

jecto de serios estudos em outras provincias, onde teem sido observados casos analogos. Já temos publicado sobre este assumpto alguns trabalhos de importancia que os nossos leitores conhecem.

A molestia tem sido muito mortifera, e pouco docil ao tratamento pharmaceutico. Os meios que parecem ter produzido melhores effeitos são: na forma paralytica, revulsivos ao longo da espinha dorsal, strychnina, calomelanos, e por fim banhos de mar; na edematosa, purgativos resinosos e salinos, os diureticos, e ás vezes o sulfato de quinina. Quando o doente é anemico, são indispensaveis o ferro, a quina, e os alcoolicos; nos individuos dados ás bebidas espirituosas o que mais aproveitada são os purgantes salinos, os drasticos (especialmente o elaterio), sem excluir os remedios hematicos, se coexiste a pobreza de sangue, como de ordinario succede.

Os casos admitidos no hospital da Caridade, no periodo referido, foram em menor numero do que em igual epocha do anno anterior.

Segundo um documento publicado ultimamente nos *Archives de Médecine Navale*, e do qual em outra occasião daremos mais extensa noticia, tem-se observado em Havana uma molestia semelhante.

O *Boston Med. & Surg. Journal*, de 10 de outubro ultimo, dá relação minuciosa de 5 casos de uma paralytia especial (*peculiar paralytic affection*) muito semelhante nos symptomas e na marcha á forma paralytica da molestia que aqui temos observado, com a differença de não ter sido fatal nenhum dos cinco casos, curando-se ou melhorando os doentes sob um tratamento variado, e do qual fizeram parte a quinina, o ferro e a electricidade.

Estas observações, feitas pelo Dr. Upham no *City Hospital*, e referidas pelo Dr. C. E. Kemp, medico interno, motivaram uma certa estranheza a estes facultativos, dos quaes o ultimo conclue assim as suas reflexões:

« Este grupo de casos é interessante, pois que revela uma manifestação nova, de alguma sorte, de paralytias que appareceram sem causa satisfactoria, em individuos (pela maior parte) de constituição robusta, e em bom estado de saude anterior. O apparecimento de paroxismos de dor nas extremidades inferiores em quatro d'esses casos é bastante notavel.

O uso da batteria thermo-electrica pareceu util como estimulante brando dos musculos das partes affectadas, como substitutivo, talvez, do exercicio activo, que, em tal estado de cousas, não podia ter applicação. »

Em todos estes casos pareceu efficaz a

dieta restaurante, e o tratamento tonico, dando-se, porem, alternativas para melhor e para pior.

Se as paralytias observadas em Boston, no inverno de 1866 para 1867, não são identicas ás nossas, e ao *barbiers* da India, a sua notavel analogia com ellas authorisa-nos a mencional-as aqui, assim como o tratamento que melhor as combateu, na esperanza de que, em uma molestia tão rebelde até agora ao tratamento geralmente empregado, não será inutil ensaiar os meios que se mostraram efficazes em casos analogos.

L.

REGISTRO CLINICO.

ALGUNS CASOS DE ANEURISMA INTRA-THORACICO;
AUTOPSIA E COMMENTARIOS.

Pelo Dr. J. F. da Silva Lima,
Medico do Hospital da Caridade.

II.

Aneurisma duplo da aorta thoracica; compressão da trachea, do esophago, e das arterias carotida primitiva e sub-clavia esquerdas; obliteração d'esta ultima na sua origem; morte subita; autopsia.

Joaquina Raymunda, africana, viuva, liberta, de 60 annos de idade, moradora no Rio Vermelho, entrou para a enfermaria d'Assumpção, no Hospital da Caridade, em 12 d'Agosto de 1865; vivia do trabalho do campo, e sempre gozou de saúde regular até ha cerca de quatro ou seis mezes, quando lhe sobreveio o *puxamento*, (*asthma*), que agora a incommoda, e que a trouxe ao hospital; cança quando caminha ou trabalha, e de tempos em tempos é sujeita a fortes accessos de suffocação, respirando com difficuldade e ruido; é de temperamento sanguineo; estatura abaixo do commum; tem o pescoço curto e grosso, e o busto um tanto inclinado para diante; o hombro direito é um pouco mais alto, mas o vertice do thorax é mais cheio á esquerda, onde a fossa supra-clavicular é quasi rasa.

As veias jugulares esquerdas são muito dilatadas, assim como as cutaneas da parte superior do thorax. As jugulares direitas intumescem consideravelmente a cada expiração, e com ellas toda a base do pescoço do mesmo lado, mas esvasiam-se rapida e completamente no começo de cada inspiração, o que as jugulares esquerdas só fazem muito incompletamente, e no fim da inspiração.

Não existe pulso venoso, nem são exaggeradas as pulsações arteriaes; tambem não ha ne-

nhuma em lugar insolito, visivel ou apreciavel ao tacto, em ponto algum do thorax. Não ha edema da face, nem de nenhuma outra parte do corpo.

A respiração é pausada, laboriosa, prolongada, e estridula, como asthmatica; a doente respira quasi sempre com a boca fechada; a falla é quasi sempre appressada, mas logo interrompida, por ter a doente de tomar uma longa inspiração; existe ás vezes aphonia, que desaparece em um grande esforço de expiração.

Percutindo o thorax encontra-se ressonancia normal por toda a parte, menos nas regiões infra e supra—claviculares do lado esquerdo, onde o som é menos claro do que á direita.

A respiração é bronchica á esquerda, no vertice do pulmão; pueril na mesma região, á direita; e em uma e outra ruidosa e sibilante; normal na base de ambos os pulmões.

A expiração prolonga-se por tempo duplo do da inspiração.

O som massivo precordial não excede os limites normaes; a impulsão cardiaca é fraca na região respectiva; ha, porem, um choque, mais sensivel ao ouvido do que mesmo ao tacto, ao nivel da articulação sterno-clavicular esquerda, isochrono á systole ventricular.

Não se ouve sopro, nem outro qualquer ruido anormal, nem no coração, nem no decurso de nenhum dos grandes vasos thoracicos ou cervicaes.

O pulso dá 70 pancadas por minuto, é regular quanto á força e ritmo; é, porem, apenas perceptivel na radial esquerda, differença que se sente até á subclavia; as pulsações da carotida esquerda são mais fracas do que as da carotida e sub-clavia direitas.

A doente continuou a ter no hospital os mesmos accessos de suffocação, que começavam ordinariamente de noite, mas que se prolongavam por dous, tres e mais dias, com algumas curtas remittencias; havia constantemente uma expectoração copiosissima, muito espumosa, de um liquido incoloro, misturado de muco mais ou menos espesso, viscoso e que era mais abundante quando a respiração era mais difficil; uma tosse pertinaz e rouca, muito semelhante á do croup, acompanhava estes accessos, e diminuia nos intervallos; a respiração era, em taes occasiões, sibilante como na asthma; nos intervallos era calma, porem se a doente fallava, percebia-se logo, nas longas e ruidosas inspirações que fazia, a difficuldade do ingresso do ar nos pulmões.

O juizo que pudé fazer da causa de todas estas desordens nas funcções dos órgãos respiratorios, e nas dos vasos sanguineos accessiveis á vista e ao tacto, foi—que algum tumor com-

primia simultaneamente o bronchio esquerdo, e as arterias carotida e subclavia esquerdas, especialmente esta ultima, e que este tumor era, com toda a probabilidade, um aneurisma da crossa da aorta, comprehendendo o ponto d'emergencia d'estes dous vasos. Outros collogas, que examinaram comigo a doente especialmente os Srs. Drs. Paterson e Galdas, convieram n'esta opinião.

Havia, entretanto, uma objecção, e era que um tumor qualquer que se extendesse da origem da subclavia esquerda, até comprimir o bronchio do mesmo lado não deixaria de comprimir tambem parte do pulmão correspondente, e dar á percussão, na respectiva região, um som notavelmente massivo, o que não acontecia; o som ahí era apenas um pouco menos claro do que do lado opposto.

A permanencia, porem, dos de mais symptomas, sem que nenhum novo phenomeno se explicasse por outra forma, ou os contradissesse, tornou aquelle diagnostico o unico plausivel.

Mais tarde começou a doente a ter alguma difficuldade em engolir alimentos solidos, e a trachea desviou-se sensivelmente para a direita; as pulsações da subclavia esquerda percebiam-se fracamente, e estavam de todo abolidas na radial correspondente, até que, no 1º de dezembro, perto de 4 mezes depois da entrada da doente para o hospital, não se podia reconhecer o menor movimento, nem na subclavia, nem na radial, continuando, todavia, a carotida visinha a pulsar, mais fracamente que d'antes.

As notas até o dia 17 de dezembro mencionam mais alguns ataques de suffocação; n'esse dia, porem, a doente estava placida, respirava como nos seus melhores intervallos, e reconhecia-se alliviada, podendo dormir deitadã, o que, em verdade, só deixava de fazer em quanto duravam os ataques de dyspnéa; as pulsações arteriaes, que havia mais de quinze dias tinham cessado na sub-clavia esquerda, começavam de novo a perceber-se bem distinctas alli, e apenas sensiveis na radial, augmentando gradualmente, até que, do meado de janeiro em deante, facilmente se tomava o pulso no braço esquerdo, sendo, sem duvida alguma, a pulsação da radial mais forte do que era no começo da observação.

Na carotida esquerda as pulsações pareciam diminuir de força progressivamente, mas eram facilmente reconhecidas, e nunca desapareceram no decurso da molestia. Continuou este estado de cousas até o fim de fevereiro, soffrendo a doente os costumados accessos de suffocação mais ou menos prolongados, com curtos intervallos de remissão nos soffrimentos,

até que, no dia 1.º de março, sobreveio um acesso que se prolongou mais do que os outros; a temperatura do corpo foi diminuindo; a respiração foi-se cada vez dificultando mais; havia impossibilidade de conservar-se a doente em outra posição senão assentada, ou recostada; havia suores frios abundantes, e, finalmente, todos os symptomas de uma asphyxia imminente, até que, no dia 7 de março, ás 7 horas da noite, pouco depois de ter tomado alguns goles de chá, a doente cahiu subitamente de costas na cama, e d'ahi a poucos instantes estava morta.

Autopsia, 15 horas depois da morte.

Em presença dos Srs. Drs. Paterson, Caldas, Wucherer, e ajudado por alguns alumnos da escola de medicina, procedi á abertura do cadaver. Nada notavel no habito externo; alem do *rigor mortis*, e o desvio da trachea para a direita.

Aberto o thorax encontramos: um pequeno derrame na pleura esquerda; algumas legeras adherencias dos pulmões á pleura e ao pericardio; ambos os pulmões fortemente congestos, lividos, especialmente na base e posteriormente; a trachea muito desviada para a direita, embaixo, assim como o esophago; um tumor aneurismal do tamanho de um ovo de galinha, situado na crossa da aorta, entre as origens da carotida e subclavia esquerdas; o sacco aneurismal muito menos espesso do que a parede da aorta, e forrado por camadas concentricas de concreções fibrinosas, era mais alto do que largo, e a sua abertura, situada na parede superior da arteria, era oval, podendo admittir as cabeças reunidas dos tres primeiros dedos, e de menor diametro do que a cavidade; depois de tiradas as concreções mais periphericas, as quaes eram esbranquiçadas e granulosas, podia-se facilmente virar o sacco para dentro da aorta; tanto a carotida primitiva como a subclavia esquerda eram comprimidas nas suas origens, e afastadas uma da outra; as suas paredes confundiam-se por um dos lados com o tumor, na extensão de meia pollegada, pouco mais ou menos, mas as suas cavidades não communicavam com a do aneurisma; a carotida communicava com a aorta por uma abertura alongada e estreita, situada ao lado da do sacco aneurismal; a subclavia, porem, estava impervia na sua origem, a qual se reconhecia do lado da cavidade da aorta por uma pequena depressão, situada tambem muito proxima á abertura do sacco; por mais diligencias que eu fizesse, assim como o Sr. Dr. Paterson, não nos foi possível passar o mais fino estylete da subclavia para a cavidade da aorta; a obliteração da arteria era feita por uma especie de batoque fibrinoso adherente ás suas paredes, e prolongando-se para dentro da ca-

vidade arterial por uma especie de cauda solta, de algumas linhas de extensão; todas as arterias que fornece a subclavia estavam pervias sendo para notar que a vertebral era muito mais volumosa do que a do lado direito (1).

Na parede posterior da crossa da aorta havia outro tumor aneurismal, cerca de tres vezes maior do que o primeiro, comprimindo fortemente a trachea de encontro á columna vertebral; o esophago, desviado para a direita com a trachea pelo primeiro aneurisma, passava ao lado esquerdo do segundo sem lhe adherir; a trachea, pelo contrario, adheria por tal forma ao sacco aneurismal, que não foi possível separal-os, e conservam-se unidos na peça pathologica. A cavidade do sacco estava quasi cheia de coalhos, e de concreções fibrinosas, e suas paredes eram mais delgadas do que as do outro aneurisma; no ponto de adherencia com a trachea faltava o sacco inteiramente, supprindo o seu lugar uma porção da face anterior da mesma trachea, da qual se viam quatro anneis perfeitamente nús, depois de tirados os coalhos. A abertura d'este sacco era na parede posterior da crossa da aorta, de figura oval, um pouco maior do que a do outro aneurisma, do qual distava, no ponto mais proximo, uns dous centimetros, sendo a parede da aorta intermedia perfeitamente sã, assim como no resto de sua extensão. O ponto de adherencia do aneurisma á trachea era immediatamente acima da bifurcação d'esta, ficando perfeitamente livres os dous bronchios.

Este aneurisma estava por pouco a romper-se para a trachea, em cuja mucosa havia uma larga echymose no logar correspondente á adherencia.

Vê-se no precedente caso que os primeiros symptomas da molestia, ou, pelo menos, os primeiros incomodos que accusou a doente foram paroxismos de suffocação em periodos mais ou menos regulares, que ella qualificava de *puxamento*, como vulgarmente é designada a asthma, e que tinham realmente com esta molestia a maior similhaça, havendo até sido, em tempo, tratada como tal. Mas outros symptomas que acompanhavam estes paroxysmos de suffocação, e que persistiam depois d'elles, taes como a differença de nivel dos dous hombros; o som obscuro á percussão na parte superior e lateral esquerda do peito; a differença na força das pulsações das arterias dos membros thoracicos; a dilatação das veias cervicaes esquerdas, e a difficuldade em se esvaziarem, mesmo na posição vertical da doente, quando comprimidas na sua porção mais elevada; a ausencia de lesão

(1) Foram ambas conservadas na peça pathologica.

pulmonar manifesta, de febre etc; todas estas circumstancias me levaram a pensar que um tumor comprimia a trachea ou o bronchio esquerdo, e o tronco venoso brachio-cephalico do mesmo lado, e que este tumor era, com a maxima probabilidade, um aneurisma da crossa da aorta, o qual eu reputava assaz volumoso para comprimir simultaneamente a porção terminal do tubo aereo ou uma das suas primeiras divisões, e a origem das arterias subclavia e carotida primitiva esquerdas. Os livros classicos tem-nos acostumado a ligar a ideia de aneurisma á de ruido de sopro, simples ou duplo, ou modificado por mui variados modos, mas um sopro, em todo caso, acompanhando a dilatação arterial. Ora, tanto n'este como em alguns outros casos por mim anteriormente observados, nenhum ruido de sopro, ou qualquer outro anormal acompanhava os movimentos arteriaes ou cardiacos. A ausencia de ruido, por tanto, não invalidava o meu diagnostico, pois que alguns authores mencionam, e eu já tinha encontrado aneurismas thoracicos sem nenhuma especie de ruido, *silenciosos*, na expressão do Dr. Walshe, o qual sobre este assumpto acrescenta: « a respeito da frequencia relativa d'estes diversos estados acusticos nada posso affirmar de positivo, nem se encontram em parte alguma, que eu saiba, os elementos para isso. Mas o facto de que o ruido é muitissimo menos frequente do que o inculcaria a linguagem da maxima parte dos escriptores, é que não deixa a minima duvida a quem tem o habito da observação clinica. Outro facto não conhecido geralmente, ou que, de ordinario, passa desapercibido, é que as condições do som ou ruido sobre um aneurisma variam não só nos diferentes periodos da molestia, mas até, ás vezes, de dia para dia nas varias posições e em diversas phases do acto respiratorio » (2).

O desvio da trachea, o embaraço na deglutição e a aggravação de todos os symptomas durante muitos mezes, vieram depois reforçar as bases do diagnostico, confirmado mais tarde pela autopsia, com a differença de que em vez de um aneurisma volumoso que comprimisse o bronchio esquerdo, ou a bifurcação da trachea e a origem da subclavia esquerda, havia dous aneurismas pequenos, um em cada um d'estes pontos extremos.

Não deve passar desapercibido um facto que se deu n'este caso, e vem a ser o desaparecimento e reaparecimento das pulsações arteriaes do membro thoracico esquerdo. Poucos observadores terão tido, talvez, sob suas vistas por tanto tempo, um caso de aneurisma em que se

tenham mais claramente manifestado semelhantes phenomenos. O pulso esquerdo, á principio apenas mais fraco do que o direito, desapareceu de todo, havendo completo repouso em todas as arterias até á subclavia, para reaparecer mais tarde, conservando a carotida visinha uma pulsação inferior em força e volume á do lado opposto. A minha interpretação destas occurrencias foi a seguinte: alguns coalhos obstruíram temporariamente a subclavia no todo e a carotida primitiva em parte; dissolvendo-se aquelles, porem, ao nivel d'aquella arteria, ou distendendo-se mais o sacco, tornou-se o vaso novamente pervio. Eu suppunha que ambas as arterias emergiam do aneurisma.

Isto parecia tão bem explicado que nem me occorreu a ideia de que podesse ter acontecido de outro modo. A autopsia mostrou depois quam fallaz e inconsistente era a minha theoria, e que a cousa se tinha passado por mui diverso mechanismo. O pequeno aneurisma originado entre a raiz das duas arterias foi crescendo e comprimindo-as gradualmente, a uma mais do que a outra, e d'ahi a pequenez progressiva do pulso radial, e a sua completa extincção quando a subclavia se obliterou de todo. O reaparecimento ulterior do pulso comprehende-se facilmente considerando que o coalho fibrinoso que obliterou a arteria não se extendia até á origem da vertebral, e que por esta se estabelecera a circulação retrograda, bastante a prover á nutrição do membro, como o indicava o proprio facto da quasi inteira restauração do pulso em pouco mais de quinze dias.

Astley Cooper, e Hodgson observaram casos de obliteração completa da carotida primitiva e da subclavia, por effeito de compressão de aneurisma, factos que me não eram conhecidos ao tempo da observação precedente.

Os paroxismos de suffocação, e a difficuldade de engulir que mais tarde se reuniu aos demais symptomas, ficam inteiramente esclarecidos pela autopsia, e dispensam quaesquer commentarios.

RESENHA THERAPEUTICA.

Extracto de quina em alta dóse no tratamento da pustula maligna. O Sr. Goupil de Paillières sustentou uma these sobre este assumpto, presidida pelo Sr. Bouchardat, cujas conclusões, referidas por este em seu *Annuario de Therapeutica* do anno passado, são as seguintes:

1.º O tratamento da pustula maligna e das affecções carbunculosas deve ser cirurgico e medico.

2.º Deve-se ter pressa em destruir as pustulas.

(2) Op. cit. p. 461.