesso typico de angina de peito, com as suas irradiações multiplas, outras vezes é um accesso abortado que vem annunciar a invasão da aortite.

Durante o accesso o pulso torna-se pequeno, frequente, difficil de ser contado; a respiração accelera-se um pouco.

Na fórmula pulmonar, ou a aortite acommette o individuo inesperadamente ou então é precedida de dyspnéa, oppressão, prodromos estes que são logo depois seguidos de tosse secca, quintosa, sem expectoração ou acompanhada de escarros brancos ou sanguinolentos e hemoptoicos sem que em geral existam nos pulmões lesões apreciaveis; a

dyspnéa perfeitamente bem estudada e descripta pelo Sr. Dr. Rousseau em 1880, vai gradativamente crescendo até tornar-se verdadeira orthopnéa; poucas vezes observam-se phenomenos asthmaticos e congestão pulmonar (Dr. Motta) mais ou menos intensa.

O numero dos movimentos respiratorios oscilla entre 28 e 36 por minuto; esta cifra augmenta um pouco durante os accessos anginosos.

O pulso é frequente; excede de 70 á 80 por minuto por occasião dos accessos podendo neste caso augmentar muito.

Na fórma gastrica tambem chamada pelo Dr. Huchard — de repetição (observação I), pondo de parte as manifestações dolorosas, taes como a sensação de barra transversal na região epigastrica e accessos insupportaveis de gastralgia, bem estudados ainda pelo Sr. Dr. Huchard, observam-se perturbações digestivas de alguma importancia.

É assim que os doentes tem eructações frequentes, sensações de peso no estomago, nauseas intensas, vomitos, as vezes passageiros, outras vezes continuos (Dr. Léger) mesmo quando o estomago não contem alimento algum; não poucas vezes diarrhéa ou constipação de ventre.

Em todas essas fórmas da aortite não ha febre; o doente conserva-se apyretico durante todo o tempo de sua molestia, salvo os casos em que uma phlegmasia thoraxica intensa ou outra molestia febril se desenvolva conjunctamente.

Na nossa primeira observação a febre parecia estar ligada ao elemento palustre, porquanto por diversas vezes foi administrado ao doente o sulfato de quinina.

O aspecto do doente é bem característico e attrahe logo a attenção. O facies é de uma pallidez extrema, plumbeo, terroso, as vezes sub-icterico, outras vezes francamente chlorotico com descoramento da pelle e das mucosas.

Ha ao mesmo tempo uma impulsão especial, um levantamento em massa das arterias do pescoço, podendo este exagero dos batimentos se estender a outros vasos constituindo o que se conhece pelo nome de *dansa das arterias*, symptoma que apresentavam os doentes das duas primeiras observações.

Não ha edema nos membros inferiores á não ser nos casos em que exista uma lesão valvular do coração já no periodo de asystolia.

Ora ha anorexia, ora appetite, algumas vezes póde-se observar a dysphagia.

Pouco á pouco o estado geral do doente se agrava.

Á medida que a molestia progride, apparecem suores abundantes, quebrantamento de forças, sensação de frio principalmente nas extremidades e diminuição das urinas.

Outros symptomas podem manifestar-se ainda no correr da molestia; devem ser attribuidos á outras molestias que não a aortite, mas dependentes da propagação da inflammação primitiva.

De facto a auscultação feita sobre a região precordial, desde que o clínico acompanha de perto a marcha da affecção, revela frequentes vezes a existencia de um attrito ligeiro, superficial, que se accentúa nos primeiros dias, desaparece as vezes para apparecer mais tarde e que indica o começo de uma pericardite.

O doente na maioria dos casos não accusa nenhum phenomeno de reacção febril; as vezes apenas augmentam-se-lhe as palpitações e a dyspnéa, e assim a pericardite evolue surdamente.

Nem sempre porém, esta complicação deixa de provocar certo gráo de reacção e apparece a febre ao lado dos ruidos de attrito que neste caso occupam grande porção da região anterior do coração e ao lado de grande oppressão; si a pericardite precede a aortite, esta póde passar ignorada e só ser verificada pela autopsia, porquanto são os phenomenos da molestia que primeiro apparece, que attrahem a attenção do medico.

Muitas vezes podemos observar os symptomas de pleuresias, consecutivas á propagação da inflammação do pericardio, ou á apoplexias pulmonares dependentes de pequenos embolos destacados provavelmente do ponto de origem da aortite.

Desde que a molestia perdura por algum tempo e seus accessos são mais distantes, tornando assim a sua marcha mais longa, adherencias que vêm provar a existencia de inflammações anteriores, se estabelecem entre as diversas serosas do thorax;

muitas vezes é entre o coração e o pericardio que se dão esses phenomenos, constituindo o que se conhece sob o nome de *symplise cardiaca* e que apresentava o doente da nossa primeira observação.

Os rins, o baço, o figado e o cerebro, depois dos pulmões, podem ser a séde de accidentes que estão sobre a dependencia da formação de embolias.

No doente da nossa primeira observação foi uma embolia cerebral que determinou a sua morte.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO. — A marcha da aortite aguda é rapida na maioria dos casos; no entretanto póde variar segundo a intensidade de que se revestem os symptomas e as diversas fórmulas pelas quaes póde manifestar-se a molestia.

Algumas vezes os symptomas são tão intensos, acommetem o individuo com tamanha acuidade que logo o primeiro accesso, ou nos casos em que o doente consegue libertar-se delle, um segundo mais forte ainda vem terminar a molestia e a marcha nestas condições é a mais rapida.

Outras vezes os symptomas são poucos accentuados, cedem á medicação apropriada e o doente tem intervallos de bem estar relativo, de modo a poder voltar á suas occupações, quando não sejam muito penosas.

Porém logo depois, no fim de dias, mezes e ás vezes annos, os mesmos phenomenos se repetem mais intensos do que a primeira vez, podendo-se observar tres ou mais accessos successivos.

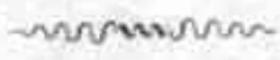
Nestes casos a molestia tem uma duração mais longa e algumas vezes os intervallos dos accessos são tão distantes que a cura apparece como possível.

Em regra geral, na fórma dolorosa ou cardio-aortica, a duração é curta e a morte sobrevem no fim dos primeiros accessos que se succedem com rapidez, o que mais raramente se observa nas outras fórmas.

Nas asphyxica e gastrica, comquanto muitas vezes a marcha possa ser rapida, ella é no entanto algumas vezes lenta e casos ha em que intervallos de mezes e mesmo anno tem sido observados entre dous accessos, como cita um o Dr. Bucquoy e como observamos no doente da primeira observação.

É a morte subita que commummente põe termo á molestia e arrebatá o doente no meio de um accesso doloroso, em um dos seus momentos de calma, conversando ou dormindo ou após a refeição; ella deve correr por conta de uma syncope, provocada pela violencia do accesso doloroso, por uma excitação nervosa ou sobrevindo sem causa apreciavel (Dr. Léger).

Em casos mais raros a vida se extingue pouco a pouco á custa do augmento progressivo da dyspnéa, da cachexia ou então pelas desordens produzidas por uma lesão valvular chronica.



SEGUNDA PARTE

CAPITULO I

Diagnostico

Quando a aortite aguda se exhibe aos olhos do medico cercada de seus symptomas mais importantes, o diagnostico torna-se facil e sempre possivel de ser estabelecido.

Si o individuo tem dyspnéa intensa, sem lesão alguma do aparelho pulmonar que a explique, acompanhada de sensação de urencia retro-sternal ou de dôr transversal epigastrica ; se ha angina de peito ; si á esses phenomenos subjectivos se juntam grande pallidez do tegumento externo, suores abundantes, deve-se desde logo pensar na existencia da inflammação aguda das paredes da aorta.

Esta supposição bem fundada se converterá em certeza, quando além desses symptomas, a escuta e a percussão nos revelar o augmento de matidez

retro-sternal, signal certo de uma dilatação da porção ascendente da crossa e quando coincidindo com a hypertrophia e maior energia do coração existir um ruido de sôpro duplo mais ou menos rude na direcção da aorta.

Taes são os elementos indispensaveis para o diagnostico da aortite-aguda.

O quadro symptomatico que acabamos de esboçar muita semelhança apresenta com o do aneurysma da crossa da aorta e muitas vezes offerecem os dous tal analogia que podem confundir-se.

Sua distincção, porém, se basêa, ora nos phenomenos de compressão, ora nos signaes fornecidos pela auscultação.

Quando o aneurysma se desenvolve na parede anterior e superior do vaso e o tumor torna-se accessivel aos meios physicos de exploração, observa-se a impulsão e os seus batimentos limitados a um ponto, ao mesmo tempo que a escuta faz perceber um ruido de sôpro preaortico muito differente do da aortite e dous fôcos de auscultação, como se existisse um segundo coração no peito.

Nos casos em que o tumor desenvolvendo-se para a parte posterior, subtrahe-se á toda e qualquer exploração, são os phenomenos de compressão sobre os órgãos vizinhos, larynge, esophago, bronchios, que devem servir de base ao nosso juizo.

Algumas vezes, porém, não existem esses phenomenos de compressão e a sensação de urencia retro-sternal, symptoma de grande valôr para o

diagnostico da aortite aguda, será nestes casos o unico elemento de distincção entre as duas molestias.

Estes dados differenciaes ligados á marcha essencialmente chronica do aneurysma nos proporcionam os meios de poder referir á sua verdadeira origem os phenomenos observados nas duas affecções.

A sensação de vibração, de *thrill* e de levantamento do peito citados como signaes importantes do aneurysma da aorta pelo professor Péter e outros autores, não póde ter grande valor como symptoma differencial da aortite, porquanto não pertence sómente á aquelle como se vê da nossa primeira observação.

Os phenomenos respiratorios da aortite aguda, de ordinario dyspneicos, podem ser confundidos com a asthma cardiaca e com a fórma dyspneica da uremia.

Na asthma cardiaca, as crises dolorosas não são tão intensas, nem se acompanham da sensação de dôr e urencia retro-sternal com irradiações multiplas como na aortite aguda ; além disso a ausencia de sôpro na ponta do coração excluindo a existencia de uma insufficiencia mitral, vem dissipar toda a duvida.

Nem sempre, porém, ha ausencia de lesão valvular chronica e as duas affecções existindo simultaneamente, o diagnostico torna-se tanto mais difficil quanto mais antiga fôr a insufficiencia, quanto por mais tempo tiverem sido desconhecidas a sua marcha

e evolução e assim mais confusos se apresentarem á apreciação os symptomas dos dous estados morbidos.

A fórma dyspneica da uremia póde á primeira vista confundir-se com a dyspnéa da aortite ou pseudo-asthma aortica, porque em ambos os casos ha difficuldade da respiração, diminuição das urinas e muitas vezes ausencia de lesões pulmonares ; a presença no entretanto, de albumina nas urinas, a sua escassez e mesmo suppressão, a marcha rapida da dyspnéa com tendencia á asphyxia, seguida ordinariamente de phenomenos cerebraes e outros signaes de menor importancia, são caracteres que na maioria dos casos bastam para se diagnosticar a dyspnéa uremica.

Os symptomas da aortite aguda com exclusão de alguns signaes diagnosticos importantes, constituem na realidade o conjuncto da angina de peito mais ou menos accentuada.

Não fazemos o diagnostico differencial entre estas duas affecções, porquanto o professor Péter nos fornece a justificativa do nosso procedimento quando, depois de ter enumerado os elementos indispensaveis para o diagnostico da aortite aguda, diz : « Il est evident (1) que cet ensemble symptomatique est en réalité celui d'une angine de poitrine plus ou moins accentuée. Il n'est pas moins évident

(1) Péter. Traité clinique et pratique des maladies du cœur et de la crosse de l'aorte, 1883.

que les symptômes accusés sont produits par le rayonnement de la phlogose sur les nerfs du plexus cardiaque, c'est-à-dire, par un mécanisme pathogénique que j'ai longuement exposé á propos de l'angine de poitrine.

« Quand donc on observera ces symptômes, et que l'on constatera les signes physiques que je signale sur le trajet de l'aorte, on en conclura qu'il s'agit d'une aortite aiguë, c'est-à-dire, en définitif, qu'il y a angine de poitrine plus au moins complète par aortite aiguë ; on comprend maintenant pourquoi je ne fais pas ici le diagnostic différentiel de ces deux affections. »

Outras molestias podem ser confundidas com a que descrevemos e offerecem com ella algumas analogias.

Se a pleuresia commum com a pontada de lado, a sensação de constricção thoraxica, a dyspnéa distingue-se facilmente da aortite aguda, no entretanto quando se trata do pleuriz sub-diaphragmatico muitas vezes a confusão é possível.

Casos ha em que este se acompanha de dyspnéa exagerada ; a dôr, que tem por séde os pontos de inserção do diaphragma, propaga-se e augmenta pela irritação do phrenico a ponto de simular verdadeiro accesso de angina de peito ; a escuta nada revela e os symptomas funcionaes são os unicos em que o medico se basêa para estabelecer o diagnostico.

Aqui, sem levar em linha de conta o que nos

póde fornecer a exploração digital em relação ás manifestações dolorosas, a escuta e a percussão do coração e da aorta são elementos sufficientes para se affirmar ou negar a existencia da aortite aguda.

Além dos signaes fornecidos pelo coração e a aorta, a sensação de urencia retro-sternal, os phenomenos de irritação vascular e a ausencia de febre são outros tantos signaes que facilitarão ainda mais o verdadeiro diagnostico.

Acabamos de mostrar a differença que existe entre a aortite aguda e diversos estados morbidos, nos casos em que a inflammação se manifesta com todos os seus principaes symptomas.

Algumas vezes, no entretanto occorrem circumstancias que desorientam o medico e desviam o seu raciocinio do caminho que deve guial-o ao diagnostico.

Em uma phase ainda recente da molestia, quando nos achamos em presença de um caso em que a arteria não teve tempo de ceder á impulsão do sangue e de dilatar-se, em que a escuta, apezar de praticada com todo o cuidado nenhum ruido anormal nos revela, são nestas condições a dyspnéa, as perturbações da sensibilidade, a desigualdade dos pulsos radiaes e carotidianos, as palpitações e a hypertrophia em começo, que virão depôr em favor da idéa da inflammação vascular.

As suspeitas sobre a natureza da affecção se confirmarão, desde que ao apparecimento dos symptomas enumerados succede, ainda que com alguma

demora, o desenvolvimento de uma inflamação do pericardio, cujo mecanismo neste caso servirá de grande auxiliar ao clinico.

Si a pericardite precede o apparecimento da molestia e é verificada logo por occasião do primeiro exame, difficil se torna determinar a ordem de apparição dos diversos symptomas e a sua legitima filiação.

Nesta hypothese, a questão é saber si se trata de uma pericardite symptomatica de uma aortite, ou de uma pericardite outra seguida de phenomenos dolorosos.

Os dados unicos que podem aqui fornecer elementos ao clinico para a diagnose são a anamnese e a escuta do aparelho cardio-aortico.

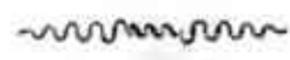
De facto si o doente refere que já ha tempos sentia palpitações, dyspnéa e certa oppressão e que bruscamente foi acommettido de grande máo estar e de augmento da dyspnéa ; si, demais, ha desigualdade na força dos batimentos radiaes e impulsão energica nas mesmas arterias, podemos concluir que existe aortite aguda, principalmente quando estes symptomas coexistem com os signaes revelados pela escuta da aorta e do coração já referidos.

Nos casos, porém, em que faltam esses signaes e que a inflamação do pericardio é apenas precedida de máo estar e oppressão, a difficuldade é muito maior e o unico symptoma que póde facilitar a differenciação entre as duas molestias, é

a sensação de urencia retro-sternal, symptoma quasi constante na aortite aguda emquanto que na pericardite não foi ainda observado.

É quasi inutil fazer diagnostico differencial entre a aortite e a endocardite ulcerosa, visto que são molestias que difficilmente se confundem.

Apenas diremos que o estado febril, calafrios e ausencia de phenomenos dolorosos são elementos bastantes para sua distincção.



CAPITULO II

Tratamento

Numerosas indicações therapeuticas apparecem no decurso da molestia de que ora nos occupamos ; todas ellas deduzem-se do processo phlegmasico que se opera na aorta.

Entre os symptomas da aortite o que mais incommoda e martyriza o doente é sem duvida alguma a dôr e como ella é muitas vezes a causa principal da dyspnéa, podemos alcançar para o doente um grande allivio, actuando simultaneamente sobre symptomas por si tão graves e que para nós constituem a primeira indicação.

De todos os medicamentos que podem ter alguma acção benefica sobre os phenomenos dolorosos, são certamente os opiaceos e d'entre elles a morphina em injeccões hypodermicas que gozam com justo motivo da maior reputação.

Ellas podem ser empregadas no começo dos accessos ou á tarde, com o fim de previnir as exacerbações dolorosas que sóem commummente

apparecer á noite e ao mesmo tempo combater a insomnia que quasi sempre persegue os doentes.

As injeções de morphina, porém, não bastam ; casos ha em que a sensação de urencia retrosternal, de calor interno é tão tenaz e intensa que só póde ser mitigada pela applicação constante de gelo sobre a região anterior do peito. Confirmando os bons resultados deste recurso, cita o Dr. Léger uma observação.

Associados á morphina tem-se empregado os sedativos do systema nervoso, como o bromureto de potassio, de camphora ; seus effeitos, porém, são menos energicos e menos rapidos.

Os vapores da datura stramonium e de outras solanaceas foram aconselhados e empregados durante o accesso sem que os seus resultados sejam vantajosos.

Mencionaremos ainda a nitro-glycerina experimentada pela primeira vez pelo Dr. Murrell em 1879 e o nitrito de sodio ultimamente aconselhado pelo Dr. Matteu Hay ; estes dous meios necessitam ainda de observações clinicas que confirmem os bons resultados do seu emprego.

Ao mesmo tempo que se preenche esta primeira indicação, deve-se procurar modificar o processo inflammatorio agudo da aorta lançando mão das applicações revulsivas ao nivel da região correspondente. Parece, á primeira vista que as emissões sanguineas locais não devem ser aconselhadas sem certa hesitação da parte do medico por causa

das condições especiaes creadas pelo systema nervoso sympathico.

Os resultados clinicos confirmam até certo ponto este modo de tratamento que, se não cura pelo menos parece produzir uma certa calma durante algum tempo.

Assim, applicar-se-ha sobre a região pre-aortica seis a oito sanguesugas, deixando das scisuras sahir uma quantidade de sangue proporcional á robustez de que gozava o individuo antes do accesso.

Devem ser preferidas ás ventosas scarificadas toda a vez que o uso destas ultimas se tornar difficil pelo estado de magreza da região anterior do peito.

Afóra estes inconvenientes as ventosas scarificadas em numero sufficiente, 4, 6, 8, podem substituir com as mesmas vantagens as sanguesugas.

Na impossibilidade material de recorrer-se a um dos meios referidos e com o fim de continuar a acção revulsiva, é util applicar-se á mencionada região um vesicatorio volante no dia immediato ao accesso ou alguns dias depois, caso ainda perdurem as manifestações dolorosas, embora com menor intensidade.

Os sinapismos ou as cataplasmas sinapisadas, produzem effeitos que devem ser aproveitados, principalmente quando reclama a urgencia do caso.

V.13/299V

A tintura de iodo simples ou de mistura com o oleo de croton tem ainda aqui inteira applicação.

Internamente aconselharemos o iodureto de potassio em doses crescentes ou em pequenas doses durante algum tempo.

O illustrado Dr. Martins Costa, nos casos em que a aortite se acompanha de congestão pulmonar intensa e de orthopnéa, preconisa as cauterisações punctuadas, que feitas com certa energia, são de grande efficacia.

Nos casos em que existem desordens cardiacas, quando o enfraquecimento do musculo cardiaco começa a denunciar-se pelo edema peri-malleolar, é de rigôr o emprego da digitalis, devendo ser a sua administração cercada de toda a vigilancia da parte do medico, visto como pela facilidade de accumulo no organismo, graves effeitos podem se produzir, desde que o seu uso seja por demais prolongado.

A caféina é tambem indicada toda a vez que se trata de tonificar a fibra cardiaca e de regularisar os movimentos do orgão central da circulação.

Quando, ao lado da aortite existir o complexo symptomatico de uma affecção mitral em periodo adiantado de desequilibrio circulatorio, deve-se lançar mão da dieta lactea, dos diureticos e dos purgativos.

Finalmente as complicações que sobrevierem no correr da molestia, serão tratadas pelos meios que lhes são proprios.

O Sr. Dr. Henri Huchard, medico do hospital Bichat em Paris, em suas conferencias de clinica e therapeutica realizadas em 1883, instituiu, baseando-se no resultado de algumas observações, um novo methodo de tratamento para a aortite aguda.

Partindo deste principio de que a angina de peito verdadeira é uma affecção arterial, o Dr. Huchard teve a idéa de empregar uma medicação que tivesse a sua acção principal sobre o systema arterial, a medicação iodurada.

Segundo elle, os ioduretos curam as affecções arteriaes, como os aneurysmas da aorta, as aortites e certas affecções cardiacas de origem arterial.

É, sem duvida alguma, bastante difficil explicar o modo por que actuação os ioduretos nos casos de aortite.

É muito provavel que alguns dos casos de cura sejam devidos á acção que tem os ioduretos sobre a circulação que elles moderam e regularisam, sobre as paredes arteriaes que elles retrahem e sobre os exsudatos pathologicos que elles modificam, e fazem desaparecer e algumas vezes ainda pela sua acção antisyphilitica.

Quaesquer que sejam as opiniões que se admitta sobre a acção desses medicamentos, os factos ahi estão para demonstrar os bons resultados do seu emprego nas affecções arteriaes ; « o iodureto é a digitalis das arterias, é para as arterias o que a digitalis para o coração » diz o Dr. Huchard.

V.13/30V

Sob a influencia da medicação iodurada não se tarda a verificar a diminuição da area de matidez aortica, a retracção ou o abaixamento da arteria sub-clavea e ao mesmo tempo a sedação dos accidentes dolorosos.

O iodureto de potassio ou melhor o iodureto de sodio, diz o Dr. Huchard (1) administrado aos doentes durante mezes e mesmo annos, na dóse diaria de 1 á 2 grammas traz como consequencia a diminuição de intensidade e de frequencia dos accessos, emfim o desapparecimento completo e definitivo, depois de tempo variavel.

Um outro medicamento que é preciso ainda empregar é o nitrito de amylo.

Em inalações na dóse de 3 até 6 gottas, no momento dos accessos, elle chega muitas vezes a supprimil-os com grande rapidez; pôde-se tambem pela tolerancia que rapidamente se estabelece elevar prudentemente o numero das gottas á 15 ou 20 ou repetir, por causa da acção rapida e fugaz do nitrito, as inalações duas ou tres vezes.

São estes os dous medicamentos que formam a base do tratamento do Dr. Huchard.

Entre os casos de cura referidos por elle (Bulletin générale de therapeutique, 15 et 30 septembre, et 15 octobre 1883. Conférences de clinique et de therapeutique medicales), transcreveremos resumi-

(1) Traitement et curabilité des angines de poitrine. 1883.

damente os dous seguintes : Um doente que exercia a profissão de coureiro, foi consultal-o sobre accessos de angina de peito muito frequentes e dolorosos que sobrevinham-lhe sob a influencia da marcha, de um esforço, de uma emoção, etc.

Eram tão frequentes e tão intensos que estava á ponto de renunciar a sua profissão. Pelo exame verificava-se uma matidez preaortica de 6 centímetros, alguns batimentos arteriaes do pescoço, um levantamento evidente da arteria sub-clavea direita ; não havia nenhum ruido anormal ao nivel do orificio aortico, só a segunda bulha apresentava-se tympanica e clangorosa, como se sabe, especial ás mais ligeiras ectasias aorticas.

O infeliz não podia fazer o menor movimento sem ser ameaçado de um accesso e só a acção de despir-se provocou á vista do Dr. Huchard um accesso anginoso intensissimo e verdadeiramente aterrador.

Sob a influencia do nitrito de amyla no momento dos accessos, do iodureto de sodio na dóse de uma a duas grammas todos os dias regularmente, os accessos diminuíram de frequencia e intensidade e desapareceram completamente no fim de quatro mezes, não se verificando mais nem dilatação da aorta, nem elevação da sub-clavea, nem repercussão da segunda bulha aortica.

O doente pôde voltar á suas occupações, caminhar á vontade sem experimentar dôr alguma. Curou-se de sua aortite e de sua angina de peito.

Um outro doente, também observado pelo Dr. Huchard durante tres annos, não experimentou mais sob a influencia da mesma medicação accessão algum, podendo ser considerado curado.

A formula empregada por elle é :

Agua distillada. 100 gr.
Iodureto de sodio. 10 »

ás colherezinhas de café em um copo de leite.

Sem negarmos absolutamente os factos do Dr. Huchard, relativos ao resultado do seu tratamento, sem negarmos também que os dous medicamentos têm perfeita indicação na aortite aguda, no entretanto não acreditamos na curabilidade desta molestia, tanto mais quanto no quadro que apresentamos no capitulo da etiologia não existe nenhuma observação cuja terminação fosse favoravel e que portanto viesse modificar de alguma sorte o nosso modo de pensar.

Parece-nos que o tratamento que póde conseguir alguma vantagem na aortite aguda é o tratamento pelo iodureto de potassio ou mesmo de sodio, no que estamos de accordo com o Dr. Huchard, auxiliado dos revulsivos como meios topicos, não devendo nos esquecer dos outros recursos já enumerados que serão utilizados segundo as indicações do caso.

Finalmente, a hygiene não póde ser esquecida ; as emoções de qualquer natureza, os excessos de

todo o genero, os movimentos que, como é sabido, despertam o apparecimento dos accessos anginosos, devem ser evitados.

Eis o que ha de mais importante sobre o tratamento do aortite aguda.



OBSERVAÇÃO I

AORTITE AGUDA DE REPETIÇÃO COM INSUFFICIENCIA AORTICA.—ENDOCARDITE VEGETANTE.—SYMPHISE CARDIACA.—MORTE.—AUTOPSIA. (ENFERMARIA DO SR. DR. MARTINS COSTA.)

Guiseppi Carnavalli, italiano, de 32 annos de idade, casado, trabalhador, morador á rua de S. Leopoldo, entrou para a enfermaria dirigida pelo Sr. Dr. Martins Costa no dia 28 de Julho de 1883, indo occupar o leito n. 36.

ANAMNÈSE. — Refere achar-se doente ha nove para dez dias ; que sua molestia iniciára-se por febre e dôres pelo corpo, razão por que recolhêra-se á enfermaria do Cajú, de onde, decorridos tres dias, tendo a febre desaparecido completamente, retirou-se sentindo apenas extrema fraqueza e accessos de suffocação.

Não accusa antecedentes rheumaticos, syphiliticos nem alcoolicos.

ESTADO ACTUAL. — Apresenta extrema pallidez do tegumento externo; tem o corpo banhado de suôres frios e viscosos, e sua physionomia denota pro-

V13/303v

fundo desanimo. Tem dyspnéa, os movimentos respiratorios são em numero de 28. (É preciso notar, que esses symptomas não são permanentes, mas sim que se exhibem por meio de acessos mais ou menos afastados um dos outros). O exame do aparelho circulatorio revela; pela percussão—o coração notavelmente augmentado de volume, principalmente na zona occupada pelo ventriculo esquerdo; a região pre-aortica com excesso de obscuridade o que fez desde logo pensar em dilatação da porção ascendente e da crossa da aorta. Pela auscultação se encontra na base e no foco aortico, sôpro systolico propagando-se na direcção da aorta e sôpro dyastolico, aspirativo; na ponta não encontramos ruido algum anormal.

A escuta das arterias accessiveis aos meios de exploração dá, ora sôpro systolico, ora sôpro duplo (systolico e dyastolico).

O exame descobriu ainda : a ponta do coração batendo no sexto espaço intercostal esquerdo para fóra da linha mamellonar; a impulsão desse orgão muito energica, e todas as arterias, mesmo as menos perceptíveis, pulsando violentamente, havendo uma verdadeira dança das arterias.

A escuta dos pulmões faz descobrir estertores crepitantes no pulmão esquerdo, subcrepitantes seccos na base do direito.

A percussão indica claramente congestão do figado e baço.

As funcções digestivas são regulares, e a lingua se mostra ligeiramente saburrosa.

O doente accusa uma dôr violenta na região epigastrica diffundindo-se para a região sub-sternal e para o hypocondrio direito.

Urinas regulares : seu exame deu o seguinte resultado :

URÉA.— 11 grammas. 349 por litro ; reacção normal ; grande quantidade de uratos ; não contém assucar, nem albumina, nem gordura ; côr amarella clara.

A temperatura axillar 36,5. Pulso—80. Respiração 28.

MARCHA E TRATAMENTO.—Dia 1 de Agosto—Prescripção ; purgativo de sulfato de sodio; regimen lacteo. Injecção hypodermica de chlorhydrato de morphina.

DIA 2.—O estado do doente continúa o mesmo notando-se, entretanto, pelo exame da urina que a quantidade de uréa subiu a 16 grammas, 393 por litro.

DIA 3. — Os symptômas dyspneicos acalmaram-se, e os suores frios e viscosos que desalentavam o doente desapareceram.

Prescreveu-se o iodureto de potassio na dóse de 0,50 por dia.

DIA 4. — A quantidade de urina, que no primeiro dia era de 340 grammas, attingiu a cifra de 1048 grammas.

Até o dia 8 o doente passou perfeitamente bem, permanecendo em condições relativamente lisongeiras.

DIA 9. — Reappareceu-lhe a dôr na região epigástrica sob a fôrma de barra transversal ; as pulsações arteriaes augmentam de intensidade, e os suores de novo voltam ; o facies vae além da pallidez tomando uma coloração plumbea. A quantidade de urina é diminuida.

Injecção hypodermica de chlorhydrato de morphina. Iodureto de potassio, regimen lacteo.

DIA 10. — Os mesmos phenomenos.

DIA 11. — Queixa-se de que a dôr epigástrica se irradia para a região hepatica, onde se extingue.

DIA 12. — Attenuam-se estes symptomas até o dia 15 em que o doente se queixa de vertigens, tonteiras, pelo que prescreveu-se-lhe um purgativo salino.

DIA 16. — Passou bem.

DIA 17. — Voltam de novo os suores copiosos com recrudescencia dos batimentos arteriaes e dôr epigástrica.

DIA 18. — O doente tem diarrhéa acompanhada de dôres abdominaes. Prescreveu-se-lhe uma poção morphinada.

Desde essa occasião até o dia em que exigiu a sua alta, esses phenomenos apresentaram melhoras notaveis tornando-se raras as recrudescencias intermittentes.

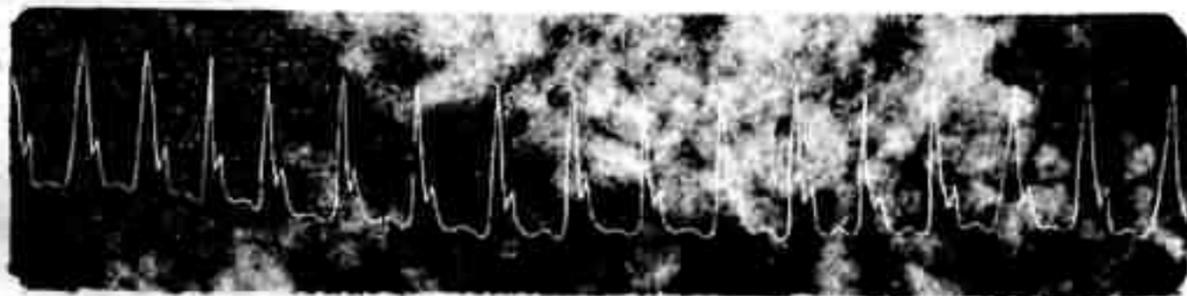
Esta primeira parte da observação extrahimos da these do Dr. Motta.

No dia 20 de Maio do anno passado (1884), o doente de novo entra para a mesma enfermaria e vai occupar o leito n. 31. Começa dahi a nossa observação.

Inquerindo do doente a sua historia elle nos diz ter tido rheumatismo, o que está em desaccordo com a primeira parte da observação. Não é alcoolico, nem syphilitico.

Refere-nos que voltára ao hospital a procurar allivio a sua molestia obrigando-se a usar os tratamentos que o atormentavam.

Acha-se extremamente debilitado, prostrado, pallido, com as scleroicas amareladas e endurecidas. As artérias principaes são duras e arterioscleroticamente. Accusa a memoria debilitada e a visão turvada. O coração apresenta-se grande e dilatado. Pela palpação, coração dilatado e de levantamento do périto. Pela auscultação, se ouve um sopro systolico e systolico diastolico no coração, sopro systolico no pulmão; sopro diastolico e systolico em todas as artérias principais do organismo. O figado e baço augmentado de volume; o primeiro doloroso á pressão. A lingua é um pouco saburosa; tem pouco appetite. Temperatura axillar 37,2; pulso 78, amplo, cheio, retrocedendo; movimentos respiratorios 20.



Traçado sphygmographico

DIA 21. — Temperatura 38°. Pulso 84. Respiração 22. Receitou-se 0,50 de sulfato de quinina.

DIA 22. — A temperatura tornou-se normal até o dia 25 em que prescreveu-se: purgativo de sulfato de sodio e 0,60 de sulfato de quinina depois do efeito purgativo, 2 litros de leite.

De 25 á 5 de Junho o doente faz uso constante do iodureto de potassio e do leite; toma ainda pequenas doses de sulfato de quinina por occasião dos accessos febris.

DIA 6. — Temperatura 37°,3. Pulso 96. Respiração 28. Sente dôres nos joelhos que o impedem de dormir e diz não ter evacuado ha dous dias; prescreveu-se sulfato de sodio e tinctura de iodo nos joelhos.

Do dia 7 á 15 a febre ora cessa, ora reaparece e o doente toma algumas doses pequenas de sulfato de quinina. Iodureto de potassio e leite são os medicamentos de que usa diariamente. Sente-se cada vez mais prostrado, abatido e sem appetite.

DIA 16. — Temperatura 37°,5. Pulso 95. Respiração 30. Está muito desanimado e queixa-se de ligeiro amortecimento do braço direito. Ligeiro edema peri-malleolar. Neste dia á noite, ao levantar-se do leito cahé hemiplegico e pouco depois morre.

DIA 17. — AUTOPSIA PRATICADA PELA MANHÃ. CAVIDADE THORAXICA. Pela abertura do thorax o primeiro phenomeno que nos chamou a attenção foi a adherencia das diversas serosas da caixa tho-

raxica entre si. Symphise cardiaca. O coração excessivamente augmentado de volume e gorduroso mede da base á ponta, 0,22. Do bordo do ventriculo direito ao do esquerdo, 0,19. A espessura da parede do vintriculo é de 0,4; a altura do mesmo ventriculo 0,16; a espessura do direito 0,2; altura do ventriculo direito 0,10 1/2. A circumferencia da base mede 0,39; a da ponta 0,26.

Este enorme coração modelado em cêra pelo Dr. Ossian Bonnet, é uma das peças mais curiosas do museo anatomo-pathologico e serviu de modelo para a estampa junta, onde se póde apreciar as dimensões do orgão, diminuidas de metade.

A aorta dilatada uniformemente, de côr alaranjada, coberta de placas atheromatosas diversas e esparsas. Todos os orificios que della partem acham-se dilatados e com placas de atheroma. Vegetações e placas de atheroma nos orificios das coronarias, que são sinuosas.

Valvulas aorticas muito distendidas e cobertas de vegetações; uma das valvulas mitraes espessada e apresentando uma grande vegetação. Grande congestão do systema venoso. Orificio da veia cava inferior muito dilatado, mede 0,6 de diametro. Os pulmões em perfeito estado, apenas adherentes em alguns pontos ás pleuras. Os glanglios peri-aorticos um pouco engorgitados.

CAVIDADE DO ABDOMEN.—Figado cardiaco com congestão mais sensivel do lobulo direito; a vesicula biliar contendo pouca bile. A superficie convexa e

concava do figado apresentam pequenos infarctus, dando sahida a um liquido branco-amarellado. Diametro horizontal 0,30 ; antero-posterior 0,23 ; altura 0,8. Circumferencia 0,92. Veias cavas muito turgidas. O baço enormemente congesto, com placas semelhantes ás do figado.

Diametro horizontal 0,19 ; diametro vertical 0,12 : altura 0,6 ; circumferencia 0,49.

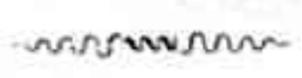
Os ganglios lymphaticos do abdomen congestos.

Os rins gordurosos e augmentados de volume ; o esquerdo um pouco mais e ligeiramente esbranquiçado.

CEREBRO.— A rêde venosa das meningeas congesta.

Placa hemorrhagica ao nivel da scisura de Sylvius do lado esquerdo. Grande coagulo de 0,9, occupando o ventriculo lateral do hemispherio esquerdo. Amollecimento da substancia cerebral perienvolvente.

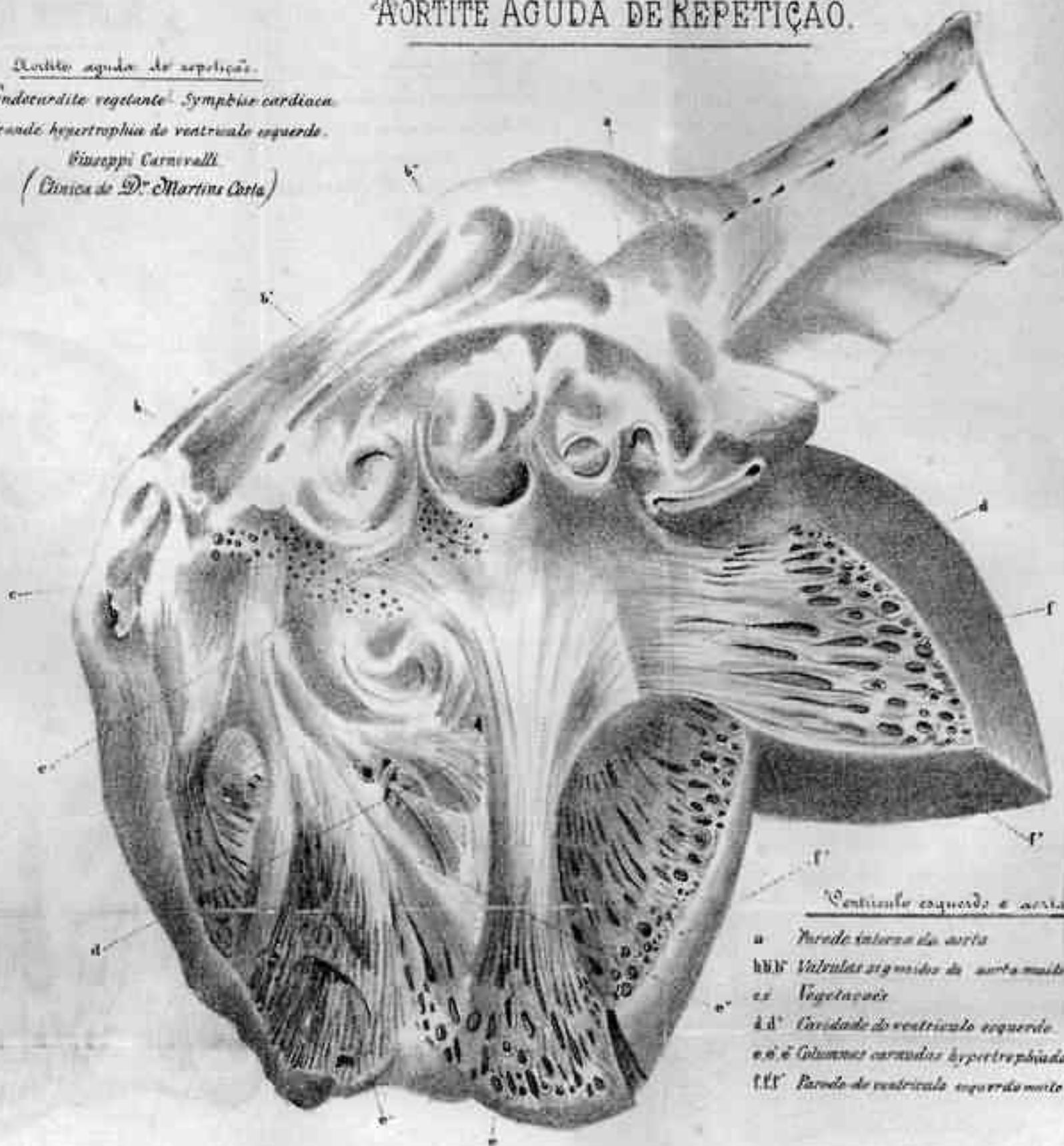
Derrame seroso no ventriculo lateral do hemispherio direito.



VI 3/207

AORTITE AGUDA DE REPETIÇÃO.

Aortite aguda de repetição.
Endocardite vegetante. Symphise cardiaca.
Grande hypertrophia do ventriculo esquerdo.
Giuseppe Carnovali.
(Clinica do D.^o Martins Costa)



1/2

Ventriculo esquerdo e aorta.

- a Parede interna da aorta
- b, b' Valvulas sigmoideas da aorta muito distendidas
- c Vegetações
- d, d' Cavidade do ventriculo esquerdo
- e, e' Columnas carneas hypertrophiadas
- f, f' Parede do ventriculo esquerdo muito hypertrophiada

OBSERVAÇÃO II

AORTITE AGUDA.— ANGINA DE PEITO.— MORTE.— AU-
TÓPSIA. (CLÍNICA DO SR. DR. MARTINS COSTA.)

Extrahida da these do Sr. Dr. Motta

João da Rocha Monteiro, hespanhol, de 20 annos de idade, residente a bordo da barca *Iris* entrou á 26 de Março de 1883 para o hospital da Misericordia e foi occupar o leito n. 34 da 9.^a enfermaria de medicina á cargo do Sr. Dr. Xavier.

Quando, abrindo-se as aulas da Faculdade, assumiu o Sr. Dr. Martins Costa a direcção da enfermaria e teve de examinal-o á primeira vez, esse doente achava-se com a face pallida, os labios algum tanto arroxados e notava-se-lhe batimentos visiveis das arterias das temporas e do pescoço, bem como ligeira dyspnéa.

A circulação capillar peripherica do pescoço e tronco algum tanto embaraçada, como se ividenciava pela compressão digital.

Interrogado, não accusa antecedentes de interesse. Nega ter jámais abusado do alcool ou soffrido de rheumatismo.

Informa que ha cerca de duas semanas estando a trabalhar foi surpreendido pela chuva, resultando-lhe uma suppressão de transpiração, seguida de febre e bronchite, que o obrigou a procurar o hospital.

A medicação ahi instituida, de accordo com o estado do doente, e que constava da papeleta, fôra um purgativo de oleo de ricino, poção stibio-opiacea e tisana peitoral.

Inquerindo dos symptomas objectivos e subjectivos apresentados por este doente encontrava-se: normal a temperatura axillar (37°,2 centig.); o pulso amplo, forte, depressivel e frequente (104 pulsações na radial); sua physionomia exprime anxiedade, bem desenhada nos rapidos movimentos de elevação e abaixamento das azas do nariz): 36 inspirações por minuto.

As arterias temporaes, carotidas, sub-claveas, radiaes, aorta abdominal e cruraes, são séde de exagerados batimentos.

Ha ligeiro edema das pernas.

A urina de colorido avermelhado, contendo pequeno deposito de muco, não indica aos reactivos apropriados traços de glycerina, nem de albumina.

Elle accusa dôr, ou antes sensação de calôr urente retro-sternal ao nivel dos dous terços inferiores do sterno e na região epigastrica. O coração é volumoso, sua ponta percute a parede thoraxica no sexto espaço intercostal esquerdo para fóra da linha mamellonar, e sua impulsão systolica muito

energica. A escuta revela na base do coração, propagando-se para a aorta e carotidas, sôpro rude prolongado, synchrono com o primeiro tempo da revolução cardiaca, bem como ligeiro sôpro aspirativo, dyastolico. Nenhum ruido anormal na ponta.

O exame do aparelho respiratorio mostra á percussão, ligeira sub-matidez na parte inferior do thorax ; á auscultação, estertôres sub-crepitantes humidos na base e sibilantes na parte média dos pulmões ; inspiração aspera, expiração prolongada nos apices. Tosse frequente.

A região epigastrica e hypocondrio direito salientes e ligeiramente abaulados. A pressão epigastrica desafia dôr. O figado augmentado de volume excede de tres dedos transversos o bordo inferior das falsas costellas. Ventre meteorizado.

DIAGNASTICO.— Aortite aguda, bronchite e congestão pulmonar.

MARCHA E TRATAMENTO— Dia 4 de Abril.— Prescreveu-se uma poção morphinada.

Externamente oito ventosas scarificadas na parte posterior do thorax. Dieta lactea.

DIA 5.— O doente acha-se mais alliviado, menos dyspneico, palpitações menos violentas do coração. Continúa no uso da mesma poção e do leite.

Nos dias 6, 7 e 8 o doente passou regularmente ; mas no dia 9, accusando constipação de ventre, prescreveu-se-lhe 40 grammas de oleo de ricino.

DIA 10. — Extrema prostração de forças, suores abundantes. Prescreveu-se uma poção tonica (cosimento de quina, leite e alcool) que foi continuada no dia 11.

DIA 12. — O doente accusa dôr espontanea na região epigastica propagando-se para o hypocondrio direito.

O figado acha-se muito augmentado de volume e doloroso á pressão. Prescripção : vesicatorio na região hepatica.

DIA 13. — A congestão hepatica pouco se modificou, pelo que prescreveu-se-lhe um purgativo salino. Á tarde deste dia teve uma hemoptyse, que continuou, porém, com menor intensidade, até o dia 14 pela manhã.

DIA 14. — O estado do doente é cada vez mais desanimador ; a dyspnéa tem augmentado notavelmente ; suores abundantes e viscosos cobrem-lhe o corpo ; a pelle é cyanotica, e elle accusa sensação de dôr intérna na parte média do sterno. Mandou-se-lhe applicar : sinapismos volantes ao thorax, injecções hypodermicas de chlorhydrato de morphina em agua de louro cereja, e a seguinte poção :

Hydrolato de valeriana.....	120,0
Ether sulphurico.....	2,0
Tintura de canella.....	4,0
Xarope simples.....	30,0

Para tomar uma colher de sopa de hora em hora.

O doente falleceu ás 8 1/2 horas da noite desse dia em seguida á um violento accesso de angina de peito.— Autopsia.

CAVIDADE THORAXICA.— Grande hypertrophia do ventriculo esquerdo com dilatação de sua cavidade e completa integridade das valvulas mitraes. Ligeira insufficiencia aortica como se verificou pela prova d'agua, mas sem alteração das sygmoides. Havia dilatação do anel fibroso.

A aorta consideravelmente dilatada, de paredes molles. Sua superficie interna é coberta de placas gelatiniformes numerosas que se estendem até a parte em que o vaso se bifurca em iliacas primitivas ; no intervallo comprehendido pelas placas, sua coloração é de côr alaranjada intensa.

Os pulmões estão congestos na base, notando-se infarctus em varios pontos.

CAVIDADE ABDOMINAL.— Fígado cardiaco. Baço pouco augmentado de volume. Os rins um tanto duros, congestos, sem processo sclerosico.

O exame micrographico das alterações aorticas, feito pelo Sr. Dr. Marcondes de Rezende deu o seguinte resultado.

A peça foi endurecida no alcool absoluto, que tem a propriedade de fixar os elementos em sua fórma.

Separando algumas placas e colorindo os córtes com glicerina e picro-carminato de ammonea, para obter a reacção electiva, observou-se o seguinte :

Na camada de Langhans existe uma infiltração pouco abundante de elementos embryonarios.

Na tunica média observou-se, ao contrario, uma grande quantidade de elementos embryonarios, geralmente esphericos, e alguns com uma fôrma ligeiramente oval. Verificou-se a existencia tambem de verdadeiras ulcerações nessa tunica com o seu grande diametro paralelo ao diametro longitudinal da arteria. Ellas contém, e acham-se completamente cheias de cellulas embryonarias geralmente redondas. Em alguns lugares esta infiltração é diffusa.

Na tunica externa observou-se tambem raras zonas, geralmente circulares, de elementos embryonarios que não se acham ao redor dos vasos, mas delles afastados.



V.13/311

PROPOSIÇÕES

V. 13/312



Cadeira de physica medica

Estudo especial sobre os thermometros clinicos

I

Os thermometros se fundam na propriedade que tem os corpos de se dilatarem sob a influencia do calor.

II

Os physicos estão de accordo em empregar de preferencia o mercurio na construcção dos thermometros clinicos.

III

São instrumentos destinados a precisar a temperatura do corpo humano e indispensaveis no exercicio da medicina.

Cadeira de chimica medica e mineralogia

Do permanganato de potassio e suas applicações em medicina

I

O permanganato de potassio é um corpo solido, crystallizado em agulhas prismaticas quasi pretas, de reflexos metallicos, inodoras e de sabor adstringente.

II

A propriedade chimica mais notavel do permanganato de potassio é o seu grande poder oxydante.

III

Além do emprego como anti-sceptico e anti-putrido, elle tem sido empregado ultimamente contra o veneno ophydico.

Cadeira de chimica organica e biologica

Alcaloides do opio e sua importancia em medicina

I

Os alcaloides do opio mais bem estudados são : a morphina, a narceina, a codeina, a thebaina, a papaverina e a narcotina.

II

A morphina, a cõdeina e a narcotina são as unicas empregadas em medicina.

III

O que tem, porém, mais importancia therapeutica é a morphina.

Cadeira de botanica medica e zoologia

Do pulex penetrans — seu estudo descriptivo

I

O pulex penetrans é um insecto da ordem dos dypteros, do grupo dos aphanipteros, da familia dos Pulycideos.

II

O pulex penetrans tem o corpo ovalar, achatado, de côr escura e composto de treze segmentos ; o primeiro formado pela cabeça ; os tres seguintes pelo thorax e os nove ultimos pelo abdomen, que é coberto de pellos numerosos e bastante longos.

III

Elle vive de preferencia nos lugares seccos entre a poeira e o lixo e ataca não só os animaes domesticos como ao homem.

Cadeira de pharmacologia e arte de formular

Do opio

I

O opio é o succo resinoso, concreto, fornecido pela *Papaver somniferum*, da familia das *Papaveraceas*, o qual se apresenta no commercio sob aspectos differentes, e de procedencias varias.

II

De todos os seus alcaloides é a morphina o mais importante e aquelle que confere ao opio o seu valor pharmacologico.

III

As preparações mais usadas em pharmacia são, além do opio bruto, os extractos, os vinhos, as tincturas, os alcaloides e seus saes.

Cadeira de anatomia descriptiva

Orgão central da circulação

I

Os nervos do coração provém de um plexo situado em baixo da aorta e que se chama plexo cardiaco.

II

Os seus ramos afferentes são fornecidos pelos pneumogastricos e grande sympathico.

III

Os efferentes, acompanhando os vasos, penetram no tecido proprio do orgão e ahi terminam.

~~~~~  
Cadeira de histologia

Do protoplasma cellular, e de sua importancia anatomica e dinamica na formação e manutenção da cellula

I

Do protoplasma, substancia essencialmente dotada de vida, origina-se a cellula.

II

É graças ao protoplasma e ao nucleo que se dão na cellula os phenomenos essenciaes que garantem a sua manutenção e reproducção.

III

Não se chegou ainda, apesar de estudos minuciosos, a observar a formação de uma cellula sem a preeistencia de outra cellula: *Omnis cellula ex cellula.*

~~~~~

Cadeira de physiologia

Da innervação cardiaca

I

O coração está sujeito em seu functionalismo á duas ordens de nervos, moderadores e acceleradores.

II

Os moderadores emanam dos pneumogastricos e os acceleradores do grande sympathico.

III

É o spinal que fornece ao pneumogastrico o seu poder moderador.

Cadeira de anatomia e physiologia pathologicas

Anatomia e physiologia pathologicas das atrophias musculares

I

As atrophias musculares ou as amyotrophias requerem como condição physiologo-pathologica indispensavel, a insufficiente nutrição da fibra muscular.

II

A atrophia muscular muitas vezes é simples ou physiologica, como a que se observa, por exemplo, com os progressos da idade.

III

Mais commummente ella é pathologica e se acompanha de modificações de estructura diversas, conhecidas pelos nomes de degenerescencias.

Cadeira de pathologia geral

Paralysias

I

As paralysias no rigôr da palavra são o resultado da abolição ou da diminuição notavel e persistente da contractilidade muscular.

II

Etiologica e pathogenicamente são organicas ou funcçionaes, centraes ou periphericas.

III

Em geral as paralysias variam de fórma e apresentam caracteres especiaes segundo a séde e a causa productora.

Cadeira de materia medica e therapeutica
especialmente a brasileira

Medicação revulsiva

I

Os revulsivos constituem um meio therapeutico de grande valor, sendo rara a molestia em que não são elles utilizados.

II

Os effeitos dos revulsivos são muito diversos e variados e sobre sua explicação existe ainda grande controversia.

III

Das theorias que procuram explicar o mecanismo da revulsão, a de Maurice Renaud é a mais accetavel.

Cadeira de pathologia interna

Lesões organicas do coração

I

Das lesões organicas do coração as mais comuns são as lesões das valvulas e dos orificios.

— 87 —

II

Caracterizam-se por estreitamentos dos orifícios e insuficiências das valvulas.

III

São mais frequentes no coração esquerdo do que no direito.

Cadeira de pathologia cirurgica

Feridas penetrantes do abdomen

I

As feridas penetrantes do abdomen são quasi sempre seguidas de lesões de órgãos importantes contidos na cavidade abdominal.

II

Uma complicação muito frequente nestas feridas, é a peritonite, quasi sempre mortal.

III

O tratamento não é sempre o mesmo ; depende de indicações especiaes.

Cadeira de anatomia topographica e medicina
operatoria experimental

Das operações reclamadas pelas collecções serosas

I

As operações reclamadas pelas collecções serosas mais frequentes na pratica são a thoracenceste, a paracenceste e a operação do hydrocele.

II

Ellas se praticam geralmente por meio de trocateres munidos de canulas para facilitar o escoamento da serosidade.

III

São operações simples que prestam muitas vezes immensos serviços ao medico e que são empregadas constantemente sem grande inconveniente para o doente.

~~~~~  
Cadeira de obstetricia

Embryotomia

I

Dá-se o nome de embryotomia á um grupo de operações que têm todas o mesmo fim, mutilar o fêto para extrahil-o.

II

A denominação de cada uma das operações que constituem a embryotomia provém do nome da parte que se apresenta.

III

É uma das operações mais graves da cirurgia obstetrica, porquanto sacrificando sempre o feto, põe muitas vezes em perigo a vida da mulher.

Cadeira de hygiene e historia da medicina

Dos meios de repressão do abuso das bebidas alcoolicas na cidade do Rio de Janeiro

I

Si fosse possivel a repressão do abuso das bebidas alcoolicas na cidade do Rio de Janeiro, os meios para tal fim deviam partir do poder legislativo.

II

Do auxilio que ao Governo podiam prestar as diversas instituições, principalmente a Junta de Hygiene Publica.

III

De sufficiente instrução e educação moral dada ao povo de modo á fazel-o comprehender os effeitos perniciosos do abuso das bebidas alcoolicas.

Cadeira de medicina legal e toxicologia

Da superfetação

I

O facto de segunda concepção operar-se no curso de uma prenhez constitúe a superfetação.

II

Deve-se distiaguir em medicina legal a superfetação da superfecundação ou superconcepção.

III

A questão da superfetação é difficil de ser sustentada em medicina legal, porquanto ella não resiste á um exame severo.

Primeira cadeira de clinica medica

*Das condições pathogenicas do delirio nas affecções organicas do coração*

I

É da hyperemia passiva habitual do encephalo que se deduzem as condições pathogenicas do delirio nas affecções mitraes do coração.

II

O delirio nestas condições indica, que o doente tem chegado ao ultimo periodo da affecção cardiaca.

III

É tão grave esse symptôma que, quando se mostra, annuncia quasi sempre a terminação proxima e fatal.

**Segunda cadeira de clinica medica de adultos**

*Da gotta, seu diagnostico e tratamento*

I

A urecemia ou o excesso de acido urico no sangue constitúe o principal factor da dyscrasia gottosa.

II

A herança morbida é um dos principaes elementos do diagnostico das manifestações visceraes da gotta.

III

O carbonato de lithio é um dos agentes therapeuticos mais efficazes no tratamento curativo da diathese gottosa ; o colchico o mais energico contra a dôr da arthrite gottosa.

Primeira cadeira de clinica cirurgica

Da occlusão intestinal

I

A parada mais ou menos persistente das materias fecaes no trajecto do intestino caracteriza o estado morbido — occlusão intestinal.

II

É tão grande a multiplicidade de causas da occlusão intestinal quanto a variedade de tratamentos.

III

O tratamento cirurgico é geralmente o ultimo recurso a empregar-se e segundo as indicações, operações diversas podem ser praticadas.



# Hippocratis Aphorismi

I

Morborum acutorum non in totum certae sunt prænuntiationes neque salutis, neque mortis.

(Sect. II, Aph. 19.)

II

Morbi acuti intra dies quatuordecim judicatione terminantur.

(Sect. II, Aph. 23.)

III

Circa initia et fines omnia sunt levissima, at circa vigores vehementissima.

(Sect. II, Aph. 30.)

IV

Et qua corporis parte calor inest aut frigus, ibi morbus est.

(Sect. IV, Aph. 39.)

V

Dolores et in lateribus et in pectore et in cœteris partibus, nûm multum differant perdiscendum.

(Sect. VI, Aph. 5.)

VI

Ex pulmonis inflammatione phrenitis malum denunciat.

(Sect. VII, Aph. 12.)



V. B. 13/11/11

Esta these está conforme os estatutos.  
Rio de Janeiro 9 de Outubro de 1885.

*Dr. C. Barata.*

*Dr. P. S. de Magalhães.*

*Dr. Bernardo Alves Pereira.*