Observação XVII

Cadáver de individuo do sexo masculino: 58 anos.

Esclerose arterial e das válvulas sigmoides aorticas e pulmonares.

Injecção pela mistura de cera e sebo córada pelo azul ultramarino.

Neste exemplar o inicio do canal torácico, encontra-se ao nivel do corpo da 11.ª vértebra dorsal.

Resulta da união de dois troncos verticalmente ascendentes que se encontram injectados desde a 1.ª vértebra lombar.

Estes dois troncos são um anterior e outro posterior: o tronco posterior está colocado um pouco à direita do anterior indo depois, durante o seu percurso, inclinando-se para a esquerda e crusando o tronco anterior pelo seu lado posterior passa a colocar-se-lhe à esquerda na sua terminação.

A origem do canal está um pouco à direita da linha média mas logo se inclina para ela, atingindo-a e ultrapassando-a, de sorte que, a partir da 9.ª vértebra dorsal, o trajecto do canal, faz-se ao longo do lado esquerdo da coluna vertebral.

Assim segue o canal, sem irregularidades de trajecto, nem flexuosidades até atingir a 1.ª articulação costovertebral e só nessa altura se curva para fóra e um pouco para baixo imergindo no ângulo venoso de Pirogoff, por um só ramo.

Junto do início do canal existe uma disposição perfeitamente análoga a uma outra já descrita.

Um ramo, logo na origem do canal, sai dêste e seguindo para fóra e para baixo, curva-se, torna-se obliquamente ascendente para fora, torna a curvar-se, agora para dentro, e, subindo sempre vai mergulhar de novo no canal, a 2 centímetros e meio após a sua origem.

Este ramo circunscreve juntamente com o ducto torácico, um espaço com a área aproximada de 6 a 7 centímetros quadrados, onde se vê o disco intervertebral que separa a 10.ª da 11.ª dorsais.

É pois um ramo que sai do canal e a êle volta constituindo-se assim uma *insula*.

Á altura da 5.ª dorsal, o canal recebe um tronco descendente eferente de qualquer grupo ganglionar do mediastino posterior.

O calibre do canal, a princípio, não é superior ao do tronco anterior que lhe dá origem, sendo o volume dêste tronco um pouco exagerado também por se ter feito a injecção por êle e por conseguinte ter sido distendido violentamente.

No entanto o calibre do canal não é superior a 3 milímetros na maior parte da sua extensão e também se não observa qualquer dilatação na confluência dos colectores, que se possa chamar cisterna de Pecquet.

Junto da 3.ª articulação costo-vertebral, o calibre do canal começa a aumentar atingindo o seu máximo junto da 2.ª articulação costo-vertebral: depois diminue de novo, apresentando, porêm, junto da terminação uma nova dilatação, no entanto menos apreciável que a 1.ª.

As válvulas neste exemplar são pouco abundantes.

Efectivamente só na porção torácica superior e na porção cervical, encontramos estrangulamentos que lhes correspondam.

A partir da 3.ª articulação costo-vertebral, contam-se perfeitamente 4 válvulas.

Os troncos de origem do canal e o tronco da derivação lateral, são, pelo contrário providos abundantemente de válvulas.

Observação XVIII

Cadáver de individuo do sexo feminino: 43 anos: tuberculose pleuro-pulmonar bilateral.

Injecção pela mistura de cera e sebo, sem matéria corante [1].

A pesquisa do canal foi extraordináriamente dificultada, pela exigùidade do calibre dos troncos colectores e do próprio canal.

O tronco colector que foi possível injectar, é um tronco direito, que ficou repleto desde a 1.ª vertebra lombar.

Esse tronco sobe inclinando-se para a linha média e junto do disco intervertebral que separa a 11.ª da 12.ª

---

[1] Neste exemplar injectámos também a crossa da aorta e os troncos arteriais que dela saem, a veia cava e os troncos que a formam, o sistema azigos e deixámos no seu lugar parte do esófago torácico e a traqueia.

dorsais, junta-se com um 2.º tronco, que ficou injectado recurrentemente numa extensão de 2 centimetros, originando o ducto torácico.

O canal sobe verticalmente cruzando, à altura da 10.ª dorsal, a crossa da pequena azigos, segue ao longo do lado esquerdo da grande azigos, atraz do esòfago, obliqúa para a esquerda passando pelo lado postero-interno da crossa aortica e seguindo a face posterior da subclávia esquerda numa pequena extensão, vem colocar-se por detraz e um pouco por fora da carótida primitiva do mesmo lado.

Acompanha êste vaso num percurso de 3 a 4 centimetros, e, ao nivel da 7.ª vértebra cervical curva-se para fora depois para baixo passa adiante da veia vertebral e vem desaguar, por um só ramo na confluência das veias jugular interna, subclávia, vertebral e escapulares posteriores do lado esquerdo.

O calibre do canal é exiguo em toda a sua extensão.

Não existe qualquer dilatação após a confluência dos colectores que lhe dão origem.

Apenas junto da terminação o canal se alarga um pouco formando uma ampoula cujo calibre máximo, não passa no entanto de 4 a 5 milimetros.

Não existem tambêm flexuosidades dignas de nota.

As válvulas são pouco abundantes, apenas se notando algumas na crossa terminal do ducto torácico.

Resta-nos fazer referência a um pequeno tronco que entra no canal à altura da 10.ª vértebra dorsal.

É nm colector de calibre bem reduzido que se encontra injectado apenas numa extensão de dois ou três centímetros e que penetra no canal pelo seu lado direito.

Pelo seu trajecto ascendente parece-nos tratar-se de um colector abdominal.

A ser assim a verdadeira origem do canal torácico seria apenas nesta altura e não ao nível do bôrdo inferior do corpo da 11.ª dorsal.

Observação XIX

Cadáver de indivíduo do sexo feminino: 51 anos.

Sebrecarga gordurosa do miocárdio.

Injecção pela mistura de cera e sebo corada pelo pó de raís de orcaneta.

Neste exemplar, em virtude de disseções prévias, apenas pude aproveitar a parte do canal torácico a partir da 10.ª vértebra dorsal.

O ducto torácico segue verticalmente afastando-se muito pouco da linha média da coluna vertebral até junto da 5.ª dorsal.

Nessa altura o canal lateralisa-se para a esquerda, mas não chega a atingir as articulações costovertebrais.

Caminha assim verticalmente num percurso 8 a 10 centímetros e à altura da parte média do corpo da 1.ª dorsal o canal bifurca-se dando dois ramos, em supero-interno e outro infero-externo.

Após um percurso livre de centímetro e meio, os dois ramos em que o canal se bifurca lançam-se por um orifício comum no ângulo venoso habitual, limitando assim um espaço que deve ter a significação de uma *insula*.

O calibre do canal diminue um pouco a partir do ponto donde se encontra injectado, até à altura da 7.ª vértebra dorsal.

Aí, pelo recebimento de um tronco descendente, mediastino, ou intercostal, o calibre do canal aumenta, pára, à altura da 5.ª dorsal diminuir de novo.

Daí para cima o calibre do ducto torácico conserva-se constante e aproximadamente de 3 milímetros de diâmetro.

Os ramos em que o canal se divide tem um calibre igual ao do próprio canal.

A distribuição das válvulas parece-nos normal.

Não se encontram, senão raramente na porção abdominal e na porção torácica, vendo-se uma antes da bifurcação do canal, já na porção cervical e algumas nos dois ramos em que o ducto se bifurca, principalmente no ramo supero-interno.

Observação XX

Cadáver de indivíduo do sexo masculino; 8 anos de idade.

Tuberculose pulmonar.

Injecção pela mistura de cera e sebo, sem matéria corante.

Neste exemplar o canal começa ao nível da 12.ª vértebra dorsal.

Resulta da confluência de dois troncos, um direito outro esquerdo, dos quais o direito tem um calibre bem maior e que apenas ficaram injectados uma extensão de alguns milímetros.

O canal sobe com muitas flexuosidades, ladeando a grande veia azigos pelo seu lado esquerdo, passando adiante da crossa da pequena azigos, à altura da 8.ª vértebra dorsal.

Continúa subindo pela linha média da coluna ver-

tebral e à altura da 4.ª dorsal inclina-se para a esquerda passando pelo lado postero-interno da crossa da aorta.

Segue entre a artéria subclávia e a carótida primitiva esquerdas não sendo visível pelo lado esquerdo da preparação e não tendo porconseguinte quaisquer relações com o pulmão esquerdo.

Chegando à altura da 7.ª cervical, o canal torna-se visível porque se inclina para fora e para baixo, descrevendo uma crossa e vindo lançar-se no ângulo venoso formado pela confluência das veias jugular interna, jugular externa e subclávia, do lado esquerdo, abrindo por um único orifício e sem divisão na sua porção terminal.

O calibre do canal é muito reduzido, tendo sido muito difícil a sua injecção porque não foi possível introduzir-lhe no seu interior a cânula de injecção mais estreita que tinhamos ao nosso dispôr.

Tivémos por isso de nos servir de uma simples agulha.

A porção torácica do canal ficou muito deficientemente injectada.

No entanto o diâmetro do canal na porção abdominal é de 2 milimetros tendo na porção terminal da crossa uma pequena dilatação que não ultrapassa 4 milímetros de diâmetro.

Todo o canal é muito flexuoso principalmente a porção abdominal e abundantemente provido de válvulas.

Não existe na confluência dos colectores que o formam qualquer dilatação que mereça o nome de cisterna de Pecquet.

Observação XXI

Cadáver de individuo do sexo masculino : morte por uma febre tifoide : 28 anos de idade.

Injecção pela mistura de cera e sebo corada pelo pó de rais de orcaneta.

Neste exemplar o canal começa ao nível da 12.ª vértebra dorsal.

Faz seguimento a uma dilatação ampoular, grande sobreposta à face anterior do corpo da 1.ª vértebra lombar e da 12.ª dorsal.

A referida dilatação, piriforme, está orientada de modo que o pólo superior está virado para cima e um pouco lateralisado à direita, enquanto que o pólo inferior, o mais volumoso, está virado para baixo e lateralisado â esquerda da coluna vertebral.

A dilatação tem assim um comprimento de 4 centímetros e uma largura de mais de centímetro e meio.

Á altura da união do terço inferior com os dois terços superiores, existe um sulco indicativo de uma válvula ou septo que divide esta verdadeira cisterna, num andar inferior e outro superior.

Concorrem para a formação da cisterna dois grosos troncos colectores, um verticalmente ascedente, injectado desde a 2.ª vrétebra lombar, outro obliquo da esquerda para a direita e de baixo para cima, que antes de desembocar na cisterna, se bifurca.

O primeiro ramo, que é verticalmente ascedente desemboca no andar inferior da cisterna; o 2.º como se divide abre, o ramo inferior no andar inferior e o ramo superior no andar superior da cisterna.

É notável que cada um dos ramos de bifurcação do tronco que descrevemos, se bifurca por sua vez antes de penetrar no andar correspondente, do reservatório de Pecquet.

O canal, sobe a partir da 12.ª dorsal inclinando-se a pouco e pouco para a esquerda da coluna vertebral, de sorte qne ao nivel da 8.º e 7.ª dorsais se encontra lateralisado à esquerda.

Depois inclina-se, de novo para a linha média seguindo-a, até que junto da 4.ª dorsal novamente se inclina para a esquerda e, caminhando, sempre verticalmente, chega à altura da 2.ª vértebra dorsal onde se inclina para fora, mas subindo ainda, de modo que a sua crossa é

tangente, a uma linha horizontal que passe pelo bôrdo inferior do corpo da 7.ª cervical.

Segue, por cima, a artéria subclávia e chegando ao ângulo de Pirogoff penetra no sistema venoso por um só ramo e portanto por um só orifício.

No ponto onde se curva para fora dando comêço à crossa o canal recebe um tronco linfático descendente que fortuitamente ficou injectado.

O calibre do canal é extremamente reduzido se o compararmos com as dimensões da cisterna.

Com efeito enquanto esta tem um diâmetro que nalguns pontos passa de centímetro e meio, o calibre do canal logo 2 ou 3 centímetros acima da cisterna torna-se de dois milímetros ou três, o máximo.

Qualquer dos colectores que desaguam na cisterna tem calibre bem superior ao do canal torácico, principalmente o tronco verticalmente ascendente.

O calibre do ducto torácico permanece exíguo até à altura da 6.ª dorsal onde recebe um tronco mediastino ou intercostal e talvez por isso começa a aumentar de diâmetro, tendo no entanto alternativas de apêrto e dilatação.

Junto da terminação, logo no início da crossa o canal tem um calibre já bastante grande, ultrapassando 5 milímetros e continúa ainda a aumentar, apresentando junto da embocadura uma verdadeira ampôla com um centímetro de diâmetro.

Neste exemplar existem algumas válvulas bem evidentes, principalmente na porção cervical, onde é possível contar 5.

Na porção abdominal e torácica não vemos estrangulamentos que nos permitam supôr a sua existência.

Os troncos colectores originários da cisterna de Pecquet são abundantemente providos de válvulas, principalmente o tronco do lado esquerdo.

Observação XXII

Cadáver de indivíduo do sexo masculno. 68 anos de idade; morte por síncope cardíaca.

Miocárdio muito hipertrofiado e dilatação ventricular.

Robustez pouco vulgar [1].

Injecção pela mistura de cera e sebo, sem matéria corante.

O canal torácico, começa, neste exemplar, ao nível do corpo da 1.ª vértebra lombar.

Resulta da união de dois troncos um direito, outro esquerdo, estando o tronco direito no prolongamento da direcção do canal e o esquerdo mais desviado da linha média.

---

[1] Neste indivíduo existia uma anomalia do aparelho excretor do rim que consistia na existência de dois ureteres do lado esquerdo, um interno drenando a parte superior do rim, outro externo drenando a parte restante.

Logo depois da confluência dos dois troncos, o canal recebe, após um percurso de 2 centímetros, um terceiro tronco vindo do lado esquerdo e que ficou injectado apenas em alguns milímetros da sua extensão.

O canal segue neste pequeno percurso, ao lado de uma veia que para cima e para a direita se continúa com a grande azigos e pela esquerda recebe uma veia lombar.

Passa adiante desta veia e, precisamente na altura em que a crusa, bifurca-se dando dois ramos, um direito, outro esquerdo, os quais após um percurso livre de 3 a 4 centímetros, se reunem de novo dando por isso origem a uma longa, mas estreita *insula*.

O canal segue ao lado esquerdo da grande azigos, passa, ao nível da 10.ª dorsal adiante da crossa de um tronco venoso colector de duas veias intercostais que vem desaguar na grande azigos, caminha sempre encostado à grande azigos cruzando outro tronco venoso também colector de duas intercostais, ao nível da união da 8.ª com a 9.ª dorsais, cruza ainda um terceiro tronco venoso equivalente aos dois descritos e inclina-se para a esquerda da coluna vertebral abandonando a grande azigos.

Segue depois, a partir da 5.ª dorsal pelo lado esquerdo da coluna e chegando à altura da 7.ª cervical, curva-se para fora, para baixo e um pouco para diante,

bifurca-se dando origem a dois ramos, um superior outro inferior.

Os dois ramos, livres apenas na extensão de alguns milímetros, tornam novamente a unir-se desaguando no ângulo venoso de Pirogoff, por um único orifício.

Neste exemplar, não existe, após a confluência dos colectores, nenhuma dilatação a que possamos chamar cisterna de Pecquet.

Pelo contrário: os dois colectores que dão origem ao canal tem um calibre bem maior que o dêle. O calibre, a princípio de 4 ou 5 milímetros, reduz-se logo a 3 sendo êste o que conserva na maior parte do seu trajecto.

Apenas na porção torácica superior, a partir da 5.ª dorsal onde apresenta uma dilatação ampolar, o calibre se torna um pouco mais volumoso passando de 3 a 6 milímetros, nalguns pontos.

Junto da terminação, antes de se bifurcar, o canal aperta-se novamente e qualquer dos ramos em que o canal se divide apresenta um diâmetro que não vai àlêm de 3 milímetros.

É pois um exemplar onde não existe cisterna, tendo no seu percurso duas pequenas *insulae*.

As válvulas são raras na porção abdominal, aparecem algumas na porção torácica, notavelmente antes de qualquer dilatação do calibre, por exemplo antes da ampoula referida, ao nível da 5.ª dorsal.

Na porção cervical são mais freqùentes.

Os troncos de origem do canal são tambêm abundantemente providos de válvulas.

Observação XXIII

Cadáver de indivíduo do sexo feminino. Tuberculose pulmonar; 25 anos.

Injecção pela mistura de cera e sebo corada pelo pó de raís de orcaneta.

Neste exemplar o canal torácico começa ao nível da 11.ª vértebra dorsal.

Resulta da união de dois troncos, um direito, outro esquerdo, ambos êles muito flexuosos e varicosos principalmente o esquerdo que tem no seu início um enovelamento de tronquíolos linfáticos.

O ducto segue verticalmente, um pouco lateralisado à direita da coluna vertebral até que, chegando à altura da 5.ª dorsal se inclina para a esquerda caminhando então verticalmente numa extensão de 8 centímetros.

Junto da 2.ª articulação costovertebral, o canal bifurca-se, dando dois ramos um interno outro externo.

O ramo externo segue para fora e para cima, passa atraz do ramo interno e curva-se para fora e para diante, resolvendo-se em 4 ramúsculos que vão abrir por outros tantos orifícios, na veia jugular interna.

O ramo interno, caminha verticalmente num percurso de dois centímetros, curva-se bruscamente para fora, passa adiante do ramo interno e vem abrir na veia subclávia.

A porção terminal dêste ramo faz com a sua porção inicial, um ângulo recto.

Neste exemplar não existe qualquer dilatação após a confluência dos troncos originários do canal.

O calibre do ducto torácico é bastante exíguo não ultrapassando o diâmetro de 3 milímetros na maior parte da sua extensão.

Mas à altura da 6.ª dorsal o canal recebe um afluente descendente e daí para cima o seu calibre cresce um pouco, não se mantendo, porêm, uniforme, antes apresentando muitas alternativas de apêrto e dilatação.

Antes da bifurcação o canal apresenta o maior calibre de todo o seu trajecto, não ultrapassando, no entanto 4 milímetros de diâmetro.

Dos ramos em que o canal se divide, o interno é bem mais volumoso: principalmente na sua porção horizontal, êste tronco atinge um volume que pelo menos iguala o do canal torácico, no ponto onde êste o apresente maior.

As válvulas teem uma distribuicão em tudo semelhante à dos outros exemplares, aparecendo na porção torácica superior, do canal, nos ramos terminais e nos troncos que originam o ducto.

Observação XXIV

Cadáver de indivíduo do sexo masculino. 35 anos de idade.

Tuberculose pulmonar bilateral.

Injecção pela mistura de cera e sebo corada pelo azul ultramarino.

Neste exemplar, o início do ducto torácico encontra-se ao nível da 12.ª vértebra dorsal.

Resulta da união de dois troncos, um anterior outro posterior, dos quais o posterior fica colocado um pouco à esquerda do anterior e, caminhando para cima, passa por detraz do anterior, para na confluência, lhe ficar à direita.

O canal sobe, um pouco lateralisado à direita, ao longo da coluna vertebral e, chegando ao nível da 8.ª dorsal, obliqúa para a esquerda indo colocar-se dêste lado da coluna vertebral.

De novo passa a lateralisar-se à direita, ultrapassa a linha média e definitivamente à esquerda sobe até à 1.ª articulação costovertebral.

Aí curva-se para fora, para baixo, e um pouco para diante e vai terminar no ângulo venoso habitual.

Não existe também, neste exemplar, dilatação alguma após a confluência dos troncos colectores que dão origem ao canal.

Principalmente o tronco anterior tem um calibre superior ao do ducto torácico.

Este, logo após a sua origem, tem um diâmetro de 3 milímetros, apresentando êsse diâmetro na maior parte da sua eztensão.

Ao nível da 7.ª dorsal o calibre dilata-se um pouco, mas não ultrapassa 4 milimetros.

Neste ponto o ducto torácico recebe um afluente descendente, provalmente um tronco medistino, ou intercostal.

Novamente o canal se dilata na altura da 4.ª dorsal, mas a dilatação também não é de vulto.

As válvulas são bastante raras neste exemplar.

Apenas na porção cervical se notam algumas e na porção abdominal se pode constatar outra junto duma inflexão que o canal tem ao nível da 11.ª vértebra dorsal.

Os colectores de origem, são como de costume, bem providos de válvulas.

Observação XXV

Cadáver de indivíduo do sexo masculino. 68 anos. Morte por neoplásia da cabeça do pâncreas.

Gânglios abdomino-aorticos muito aumentados de volume, provavelmente com metastases cancerosas.

Injecção pela mistura de cera e sebo sem matéria corante.

O canal torácico, neste exemplar, começa ao nível da face anterior do corpo da 11.ª vértebra dorsal.

Resulta da união de dois troncos um anterior e outro posterior, sendo o anterior mais próximo da linha média, mas estando ambos lateralisados à direita.

O tronco anterior está injectado desde a 2.ª vértebra lombar, sobe verticalmente desde o seu inicio, recebe uma anastomose do tronco posterior e obliqúa para a direita para se reunir a êle.

O tronco posterior está injectado apenas desde a 12.ª vértebra dorsal notando-se, no entanto a sua continua-

ção para baixo até à parte inferior do corpo da 1.ª vértebra lombar.

Como já fizemos notar êstes dois troncos estão reunidos por uma anastomose que partindo do tronco anterior, se dirige para cima e para a direita, passa por detraz do tronco posterior e depois de se curvar duas ou três vezes sôbre si mesma formando um verdadeiro novêlo, desagúa no tronco posterior.

Após a sua origem, o ducto torácico do lado direito da coluna vertebral, passa num trajecto obliquo para o lado esquerdo da mesma coluna, mas só depois de cruzar sucessivamente os corpos de 5 vértebras dorsais.

Ao nivel da 5.ª dorsal encontra-se o canal já perfeitamente lateralisado atingindo quási as articulações costo vertebrais.

Sobe, depois, verticalmente e, ao nível da 2.ª articulação costo-vertebral o canal bifurca-se, dando origem a dois ramos, um infero externo, outro supero-interno.

O ramo infero-externo, dirige se para fora e um pouco para cima e após um percurso de dois centímetros lança-se no ângulo venoso habitual; o ramo supero-interno, caminha, a principio para cima, obliqúando, no entanto para fora e, após um percurso de dois centímetros e meio, curva-se bruscamente para baixo e para fora para se lançar no ângulo venoso de Pirogoff, logo por dentro do ramo infero-interno.

Após a confluência dos colectores de origem, não existe qualquer dilatação. O canal toma logo o calibre de 3 milímetros que conserva em quási toda a sua extensão.

O tronco anterior tem, pelo contrário, um calibre bastante superior ao do canal torácico.

Só junto à terminação, antes de se bifurcar, o canal aumenta um pouco de volume, mas não ultrapassando 4 milímetros.

Dos ramos em que o canal se divide, o mais largo é o ramo supero-interno, não existindo, no entanto, uma diferença pronunciada nos seus calibres.

Qualquer dos ramos, junto da sua embocadura apresenta uma pequena dilatação.

As válvulas, neste exemplar, são muito raras.

Apenas pudémos constatar algumas na porção torácica superior do canal e na porção cervical, principalmente nos dois ramos em que o canal se bifurca.

Observação XXVI

Cadáver de individuo do sexo masculino. 27 anos. Tuberculose pulmonar.

Injecção pela mistura de cera e sebo, sem matéria corante.

Neste exemplar, o canal torácico começa à altura da 12.ª vértebra dorsal.

Faz seguimento a um tronco colector que se encontra injectado a partir da 1.ª vértebra lombar, não tendo ficado mais colector algum repleto.

Apenas ao nivel da parte inferior do corpo da 12.ª dorsal se nota um tronco linfático pelo lado posterior do tronco injectado, mas que não recebeu a massa repletiva.

O canal está perfeitamente na linha média, no seu inicio.

Depois obliqúa para a esquerda e à altura da 10.ª vértebra dorsal, curva-se quási em ângulo recto para a

linha média, curva-se novamente sob o mesmo ângulo formando um S.

Após estas curvaturas o canal fica de novo situado na linha média da coluna vertebral e sobe então verticalmente, lateralisando se à esquerda, apenas junto da sua terminação.

Ao nível do bôrdo inferior do corpo da 1.ª dorsal, o canal curva-se para fora e para cima vindo desaguar na confluência da jugular interna com a subclávia, como de comum.

Neste exemplar também não existe cisterna de Pecquet.

O canal tem no seu inicio um calibre de 4 milímetros que se reduz logo a 2, tendo ligeiras alternativas de apêrto e dilatação.

Junto da 5.ª dorsal, o canal recebe um tronco linfático e precisamente nesta altura o seu calibre é um pouco maior do que o do resto do seu trajecto.

Na crossa terminal, o canal atinge um calibre que tem talvez 6 milímetros de diâmetro, sendo por isso o maior de todo o seu trajecto.

As válvulas apenas se observam na porção terminal do canal.

Observação XXVII

Cadáver de indivíduo do sexo masculino: 65 anos.

Aorta torácica muito dilatada; placas de pericardite sôbre o pericárdio parietal e visceral; dilatação do ventrículo direito.

Injecção pela mistura de cera e sebo, sem matéria corante.

Neste exemplar, o início do canal torácico encontra-se ao nível da 12.ª vértebra dorsal.

Faz seguimento a uma dilatação considerável, que mais parece o alargamento de um tronco colector pela afluência de um outro tronco lateral, do que uma verdadeira cisterna de Pecquet.

Originado por dois troncos, um direito outro esquerdo, o canal, fica, no seu início, à esquerda da linha média da coluna vertebral.

O tronco colector do lado direito, está injectado desde a 2.ª vértebra lombar.

Tem um calibre considerável e, é êle que recebendo pelo seu lado esquerdo o tronco colector esquerdo, se alarga, dando-nos a ilusão da existência de um reservatório do chilo e da linfa.

O canal, após a sua origem sobe verticalmente ao longo da coluna vertebral, atinge a origem da grande azigos, inclina-se um pouco para a linha média, acompanhando aquela veia, pelo seu lado esquerdo.

Á altura da 6.ª dorsal, o ducto torácico encosta-se à aorta descendente, subindo ao longo desta até atingir a artéria subclávia esquerda.

Entra em contacto com a artéria carótida primitiva do lado esquerdo, curva-se para fora e para cima e abre no ângulo venoso de Pirogoff.

Não tem pois êste canal torácico, qualquer relação com o pulmão esquerdo.

Como já fizemos notar, a dilatação de origem do canal resulta da confluência do tronco direito com o tronco esquerdo, mais parecendo uma dilatação do calibre daquêle, do que um reservatório, ou dilatação onde fôssem desaguar os troncos colectores que dão origem ao canal.

Dos colectores referidos, o esquerdo tem um calibre inferior ao direito.

O canal após a dilatação de origem, apresenta um calibre de 3 milimetros.

Este calibre conserva-se, ou diminue, mesmo, até à altura em que o canal se encosta à porção torácica da aorta descendente.

Aí o calibre aumenta bastante, atingindo nalguns pontos 7 milímetros de diâmetro e torna-se, àlem disso, bastante irregular.

Junto da terminação, o canal apresenta uma dilatação ampolar bastante considerável, atingindo um centímetro de diámetro.

As válvulas são muito nítidas na porção torácica superior do canal, desde a altura em que o canal se encosta à aorta.

Na porção abdminal, muito raras e finalmente, freqùentes nos colectores de origem do canal.

Observação XXVIII

Cadáver de indivíduo do sexo masculino. 21 anos. Tuberculose pleuro pulmonar, bilateral.

Injecção pela mistura de cera e sebo sem matéria corante [1].

O canal torácico começa ao nível da 12.ª vértebra dorsal.

Resulta da união de dois troncos, um direito outro esquerdo, os quais estavam envolvidos por uma ganga conjuntiva o que dava a ilusão de um tronco único ou de uma cisterna.

[1] Neste exemplar, injectámos as veias e artérias do pescoço e da cabeça. As artérias com a massa de Teichmann, as veias com a mistura, cera e sebo, corada pelo azul ultramarino. Preparámos também o sistema azigos e deixámos em posição o esófago torácico e a traqueia.

Daí o canal segue ao longo da coluna vertebral, acompanhando a veia grande azigos, ladeando-a pelo seu lado esquerdo.

Ao nível da 8.ª dorsal, cruza, passando-lhe adiante, a embocadura da pequena azigos na grande, continúa subindo atraz do esófago, entre êste e a aorta e ao nível da 5.ª dorsal obliqúa para a esquerda cruzando a face postero-interna da crossa da aorta.

Atinge a artéria subclávia esquerda, sobe, ficando entre êle e a carótida primitiva do mesmo lado, passa atraz do pneumogástrico e chegando a nível da 7.ª cervical, bifurca-se.

Os dois ramos de bifurcação, após um trajecto livre de um centímetro ou centímetro e meio, confluem novamente contornam a veia jugular interna pela sua face posterior e vem terminar na confluência da jugular interna com a subclávia do lado esquerdo, por um orifício único.

Atraz e por fora dos ramos terminais do canal torácico, vê-se a artéria tiroideia inferior.

Não existe também, neste exemplar o reservatório de Pecquet, apenas disso nos dando a ilusão, de os troncos colectores estarem entre si unidas por algumas anastomoses e envolvidas por uma ganga conjuntiva comum.

O calibre do canal logo após a confluência dos colectores é de 3 milímetros.

Este calibre é alterado por ligeiras alternativas de apêrto e dilatação, mas não apresenta acidentes de vulto.

Os ramos em que o canal se bifurca tem um calibre cada um dêles, igual ao do canal.

O ducto torácico, neste indivíduo, apresenta-se um pouco flexuoso no seu início.

Depois o trajecto torna-se mais regular.

As válvulas são pouco abundantes.

Notam-se algumas na porção abdominal e nos ramos em que o canal se bifurca.

Os troncos de origem do canal, são mais abundantemente providos delas [1].

---

[1] Por uma picada dum gânglio da cadeia jugular, conseguimos injectar os eferentes dêsse gânglio e dos seguintes até á grande veia linfática que nesta peça se encontra preparada. A injecção foi feita com mercúrio.

Observação XXIX

Cadáver de indivíduo do sexo feminino: 23 anos.

Morte por tuberculose pleuro-pulmonar, peritoneal e renal bilateral [1].

Injecção pela mistura de cera e sebo sem matéria corante [2].

Neste exemplar o canal torácico tem o seu início ao nível da 11.ª vértebra dorsal.

---

[1] Neste cadáver encontrámos uma anomolia do aparelho excretor do rim que consistia na existência de dois uretéres de cada lado.

Os do lado direito independentes em quási toda a sua extensão uniam-se na porção terminal desembocando na bexiga por um só orifício: os dois do lado esquerdo independentes até final, abriam na bexiga por dois orifícios distintos.

[2] Injectámos e preparámos as veias e artérias do pescoço e da cabeça: as artérias foram injectadas pela massa de Teichmann, as veias pela cera e sebo corada pelo azul ultramarino.

Dois troncos colectores concorrem para a sua origem.

Estes dois troncos, um direito outro esquerdo estão injectados a partir da 12.ª vértebra dorsal.

O tronco direito, aquele a que o canal parece continuar, é verticalmente ascendente, enquanto que o tronco esquerdo é oblíquo e muito flexuoso.

A partir da sua origem, o canal, a princípio flexuoso formando pelas suas curvas um S, encosta-se à grande azigos.

Á altura da 10.ª vértebra dorsal crusa passando lhe adiante, a crossa terminal da pequena azigos.

Depois segue sempre encostado à grande azigos, tendo as mesmas inflexões desta veia, até atingir a 5.ª vértebra dorsal.

Aí obliqúa para a esquerda, crusa a face antero-interna da crossa da aorta e torna-se visivel do lado esquerdo da coluna vertebral no ângulo formado pela crossa aórtica e a artéria subclávia esquerda na sua emergência.

Caminha encostado a esta artéria, entre ela e a carótida primitiva do mesmo lado e chegando à altura da 1.ª articulação costo-vertebral bifurca-se.

O ramo de bifurcação superior continúa subindo, e curva-se depois para fora e para diante, passa atraz da veia jugular interna, entre esta e a veia vertebral e vai mergulhar no sistema venoso, no ângulo habitual.

O ramo inferior, contorna, logo após a sua origem a veia vertebral, passa-lhe atraz e sobe para atingir o ângulo venoso de Pirogoff, abrindo por um orifício comum com o ramo superior.

Os dois ramos de bifurcação do canal torácico abraçam, pois, a veia vertebral, muito perto da sua embocadura.

Neste exemplar, não existe, também, qualquer dilatação após a confluência dos colectores de origem.

O calibre do tronco direito é mesmo superior ao calibre do canal torácico na maior parte da sua extensão.

O canal que a princípio não tem mais de 3 milímetros de diâmetro, diminue à medida que sobe tendo à altura da 9.ª e 8.ª dorsais um calibre não superior a dois milímetros.

Junto da 7.ª dorsal o canal recebe um afluente e engrossa um pouco, atingindo mesmo uns quatro milímetros de diâmetro nalguns pontos.

Dos ramos em que o canal se bifurca, o ramo superior tem um volume mais considerável do que o inferior; êste é muito mais flexuoso que aquele.

As válvulas são numerosas na porção cervical do canal e mesmo na porção torácica superior.

Pelo contrário na parte restante do canal, são muito raras.

Os troncos colectores que dão origem ao canal, são abundantemente providos delas.

Observação XXX

Cadáver de individuo do sexo masculino. 30 anos. Morte por tuberculose pulmonar.

Injecção pela massa de Teichman, de linfáticos [1].

O canal torácico, neste exemplar, começa ao nível da 11.ª vértebra dorsal.

Resulta da confluência directa de dois troncos; um ascendente abdominal, outro descendente de origem torácica.

Neste tronco descendente desagúa, porêm, um tronco abdominal que vai indirectamente portanto, contribuir para a origem do canal torácico.

---

[1] Neste exemplar injectámos e preparámos, as artérias e veias do pescoço, da cabeça e da axila.

As artérias e as veias foram injectadas com a massa de Teichmann tendo por base o cré: para as artérias a matéria corante foi o cinábrio, para as veias o azul ultramarino.

O tronco abdominal a que nos referimos em primeiro lugar, está injectado numa pequena extensão.

Apenas alguns milímetros.

O tronco torácico, ou por a existência de válvulas ou por a existência de anastomoses ficou injectado numa grande extensão, podendo seguir-se até à 8.ª vértebra dorsal.

Aí encontra-se encostado à grande azigos, e obliquando para fora e para baixo, cruza a crossa terminal do tronco das veias intercostais do lado esquerdo, caminha verticalmente, cruza a crossa da pequena azigos, ao nível da 10.ª dorsal, e chegando à altura da parte inferior do corpo da 11.ª dorsal, curva-se para a direita indo confluir com o tronco ascendente e originar o canal torácico.

O tronco descendente é engrossado à altura da 10.ª dorsal por alguns tronquíolos linfáticos que nela desaguam.

Junto da curva terminal, recebe o tronco abdominal esquerdo, a que nos referimos.

Existe neste exemplar, uma disposição dos troncos linfáticos, algò semelhante, como já noutro exemplar encontrámos, à disposição das veias que constituem o sistema azigos.

O canal torácico, logo após a sua origem sobe verticalmente, adiante da grande azigos.

Só ao nivel do corpo da 9.ª dorsal, o canal obliqúa para a linha média da coluna passando a colocar-se do lado esquerdo da grande azigos.

Continúa subindo e obliquando para a esquerda passando, junto da 4.ª dorsal a encostar-se à crossa da aorta.

Cruza a face postero interna dêste vaso e atingindo a artéria subclávia esquerda acompanha-a pelo seu lado postero interno, entre ela e a carótida primitiva do mesmo lado.

O canal torácico nesta altura entra em relação com o nervo pneumo gástrico, mantendo esta relação num percurso de dois centimetros.

Junto da 7.ª cervical, o canal torácico curva-se para fora para diante e depois para baixo, passa atraz da jugular interna e da veia vertebral e finalmente vem mergulhar no sistema venoso, no ângulo de Pirogoff por um único ramo e portanto por um orifício.

Não existe, neste exemplar, qualquer dilatação junto da confluência dos colectores linfáticos.

O canal tem nessa altura um calibre que não ultrapassa cinco milímetros.

Daí para cima, o calibre diminue um pouco, tornando-se de 3 milímetros, aproximadamente.

Ao atingir a crossa da aorta o calibre do canal torna a ser o que era primitivamente, sofrendo, no entanto algumas alternativas de apêrto e dilatação.

Na porção terminal da crossa o canal tem um aumento de calibre, atingindo uns 6 milímetros de diâmetro, mas precisamente neste ponto a passagem por diante, da veia vertebral, estrangula o canal.

As válvulas, neste exemplar, parecem-me pouco numerosas, não podendo, no entanto. ajuizar, de certesa, da distribuição delas, porque a massa de Teichmann para linfáticos, tendo como dissolvente o éter, mas sendo necessária uma grande quantidade dêste líquido para fluidificar convenientemente a massa, tem como resultado após a evaporação do dissolvente, o canal ficar mal repleto.

Daqui resultou a parede engelhar-se para se amoldar ao conteúdo e não se pode contar cada estrangulamento do canal por uma válvula.

Observação XXXI

Cadáver de indivíduo do sexo feminino. 27 anos. Tuberculose pulmonar à esquerda: grandes aderências pleurais, fibrosas.

Enormes gânglios do mediastino posterior: alguns tendo nódulos caseosos e atingindo um volume exageradíssimo [1].

Neste exemplar, o canal torácico começa ao nível da 11.ª vértebra dorsal.

Resulta da confluência de um tronco descendente e três troncos ascendentes, todos êles de um reduzido calibre.

---

[1] Como neste exemplar não tencionávamos aproveitar mais que o canal tórácico, não fizémos a repleção do sistema azigos, nem mesmo dos grossos vasos do pescoço, tendo depois de encontrado a disposição anómala que descrevemos, enchido alguns vasos com algodão hidrófilo e pintado por fora êsses vasos, com as côres habituais.

Logo após a sua origem, o canal torácico obliqúa para fora e para a direita, cruza passando-lhe atraz o grande esplâncnico dêste lado e seguindo sempre para fora e para a direita atinge a 11.ª articulação costo-vertebral.

A êsse nivel cruza o grande simpático, passando-lhe atraz e, atravessa obliquamente para cima e para fora a cabeça da 11.ª costela indo colocar-se na parte inferior e interna do 10.º espaço intercostal.

Curva se sob um ângulo agudo dirige se para dentro e chega até à 10.ª articulação costo-vertebral.

Atravessa num trajecto obliquo para cima e para fora, a cabeça da 10.ª costela atingindo o 9.º espaço intercostal na sua porção mais interna.

Caminha daí, para cima e para dentro, passa sucessivamente atraz do grande simpático e de um dos ramos originários do esplâncnico e curvando-se para dentro atinge o lado *direito* da grande azigos.

Encostando-se a esta veia, sobe ao lado dela, num percurso de 2 a 3 centímetros, cruza, passando-lhe adiante, a veia do 7.º espaço intercostal e, curvando-se bruscamente para a linha média, ao nivel da 7.ª vértebra dorsal passa para o lado esquerdo da grande azigos cruzando esta veia pelo seu *lado posterior*.

Caminha depois verticalmente, entre a aorta e a grande azigos, obliqúa um pouco para a esquerda e, à

altura da 5.ª dorsal, o ducto torácico cruza a face postero-interna da aorta aparecendo do lado esquerdo da coluna vertebral, desde a 4.ª até à 2.ª dorsais.

Aí o canal, subindo verticalmente, passa pelo lado postero-interno da artéria subclávia, tornando-se visível entre esta artéria e a carótida primitiva do lado esquerdo.

O canal caminha verticalmente entre estes dois vasos e atingindo a 2.ª articulação costo-vertebral, curva-se para fora e para baixo, depois para diante e para cima desaguando por um tronco único no ângulo venoso de Pirogoff e contornando nas suas curvaturas terminais, a artéria subclávia esquerda *por baixo* e não por cima, como costuma suceder.

Não existe, neste exemplar, qualquer dilatação na confluência dos troncos colectores que originam o canal.

Mesmo o calibre dêstes é extremamente reduzido bem como o calibre do próprio ducto torácico.

Com efeito, logo após a sua origem, o canal torácico que passa do abdómen para o torax pelo mesmo orifício por onde passa o grande esplâncnico, não tem um calibre superior a 3 milimetros.

Mantêm quási constantemente êste calibre, apresentando donde em onde, umas alternativas, aliás ligeiras, de apêrto e dilatação.

No segmento inter-azigo-aórtico, o canal apresenta o seu mais reduzido calibre.

No ponto onde o canal se curva, para formar a crossa terminal, recebe um afluente descendente, do pescoço, que ficou injectado pela inexistência de válvulas; apesar disso o calibre do canal não aumenta e não é senão ao nível do ponto onde cruza a artéria subclávia que o canal alarga, atingindo nesse ponto o maior calibre de todo o seu trajecto, formando relativamente ao calibre anterior e seguinte, uma verdadeira ampoula.

Após êsse ponto, o calibre do canal reduz se novamente a 2 ou 3 milímetros.

Neste exemplar as válvulas são excessivamente raras, não sendo possível descobrir mais de 3 estrangulamentos que lhes possam corresponder.

Observação XXXII

Cadáver de individuo do sexo masculino. 72 anos de idade.

Arteriosclerose e depósitos calcáreos nas sigmoides aórticas e pulmonares.

Injecção pela massa de Teichmann para linfáticos [1].

Neste exemplar, o canal torácico, tem origem ao nivel da parte antertor do corpo da 1.ª lombar.

Resulta da união de dois troncos, um direito e outro esquerdo, sendo o tronco direito enrolado sôbre si próprio, de moda a dar o aspecto de um novêlo.

O tronco esquerdo acha-se injectado numa pequena extensão: apenas alguns milimetros.

---

[1] Neste exemplar injectámos também as artérias e veias com a massa de Teichmann com os corantes ordinários.

O torax foi aberto posteriormente pela ablação da coluna vertebral, desde a occipital até à 2.ª vértebra lombar.

O canal fica encostado à aorta e sobe do lado direito desta, adiante da grande azigos, atraz do esófago, crusando sucessivamente as artérias intercostais direitas e, ao nivel da 9.ª dorsal, a crossa da pequena azigos, passando-lhes adiante.

Continúa subindo ao longo da coluna vertebral e à medida que a grande azigos se vai lateralisando à direita o canal torácico fica, perfeitamente colocado, entre esta veia e a aorta, sempre coberto, adiante, pelo esófago.

Ao nível da 4.ª vértebra dorsal o canal obliqúa um pouco para a esquerda, caminhando, no entanto, ainda atraz dêste vaso até chegar à emergência da subclávia esquerda.

Ai, o canal torácico forma um pequeno triângulo, juntamente com a crossa da aorta e a artéria subclávia tendo pelo lado esquerdo. a pleura e o pulmão esquerdo e pelo lado direito o esófago, a traqueia e o nervo recorrente esquerdo.

O canal contorna a artéria subclávia pelo seu lado postero-interno caminhando entre ela e a carótida primitiva do mesmo lado.

Dois centímetros acima da crossa da aorta, o ducto bifurca-se, dando origem a dois ramos de calibre bastante reduzido, sendo um superior e ontro inferior.

Os dois ramos de bifurcação dirigem-se para fora e para diante, tendo atraz a artéria vertebral, adiante o

nervo pneumogástrico e por cima a artéria tiroideia inferior, caminham lado a lado. indo desaguar por um orifício único, no àngulo venoso de Pirogoff.

Após a confluência dos troncos colectores injectados, não existe qualquer dilatação.

O calibre do canal, conserva-se em todo o seu trajecto, muito reduzido, 3 a 4 milímetros de diâmetro, não tem sido possível ajuizar da distribuição das válvulas por as razões já apontadas na descrição de outro exemplar também injectado pela massa de Teichmann própria para linfáticos.

Observação XXXIII

Cadáver de indivíduo do sexo masculino: 63 anos de idade.

Miocardio muito hipertrofiado.

Dilatação da crossa da aorta.

Injecção pela massa de Teichmann para linfáticos [1].

Neste exemplar o canal torácico encontra-se injectado desde a altura da 1.ª vértebra lombar.

Um grosso tronco colector ascendente encontra-se injectado desde a altura do corpo da 2.ª vértebra lombar, e caminhando entre o pilar direito do diafrágma e a aorta, recebe um segundo tronco colector a altura da 1.ª vértebra lombar.

---

[1] Neste exemplar injectámos também as artérias e veias com a massa de Teichmann corada pelos corantes ordinários: azul ultramarino para as veias e cinábrio para as artérias.

O torax foi aberto pela metade direita.

O canal passa pelo torax através do orifício diafragmático da aorta tornando-se-nos visível desde a 11.ª vértebra dorsal.

Aí encontra-se encostado à coluna vertebral da qual é separado pelas artérias intercostais e pela crossa da pequena azigos a qual desagúa na grande ao nível da 6.ª vértebra dorsal: adiante, o canal está em relação com o esófago desde a 9.ª até à 5.ª dorsais.

Aí o canal obliquando para a esquerda deixa a grande azigos e, para seguir o seu habitual trajecto, torna-se-nos invisível na preparação.

Na porção cervical encontramo-lo, primeiro, entre o esófago e a traqueia que estão ao lado direito dêle, e a carótida primitiva esquerda que está colocada ao seu lado esquerdo: depois o canal obliquando para a esquerda torna-se-nos visível entre a carótida primitiva esquerda e a jugular interna do mesmo lado.

Aí o canal encontra-se já bifurcado e os dois ramos da bifurcação passando atraz da veia vertebral e do nervo pneumogástricô vem confluir no ângulo venoso de Pirogoff numa ampoula que apresenta um exagerado calibre.

Esta ampoula abre por um orifício único no sistema venoso, recebendo pela sua face anterior um tronco eferente provavelmente dos gânglios da região supraclavicular.

O calibre do canal nas regiões que estão à vista na preparação é bastante regular e de dimensões médias.

Na confluência dos colectores de origem não existe dilatação alguma.

As válvulas parecem-nos distribuidas dum modo habitual.

CAPÍTULO IV

Conclusões

CAPÍTULO IV

Conclusões

Como conclusões, apresentaremos as modificações que, segundo os exemplares observados, julgamos deverem ser introduzidas na descrição do canal torácico.

Nós não ignoramos qne, o que os tratadistas descrevem, ê apenas uma disposição esquemática à volta da qual oscilam as disposições anómalas progressivas e regressivas.

Simplesmente o esquema, mercê um êrro primordial pode não corresponder ao maior número de factos e cairêmas no absurdo de considerar anómala uma disposição mais freqùente do que a considerada normal.

É também verdade que o valor de uma estatística é tanto maior quanto maior é o número de casos observados.

No nosso caso, crêmos que, apesar do pequeno número de observações, alguma coisa podemos concluir dada a extraordinária preponderância de uma determinada disposição.

*

* *

A descrição metòdica do ducto torácico comporta a descriminação dos seguintes pontos:

a) Origem;

b) Trajecto e direcção;

c) Terminação;

d) Relações;

e) Calibre;

f) Válvulas;

g) Colectores aferentes.

Este último ponto, não constituiu objecto do nosso estudo e por isso apenas no decurso da descrição dos

exemplares, fizemos referência aos afluentes e colectores de origem que fortuitamente ficaram iujectados.

É, porêm, para notar que apesar de todos os autores serem concordes em que os colectores de origem são facilmente injectáveis por recurrência, nós nunca conseguimos vêr mais que três: quer isto dizer que na verdade não sejam cinco os colectores que concorrem para a formação do canal torácico? De modo algum: o que apenas afirmamos é que se são cinco, como é descrito por Sappey, Testut e Poirier, a facilidade de injecção por recurrência, não os atinge a todos.

a) Origem:

Evidentemente que por origem do canal torácico, entende-se o ponto em que *todos* os colectores de *origem* confluem.

Descreve-se habitualmente como ponto de confluência dos colectores a altura da 2.ª vértebra lombar.

Segundo Poirier é raro que a confluência se faça abaixo dêsse ponto; pelo contrário é freqùente fazer-se acima.

Ora nos 30 exemplares em que o canal foi injectado desde o início, a altura da confluência dos colectores é a seguinte:

Em 13 exemplares à altura da 11.ª vertebra dorsal;

Em 9 exemplares à altura da 11.ª vértebra dorsal;

Em 8 exemplares à altura da 1.ª vértebra lombar.

Isto é, não sô não encontrámos caso algum em que a origem do canal fôsse ao nivel da 2.ª lombar, mas até verificámos que as disposições são tanto mais raras quanto mais baixa lhes referimos a origem.

b) Trajecto e direcção;

O trajecto e a direcção do canal são bastante variáveis na porção imediata à origem.

Poirier, considera, como Testut, o canal, logo no inicio, ao lado direito da coluna vertebral, entre a aorta e o pilar direito do diafrágma.

Ora, repetimos; na porção abdominal a posição do canal é bastante variável encontrando se umas vezes, o maior número, na posição descrita, outras vezes, porêm atraz da aorta e às vezes nitidamente à esquerda da coluna vertebral.

As flexuosidades do canal são bastante freqùentes, mas crêmos que neste ponto não nos devemos pronunciar, fezendo apenas uma abservação: é que as flexuosidades são tanto mais numerosas e pronunciadas quanto maior fôr a pressão e a quantidade de massa repletiva, empregadas na injecção.

Não será por êste motivo que elas parecem menos freqùentes na criança, onde a injecção sendo difícil e as paredes do canal sendo extremamente tênues, não permitem uma repleção sob pressão?

Poirier descreve ao canal uma porção ascendente e outra descendedte dando a esta última o comprimento de 3 a 4 centimetros.

Parece-nos um notável exagêro. Com efeito, muitas vezes o canal apresenta uma porção curva, terminal a chamada crossa ou gancho do canal torácico, mas nunca vimos a *porção descendente* da crossa ter mais de centímetro e meio de comprimento.

Mas o que observámos na maioria dos casos, foi a *ausência de crossa:* o canal chegando à altura da 1.ª vértebra dorsal, inclinava-se gradualmente para diante e para fora atingindo a confluência venosa pela face posterior.

c) Terminação;

Citam alguns autores, como de uma certa freqùência a divisão do canal torácico na sua porção terminal e a sua embocadura no sistema venoso por 1 ou mais ramos.

Mas esta citação vem incluida nas *varicdades* o que lhe dá um aspecto de disposição anómala.

Nos 33 exemplares por nós estudados, o canal torá-

cico só em 12 casos terminava por um ramo único: *nos 21 casos restantes* a terminação no sistema venoso fazia-se por meio de um ramo, sendo na Observação II por quatro ramos e em vários por três.

Julgamos pois mais freqùente a disposicão em que o canal se bifurque ou trifurque na sua porção terminal desaguando os ramos por orifícios distintos ou por um orifício comum, como alfás observámos em alguns casos.

Nos casos em que a terminação se fazia por dois ramos distintos freqùentemente um dêles desaguava na jugular interna e outro na subclávia.

d) Relações;

As relações do canal torácico são variáveis conforme a disposição que êle apresenta e conforme a região em que se considera.

Na porção abdominal, Poirier cita como relações anteriores, o bôrdo direito da aorta e as artérias capsular média, 12.ª intercostal e 1.ª lombar.

É evidente que estas relações são iminentemente variáveis e podemos dizer que cada exemplar apresenta relações diferentes na porção abdominal conforme a posição alta ou baixa do comêço do canal e conforme a sua posição relativamente à linha média.

Nalguns exemplares notámos a passagem da artéria 12.ª intercostal, atraz da origem do canal.

Noutros, a origem do canal encontrava-se perfeitamente atraz da aorta e finalmente, mas mais raras vezes o inicio do canal tinha como única relação anterior, a parte muscular do pilar direito do diafrágma que o aplicava contra a coluna vertebral.

Na porção torácica o canal caminha algumas vezes adiante da grande azigos imediatamente em contacto com a face posterior do esófago; mas desde a 8.ª ou 9.ª dorsais até à 5.ª o trajecto do ducto torácico apresenta o seu máximo grau de invariabilidade, podendo pois descrever-se a sua porção inter-azigo-aórtica, como a que apresenta relações menos susceptíveis de variar.

A partir da 5.ª dorsal o canal obliqúa para a esquerda da coluna vertebral atingindo, nalguns casos o lado esquerdo da crossa da aorta e pondo-se portanto em contacto com a pleura mediastina esquerda.

Ora sucede muitas vezes que a obliquidade do trajecto do canal não é tão grande que êste ultrapasse a face posterior da crossa da aorta, atingindo num percurso quasi vertical a emergência da artéria subclávia esquerda: e, colocando-se logo entre esta artéria e a carótida primitiva do mesmo lado, passa para o pescoço, sem porconseguinte ter entrado em relação com a pleura esquerda.

Nem Poirier, nem Testut, ao descreverem as relações

da porção torácica do canal, aludem à visinhança do pulmão direito ao nível da porção inferior.

Mas Testut quando descreve as relações da porção rétrò-hilar da face mediastina do pulmão direito cita a porção inferior do canal tarácico como uma dessas relações.

A não ser nos casos, aliás muito raros, em que o canal caminha adiante da grande azigos, casos a que Testut não alude, o canal torácico não tem relações imediatas com o pulmão, pois que o esófago e a grande azigos o separam completamente dêsse órgão.

No exemplar da nossa 33.ª Observação pode vêr-se com nitidês o que afirmamos.

O torax, aberto pelo lado direito, para vêrmos o canal na porção torácica inferior, foi-nos necessário afastar para diante o esófago.

Finálmente, na porção cervical, todos os autores são concordes em que o canal forma uma crossa que abraça pela sua concavidade a artéria subclávia.

Nunca observámos que isto se désse.

Em primeiro lugar porque é muito raro que o canal forme uma verdadeira crossa: em segundo lugar porque o canal sobe para o pescoço entre a artéria subclávia e a carótida primitiva do lado esquerdo, de modo que o canal fica situado por dentro daquela artéria e por fora desta, nalguns casos mesmo, atraz.

Subindo pois, pelo lado interno da subclávia, ou cruzando esta na sua emergência da crossa para lhe passar para o lado interno é óbvio quc o canal, para mergulhar na confluência das veias jugular interna e subclávia basta contornar aquela veia e o nervo pneumogástrico para atingir o ângulo venoso e sem *haver necessidade* de passar por cima da artéria subclávia que nesta altura já se curvou para, de ascendente que era, se tornar horizontal.

De resto as relações da porção terminal do canal torácico são variáveis com o número de ramos por que essa terminação se faz.

Testut inclue o nervo frénico como relação externa da crossa do canal.

Tal relação nunca a observámos ficando sempre o nervo a uma distância respeitável do canal.

Verificámos nalguns exemplares, relações de contacto da artéria tiroideia inferior com a curva terminal do canal torácico, àlêm das descritas com a vertebral.

Finalmente: mesmo na imergência no sistema venoso o canal apresenta relações intimas com outras veias àlêm da jugular interna, tais como a vertebral que lhe passa geralmente atraz e a jugular externa e escapulares superiores e posteriores que veem desaguar algumas vezes na veia subclávia, imediatamente do lado externo do canal torácico.

e) Calibre;

Parece universalmente aceite que o inicio do canal torácico se faz por uma dilatação, piriforme, oval, outras vezes de forma irregular onde vão desaguar os colectores linfáticos e chiliferos.

É pelo menos o que encontrámos em Poirier, Testut, Sappey, J. Quain, Cruveilhier, Bichat. etc., etc.

Ou essa disposição é excessivamente rara a ponto de poder ser considerada anómala, ou então... tivémos a singularidade de encontrar 30 exemplares anómalos a seguir uns aos outros.

Com efeito: em 30 exemplares em que o canal se encontra injectado desde o inicio, apenas pudémos vêr duas cisternas, tais como são descritas, existindo noutros dois exemplares umas dilatações muito rudimentares que apenas com muito boa vontade poderão ser chamadas cisternas.

Nos 26 exemplares restantes não encontrámos qualquer dilatação onde comfluissem os colectores de origem do canal.

Por si só êste facto era suficiente para nos pôr de sobreaviso àcêrca da individualidade da cisterna de Pecquet.

Mas por um lado, a simulação de uma verdadeira cisterna produzida por a contiguidade de dois ou mais tron-

cos injectados e que certamente pode ter constituido motivo de êrro para alguns e, por outro lado as experimentadas opiniões de Mascagni e Breschet, ajudaram-nos a compreender a *coincidência* de, em 26 exemplares sucessivos a cisterna de Pecquet não existir.

É que, como diz Breschet, a cisterna foi descoberta no cão e descrita por Pecquet segundo a viu, mas por uma *excessiva generalização*, foi descrita no homem a *mesma* disposição.

Durante o trajecto, o calibre do canal varía constantemente, mas podemos de um modo geral dizer que é na porção média da parte inter-azigo-aórtica que o calibre é mínimo, sendo, de resto, muito variável de indivíduo para indivíduo.

Na porção torácica inferior, o calibre aumenta, em geral, e notámos que o aumento era sempre maior nos indivíduos em que os gânglios traqueobronquicos tinham um volume exagerado: certamente a dificuldade circulatória ocasionada pela compressão dos gânglios seria suficiente para produzir uma estáse e conseqüentemente dilatar o calibre do canal.

Finalmente, notámos constantemente ao nível da porção terminal do canal uma dilatação mais ou menos importante mas sendo algumas vezes de dimensões consideráveis e constituindo uma verdadeira ampoula.

Esta dilatação é mais importante nos casos em que o canal se não divide antes de terminar.

Mas mesmo nos casos em que o canal se divide é, freqùente encontrar, antes da divisão, uma dilatação e até as observámos na porção terminal dos ramos de divisão do canal.

f) Válvulas;

As válvulas do ducto torácico repartem-se segundo uma certa lei.

Em geral, logo acima da confluência dos colectores de origem, observa-se uma válvula.

Depois, a porcão torácica inferior, quasi as não tem vendo-se na porção supra-azigo-aórtica algumas, principalmente ao nivel da parte do canal situada ainda atraz da crossa da aorta.

Finalmente: na porção cervical encontram-se com uma certa freqùência.

Na embocadura ou embocaduras, existem constantemente válvulas suficientes, a ponto de que uma injecção impelida pelas veias não passa em caso algum para o canal torácico.

Essas válvulas afectam a forma de uma pequena prega semilunar, ou como às vezes notámos e é relatado por

Sappey, são constituidas por umas bridas que se entrecruzam em todos os sentidos e se justapõem de modo a fazer uma oclusão per eita.

A disposição das válvulas e a sua distribuição, são de molde a fazer-nos notar que não se fazem ao acaso, antes se encontram ao nível de regiões em qne a circulação linfática pode, de algum modo, ser favorecida.

E a assegurar a eficácia do auxilio existe uma válvula, ou mais, que permitindo a progressão da linfa e do chilo evitam a sua regressão.

É, que, com efeifo, a circulação linfática sendo passiva como, em grande parte, a circulação venosa, a natureza dispoz o tronco colector linfático principal, atraz do pilar do diafrágma que a cada inspiração se contrai e adiante da coluna vertebral que lhe oferece um plano resistente contra o qual êle é comprimido.

E não só o pilar do diafrágma, como também as pulsações da aorta e outros vasos arteriais que com êle teem relações, contribuem para tornar mais efectiva essa espressão do canal.

Ora verifica-se que é precisamente ao nivel da origem (relação com o pilar direito do diafragma), ao nivel da porção torácica superior (relação com a crossa da aorta), e ao nivel da porção cervical (relações com a subclávia e carótida interna) que as válvulas são encontradas com mais regularidade.

Resumindo, concluimos:

1.º: — Que a origem do canal torácico se encontra, em regra, entre a 1.ª vértebra lombar e a 11.ª vértebra dorsal;

2.º: — Que a existência da cisterna, de Pecquet individualisada, tal como é descrita, constitui uma disposição excessivamente rara, *no homem*;

3.º: — Que a terminação do canal torácico se faz, na grande maioria dos casos, por troncos múltiplos, podendo alguns desaguar na veia jugula r interna;

4.º: — Que, se existem outras comunicações do canal torácico com o sistema venoso, que não as conhecidas, da grande veia linfàtica e do canal torácico ao nível dos ângulos de Pirogoff, tais comunicações são extraordináriamente raras, devendo ser explicado pela especial dinamica da circulação linfática, o facto de o canal torácico não engrossar à medida que sobe, ao menos proproporcionalmente aos afluentes que recebe;

5.º: — Que a disposição das válvulas é a mais conforme com as condições de passividade circulatória da torrente linfática;

6.º: — Que as relações do canal torácico só apresentam uma certa invariabilidade, ao nível da porção torácica.

ERRATA

Pagina	linha	onde se lê	deve lêr-se
3	17	Veslingo	Veslingio
7	7	determinação	terminação
23	11	Teremos	Veremos
23	13	Narmóni	Nannoni
27	20	definição	descrição
29	13	Mascaqui	Mascagni
29	14	Quaiu	Quain
29	22	bedy	body
42	2	Penault	Perrault
42	4	Wuxtzer	Wutzer
61	5	operação	preparação