

UM CASO DE ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL

Observação tomada no serviço dos profs. Rubião Meira e Almeida Prado pelos internos Bonifacio de Castro filho e Domingos Larocca

Duplo motivo tem a publicação do presente caso: — Em primeiro lugar, o se tratar de uma affecção bastante rara e por vezes eivada de tantas difficuldades no diagnostico, que de ha muito o grande Lænnec dissera: "era capaz de conjecturar a existencia de um aneurisma interno, mas esseveral-o só o faria se lhe sentisse os batimentos".

Em segundo lugar, o reunir na presente observação a principal symptomatologia e signaes clinicos, além de uma estatistica dos casos registrados e autopsiados na Faculdade de Medicina de São Paulo.

Ser uteis aos collegas — tal é o nosso objectivo.

Observação

J. P. S. — Casado. — 47 annos. — Portuguez. — Procedente da Estação do Poá. — Leito 18 da 2.^a M. H.

Simple e singela a historia do nosso doente. Nenhum factio digno de nota em relação aos antecedentes hereditarios. Nos seus antecedentes pessoaes, conta variola aos 8 annos e grippe aos 20. Ha 8 annos contrahio um cancro syphilitico sem reacção ganglionar satellite. Nega blenorrhagia. Fuma com moderação e não abusa do alcool. Desde moço sempre trabalhou em serviços leves, pois tecelão é o seu mister. A sua molestia começou ha quatro annos, com dôres surdas na região lombar e que se espraivam para os rins, se intensificando á noite e perturbando-lhe o somno. Aos poucos foram se avultando e de 2 annos a esta data, ha occasiões em que passa quinze dias sem dormir. Ha um anno começou com perturbações digestivas, peso e ás vezes vomito, que obrigam-no aos alimentos leves.

A prisão de ventre, discreta, no inicio, augmentou a ponto de passar dez dias sem evacuar e concomitantemente pollakiuria e impotencia mais ou menos accentuadas.

Estado actual: — Bom, mas o "facies" é abatido e cansado. Para dormir recosta-se ao leito, sendo-lhe impossível o decubito dorsal pelas dôres que o torturam.

Exame geral: — Nada digno de nota em relação aosapparelhcs a não ser o clangor da 2.^a bulha no fóco aortico. O exame do abdomen revela: — Uma pulsação epigastrica forte que se intensifica com decubito dorsal. Pela palpação, sentimos batimentos expansivos e o tumor é doloroso á pressão. A ausculta na frente, revela duplo tom cardiaco e não se consegue ouvir sopro.

Na parte posterior um exame attento da região renal esquerda denota pequenas pulsações; a ausculta nesta zona e mesmo acima, até proximo do angulo costo-vertebral, revella um sopro systolico, francamente audivel pela auscultação immediata feita levemente. O figado e o baço conservam-se normaes. Não ha differença entre o pulso das femuraes e dos radiaes. A prova de Concato é positiva.

Exame de urina: Albumina e assucar, não contem.

Reacção de Wassermann = + + + +.

Affecção relativamente rara, os aneurismas da aorta abdominal constituem quasi que a excepção, podemos dizer, a minoria das ectasias da aorta.

Rara dizemos nós, e dados estatísticos fortalecem esta affirmativa. São conhecidos os casos do Guy's Hospital, num periodo de 1854-1900 (inclusive) em 18.768 autopsias relatam 325 casos de aneurisma da aorta e dentre elles 54 (16 %) da abdominal. Schrötter em 220 casos (19.300 autopsias) apenas 3.

No laboratorio anatomo-pathologico em 341 autopsias feitas de 1921 para cá (Klotz-Lambert) encontramos 12 casos de aneurismas, dos quaes 4 com localisação abdominal. Um dos casos apresentava dupla situação; supra e infra-diaphragmatica. A julgar pelos dados colhidos acima vemos que entre nós não rareia esta localisação.

Caracteres dos aneurismas da aorta abdominal

Dôr: — E' o symptoma principal e ao qual o professor Cardarelli dá tão grande importancia que chega ao rigorismo de dizer: "a falta da dôr faz excluir a formação de um aneurisma" A's vezes é o unico symptoma revelador do mal. Segundo Stokes ella é obtusa, terebrante, interrompida de tempos em tempos por terriveis paroxysmos, mas nem sempre é presente. Ha casos em que os aneurismas occupam as chamadas zonas latentes ou tolerantes ou zonas dos erros inevitaveis. A classificação de Broadbent em aneurismas com signaes e com symptomas, com signaes e sem symptomas, com symptomas e sem signaes e finalmente sem signaes e sem symptomas, mostra-nos que, quando o aneurisma se emquadra neste ultimo grupo praticamente é impossível a diagnose e razão assiste ao pro-

fessor Miguel Couto em dizer que "é mais obra de adivinhação do que de medico descobri-los". Tal é o caso publicado pelo professor Miguel Pereira na Revista de Medicina de S. Paulo (1898), citado na obra do grande mestre brasileiro. As dores, em grande numero de pacientes, assumem o character das nevralgias lombo-abdominaes, com irradiações paroxysticas epigastricas e dorso-lombares. Ao lado destas perturbações funcçionaes, temos a compressão de órgãos visinhos (ictericia, ascite, albuminuria) phenomenos gastricos (vomitos) dores no cordão espermatico e ás vezes até a obstrucção intestinal. A sensação de formigamento e adormecimento das extremidades, corre por conta de perturbações circulatorias.

O character continuo e pertinaz das dôres, indica uma compressão lenta e progressiva; coube á Mongagni a primasia de ter chamado a attenção no seu trabalho "De dolore lumborum"; é o factor de maior vulto no diagnostico.

Francisco Castro assim se expressa em relação a este symptoma: "Toda a dôr, no trajecto de um nervo, que não cede aos anti-nevralgicos, é causada por um aneurisma"

Signaes Physicos

Offerecem particularidades dignas de nota. O tumor apresenta "expansibilidade" á qual Concato dá grande importancia e descreveu o signal das "bandeiras" para pol-a em evidencia; todavia não é signal absoluto. Nem todo tumor expansivel é aneurisma, porque pode ser aneurisma e não ser expansivo, assim tambem como pode ser expansivo e resultar de uma collecção liquida proxima ao vaso e que delle receba as impulsões.

Ella resulta da penetração e impulso do sangue na massa tumoral. Um bom meio para pol-a em evidencia é collocar o pavilhão dos esthetoscopio em differentes pontos e mantel-o com o index e o medio de maneira a seguir as impulsões. Cordarelli diz: — "quando bem pesquisado é um signal de grande valor". Ao lado deste existem outros tambem de importancia. Ha um processo comumente usado pelo grande mestre italiano e que consiste em fazer forte pressão sobre o tumor com o fim de se supprimir o pulso femural; em se tratando de aneurisma este pulso não sofrerá modificação de monta quando, no caso contrario, elle desaparece totalmente. Comprehende-se que sobre um aneurisma é difficil exercer-se uma pressão completa. Esta manobra favorece o augmento da tensão na circulação dos membros inferiores, e consequente elevação do traçado esphygmographico, como o praticava F. Franck aconselhando tomar os traçados na tibial posterior. A

manobra de Scheele tambem pode ser praticada e consiste em premer simultaneamente as femuraes e accentuar os batimentos aneurismaticos.

Quanto ao criterio do pulso e da exploração em attitude genu-peitoral o citado mestre italiano não lhe dá grande valor.

Sopro systolico

Sabemos que uma simples compressão no trajecto de um vaso é bastante para determinar uma modificação da corrente e dahi um sopro, que se origina mesmo que a pressão tenha sido pequena. Ora, todas as vezes que procuramos o sopro systolico na aorta devemos evitar que qualquer pressão se exerça sobre o vaso. Quando se faz a escuta das arterias com sacco proximo do coração percebem-se as 2 bulhas cardiacas: a primeira coincidindo com a systole ventricular, produzida pela vibração da parede do sacco e determinada pela onda sanguinea; a segunda, diastolica (vibração sigmoide-aortica) a qual não nasce na arteria mas tem a sua origem na correspondente do coração e que se propaga até o ponto em que faz a escuta, isto é, na zona ectasica. Esta é a razão pela qual somente nos vasos proximos do coração ouvimos o tom diastolico, se bem que, em certos casos, como no nosso, possamos ouvi-lo mais longe. Como já ficou dito acima, da genese do sopro systolico deprende-se que a sua pesquisa e audiencia é um signal de grande monta.

Qual o seu valor, quando o encontramos, sem comprimir o vaso? A physica nos ensina: "toda a vez que uma corrente fluida passa de uma zona estreita para uma larga, ha formação de turbilhões (veia fluida de Savart) e a corrente fica mais veloz; escutando-se então neste ponto ouvir-se-á um sopro."

Em nosso caso não usamos esthetoscopio e por conseguinte não fizemos pressão; o sopro que ouvimos só pode resultar da penetração do sangue na systole pelo orificio esteosado do sacco, ou então, pela penetração em ponto mais dilatado.

Nos aneurismas o sopro é frequente e reconhece mais causas arteriaes do que exteriores. Para se evitar qualquer pressão sobre o vaso deve-se ouvi-lo no dorso, isto é, praticar a auscultação posterior como preconisa Cardarelli. Determina-se bem a zona da pulsação e applica-se o esthetoscopio na parede posterior no mesmo nivel dos batimentos. Havendo aneurisma o sopro é facilmente audível como succedeu no nosso doente.

Mechanismo de formação dos aneurismas

A physiologia nos ensina que é das camadas elastica e muscular que provém a resistencia das arterias e que esta resistencia é consideravel; quer se refiram ás tracções exercidas sobre ellas, quer sobre as pressões interiores.

As interessantes experiencias de Volkmann assim o demonstram; este autor vio que a carotida da cabra pode resistir a uma pressão de 2.250 mil. de Hg (14 vezes mais á pressão normal). A carotida do cão supporta ainda pressões maiores (3.000 a 8.500 mil.). As arterias do homem parecem menos resistentes, com 1.200 mil. de Hg, Volkmann não provocou a ruptura se não em um caso. A experiencia tem demonstrado e a clinica de sobejo o prova, que de todos os vasos é a aorta que mais facilmente se rompe. Em geral não se encontra o vaso com as paredes elasticas, tal como é, mas ao lado da hypertensão que age como factor coadjuvante, encontramos um canal com as paredes esclerosadas e o traumatismo encontra ahi um "optimo" para a ruptura. Ora, nós sabemos que nos aneurismas a alteração do tecido elastico é de regra; a area de esclerose peri-vascular destróe este tecido nobre e a arteria não guarda mais a sua resistencia e a cada systole cardiaca, neste ponto, corresponde uma distensão "e o aneurisma então se forma" Isto nos explica porque no atheroma, que é frequente, não ha formação de aneurismas. Aqui ainda a physiologia e a pathologia auxiliam-nos:

- 1.º) O atheroma é sobretudo uma lesão da endarteria;
- 2.º) A tunica elastica é intacta.

(Continúa no proximo numero.)

ASSIGNEM A "REVISTA DE MEDICINA"

BRASIL (6 numeros) .	10\$000
ESTRANGEIRO .	18\$000
NUMERO AVULSO .	2\$500