

Os aneurismas da crossa da aorta.

Sua exteriorisação dorsal.

Por Waldemar Job e Nino Marsiaj.

Medicos da Santa Casa

(Serviço do Dr. Octavio de Souza).

Os aneurismas, outrora tão abundantes em nosso meio, tornaram-se de algum tempo para cá tão pouco frequentes, principalmente os da crossa aortica, que não é raro se vêr passar mês sem sequer um caso figurar nos arquivos do Serviço.

Não é de desprezar, pois a oportunidade que se nos deparou de estudarmos alguns casos de aneurismas aparecidos simultaneamente no Serviço e que por suas particularidades merecem atenção.

Tratam-se de aneurismas da porção descendente da crossa da aorta, exteriorizados no dorso. Um deles, de dimensões colossais, é digno de registro pelo grau de exteriorização invulgar a que atingiu. Infelizmente, dado o estado miseravel, fisico e mental, em que o paciente nos veio ás mãos, não nos foi possivel colher a sua observação, do modo por que era de desejar.

Observação n.º 1 (resumida)

B. S. L., com 44 anos de idade, mixto, casado, pedreiro, dedicava-se á musica, tocando instrumentos de sôpro.

Antecedentes morbidos familiares. Esposa viva e forte. Teve um aborto espontaneo com feto macerado.

Antecedentes morbidos pessoais. Nega sífilis ou qualquer outra molestia venerea. Diz ter tido apenas alguns resfriados. Nunca teve molestia grave.

Habitos. Fumava muito. Foi alcoolatra inveterado.

Molestia atual. Sua molestia data de 6 mezes. Começou nesta epoca a sentir dôres nas costas, no espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo, que se propagavam até o esterno. Estas não eram continuas, não tinham regularidade de aparecimento e não eram influenciadas por nenhuma manobra ou medicação. Ha dois meses estas dôres se foram tornando cada vez mais violentas e continuas, não o deixando dormir á noite, motivo pelo qual resolveu procurar o Hospital, onde baixou á Enfermaria dr. Octavio de Souza, ocupando o leito 32, pap. 8321, a 30—11—1930.

Exame do doente. Indivíduo emagrecido e palido, tem na sua fisionomia estampadas a dôr e a aflição que o torturam. Prefere o decubito dorsal. Apresenta uma paralisia facial esquerda, consequencia de um ferimento por arma de fogo, recebido ha alguns anos na face. Ganglios inguinaes engorgitados, duros e roliços. Temperatura 36°,5. Não ha deformidade toracica ou da columna vertebral.

Aparelho circulatorio. Coração e aorta: Ictus cordis ao nível do 6.º espaço intercostal esquerdo, um pouco para fóra do mamelão. Area cardiaca aumentada em todos os sentidos. Contorno aortico excedendo a borda direita do esterno. Auscultação: 2.ª bulha aortica no foco aortico clangorosa, 1.ª um pouco abafada. Pulso 90, cheio e regular. T. A. Lado direito: 12½—8½. Lado esquerdo: 11½—7½. Outros aparelhos normais.

Exames de laboratorio: Exame de urina: Densidade 1025 — Traços carregados de albumina. Sedimento: cilindros hialino-granulosos.

Exame radiologico

Coração:

Diametro longitudinal	14,5 cms.
Diametro horizontal	13,8 cms.

Aorta:

Diametro transverso do pediculo vascular em posição frontal	10,9 cms.
---	-----------

Conclusões: Volumoso aneurisma da crossa da aorta (porção descendente) — Os diametros cardiacos estão normais (v. fig. 1).

Foi iniciado imediatamente um tratamento anti-luetico intensivo pelo iodureto de potassio, sais de mercurio e de bismuto.

Dia 10 de Dezembro o paciente começa a queixar-se de leve disfagia, a qual se vai acentuando rapidamente e dificultando a alimentação solida.

Dia 15 é feita uma radioscopia pela qual se verifica uma nitida compressão do esofago ao nível de seu terço medio.

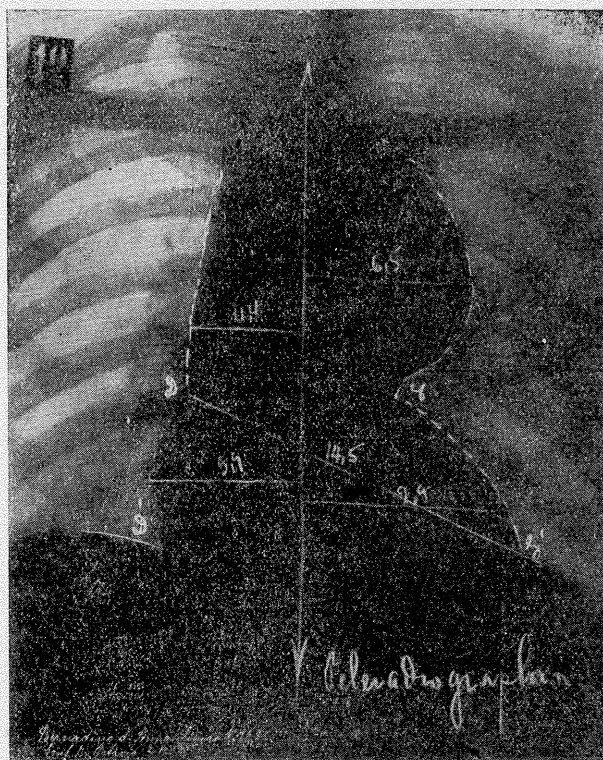


Fig. n.º 1

Dia 20, pela manhã, por ocasião da visita medica o doente se dirige para um de nós dizendo sentir que “qualquer coisa” crescia-lhe nas costas. Examinando-o verificamos, então, a existencia de dois tumores de dimensões desiguas, ao nível do espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo (v. fig. 2). Ambos de forma elitica e separados por um espaço livre de 5 cms. de extensão, medem, o superior 11 cms. longitudinalmente e 6 cms. transversalmente e o inferior 9 cms. por 5. Os dois fazem uma saliência de 3 cms., mais ou menos. Pela palpação verificamos a sua pulsatilidade e expansão nítidas. A escuta nada revelou.

Dia 2 de Janeiro de 1931, o estado do paciente se agravou. Foi suspenso o tratamento anti-luetico. Injeções diarias de morfina e solução Dastre per os. Disfagia intensa, os tumores aumentaram de dimensões: Superior mede 14 cms. por 8; inferior 12 por 8. Saliencia de 5 cms. Distancia entre ambos: 3 cms.

Dia 15 de Janeiro, o paciente insistiu em retirar-se para casa. Não mais pudemos encontrá-lo.

Observação n.º 2 (resumida)

R. C., com 41 anos de idade, branco, casado, carroceiro.

Antecedentes morbidos: Esposa viva e forte, nunca teve abortos. 4 filhos vivos e sadios. 3 filhos mortos antes de completarem um ano. (meningite — sic).

Antecedentes morbidos pessoais: Nega sífilis. Gonorréa ha dez anos. Molestia atual: Ha dois anos começou a sentir dôres fortes nas costas. Nada mais sentia. Considerado pelo seu medico como um sífilítico, fez tratamento continuado e intenso (?) com sais de mercurio e bismuto. Nunca fez Neosalvarsan. Ha um ano notou o aparecimento de pulsações nas costas, no mesmo lugar onde sentia as dôres. Estas não eram influenciadas pelo movimento ativo ou passivo. Logo após apareceu-lhe nesta região um tumor. Como este aumentasse progressivamente de volume e as dôres se tornassem mais intensas e insuportaveis resolveu procurar o Hospital, baixando á Enfermaria dr. Octavio de Souza em Dezembro de 1930, ocupando o leito 21.

Exame do doente: Indivíduo bem nutrido, com penicilo adiposo bem desenvolvido. Ganglios inguino-crurais e cervicais levemente engorgitados, duros e roliços. Temperatura 36°,7. Não ha deformidade torácica ou da coluna vertebral. Nota-se, entretanto, na altura do espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo um tumor ovoide fazendo uma saliência de 5 cms., mais ou menos, situado no mesmo nível da espinha do omoplata. Suas dimensões oscilam entre 10 a

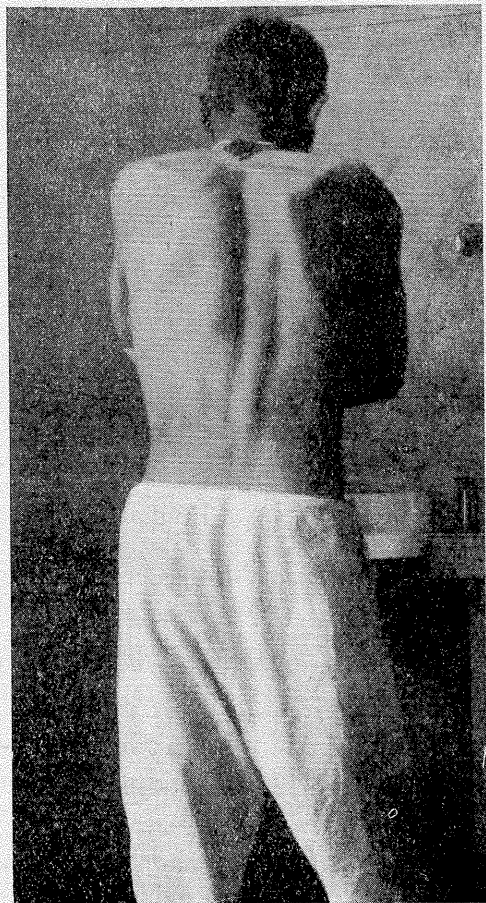


Fig. n.º 2

15 cms. de comprimento por 7 de largura. Acha-se dirigido obliquamente para a esquerda e para baixo. A pele que o recobre é vermelha e lúzida. Pela palpação percebem-se nitidamente sua pulsatilidade e expansão. A escuta nada revela de anormal.

Aparelho circulatório. Coração e aorta: Ictus cordis ao nível do 6.º espaço intercostal esquerdo, um pouco para dentro do mamelão. Area cardíaca aumentada.

Auscultação: 2.ª bulha no fóco aortico clangorosa. Pulso 80 — 85, cheio e regular. T. A. Lado direito: 17-9,5. Lado esquerdo: 17-9. Outros aparelhos normais.

Exames de laboratório — Exame de urina: traços leves de albumina. Sedimento normal.

R. de Wassermann: francamente positiva + + +.

Exame radiológico: Coração e aorta

Diametro longitudinal: 15,3 cms.

Diametro horizontal: 14,9 cms.

Os diametros cardiacos acham-se aumentados. Volumoso aneurisma do joelho posterior da crosse da aorta. (v. fig. 3)

Foi instituido logo um tratamento anti-luetico por sais mercuriais e bismuticos, que lhe trouxe a principio uma sedação para as dôres. Entretanto, alguns dias após estas recommçaram, tendo o paciente pedido a sua alta um mês após. Nunca mais o vimos.

Observação n.º 3

(resumida)

N. P. S., com 47 anos, branco, casado, carroceiro, natural deste Estado.

Antecedentes morbidos familiares: Nada que interesse no caso.

Antecedentes morbidos pessoais. Cancro duro ha 8 anos. Nunca fez tratamento especifico correto e conveniente.

Habitos Uso moderado de alcool. Não fuma.

Molestia atual: O inicio de seus sofrimentos data de um ano e meio. No inicio sentia dôres não muito intensas e não continuas na região antero-superior do hemitorax esquerdo. O seu medico assistente de então, julgando tratar-se de crises anginosas medicou-o neste sentido. Não obteve melhoras e as dôres intensificadas já não lhe permitiam o sono. Passou a usar então a morfina. Em pouco, viciado, abandonou toda a especie de trabalho, passando de consultorio em consultorio queixando-se de seu sofrimento intoleravel. Um de nós teve occasião de vê-lo por diversas vezes no consultorio de um colega lastimando-se e pedindo o terrivel toxico. Suas forças lhe foram progressivamente abandonando e foi na mais terrivel miseria fisica e moral que o doente baixou á Enfermaria dr. Octavio



Fig. n.º 3

de Souza aos 19 do mês de Dezembro de 1930, ocupando o leito n.º 8.

Exame do doente: Indivíduo extremamente emagrecido, em estado de inconsciência absoluta, em franco delírio. Respondia às perguntas que lhe dirigíamos com frases desconexas. (As poucas informações que temos foram fornecidas de memória pelos médicos que nos precederam, pois durante sua permanência no Serviço não nos foi possível conseguir falar com pessoas de sua família). Ganglios inguino-crurais, cervicais e de Amici engorgitados, duros e roliços. Temperatura 36°,7.

No dorso notamos: um tumor de volume considerável (v. fig.) ocupando todo o espaço compreendido entre o bordo superior do trapezão para cima, o ângulo inferior do omoplata para baixo, a coluna vertebral para a direita e o bordo externo do omoplata para a esquerda. Toda esta vasta região era ocupada por este tumor arredondado, liso e francamente pulsátil á simples inspeção. Fazia uma saliência de 10 a 15 cms. Pela palpação notava-se sua pulsatibilidade e expansão nitidas. A escuta nada revelava de anormal. A pele ao seu nível em

nada differia daquela das outras partes do dorso. (v. figs. 4 e 5)

Aparelho circulatório: Coração e aorta. Ictus cordis ao nível do 7.º espaço intercostal esquerdo, na linha mamilar. Escuta: 2.ª bulha no foco aortico clangorosa; 1.ª abafada. T. A. 14—15. Outros aparelhos normais.

Exames de laboratório: Urina: Traços carregados de albumina. Cilindros hialino-granulosos e granulosos. R. de Wassermann positivo ++.

Exame radiológico: Coração e aorta. O paciente faleceu subitamente em 4—1—1931. A família, que só então appareceu, reclamou o cadaver, não consentindo que se fizesse a autopsia.

Ligeiras considerações

Os casos que acabamos de descrever, pareceu-nos merecer especial interesse não sómente pelas desmedidas proporções atingidas por uma das bolsas aneurismaticas, como pela oportunidade que se nos apresentou de observarmos, simultaneamente, tres casos de aneurismas da aorta de localização e exteriorização menos frequentes.

Quem, como nós, se dedica ao serviço hospitalar diário não desconhece a estranha oportunidade que muitas vezes se lhe oferece de apreciar a baixa simultanea no mesmo serviço de varios casos de uma mesma afe-

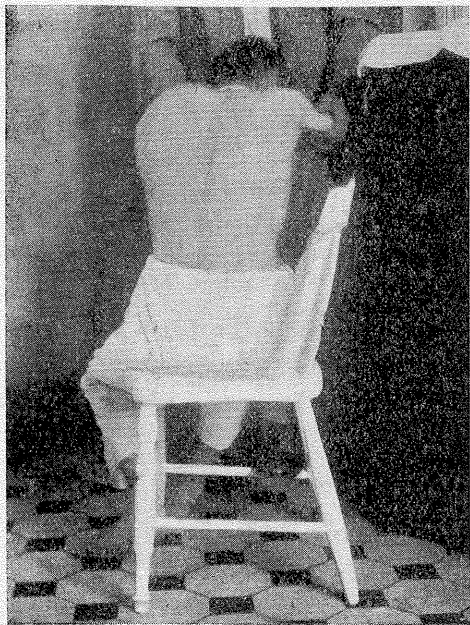


Fig. n.º 4

ção ou doença, por vezes de reconhecida raridade.

Os aneurismas da aorta não são atualmente observados com a mesma frequencia com que o eram ha alguns anos. Não sómente diminuiu o numero de casos, contrastando com o aperfeiçoamento dos metodos de evidenciação, como já não constitue espetaculo habitual a presença nas enfermarias de clinica de pacientes portadores de volumosos tumores aneurismaticos. Foi num joven brasileiro que Vaquez diz ter constatado o maior dos aneurismas até então examinados por ele. Foi a sua impressão que não esquece de recordal-a em suas aulas, acentuando, então, ser a sífilis no Brasil muito disseminada... Comquanto não desconheçamos a frequencia do "morbus gallicus" entre nós, não é de todo provavel que o país que lhe deu o nome se libertasse desse terrivel flagelo.

Julgamos não ser inteiramente devida a atual e progressiva escassez dos aneurismas entre nós, a uma melhor compreensão de sua etiologia e da necessidade do tratamento, pois as camadas sociais onde eles são

mais vezes verificados não beneficiam tais concepções, dada a inexistencia pratica, entre nós, de serviço de profilaxia da lues. A sífilis vascular, a que nos interessa no caso não sofreu decrecimo apreciavel. Atestam esta nossa asserção os numerosos casos de aortite especifica que encontramos na pratica diaria. A insuficiencia aortica arterial não perdeu ainda o seu predominio sobre as demais afeções cardio-vasculares (Nino Marsiaj).

A diminuição atual dos casos de aneurismas, entre nós, talvez encontrasse melhor explicação numa menor frequencia de suas causas ocasionais, entre as quais avulta pela sua importancia a hiperpressão aortica.

Somos dos que consideram o aneurisma aortico como sendo praticamente sempre de origem sífilítica. Hoje em dia o aneurisma da aorta deve ser sempre encarado como um estigma da sífilis. Tal concepção não é entretanto aceita por Cardarelli, para quem sómente 45% destes aneurismas teria aquela etiologia. "Poucos aneurismas tenho visto — declara Cabot — sem Wassermann positivo". Nos pacientes que serviram de motivo a esse breve comentario havia eviden-

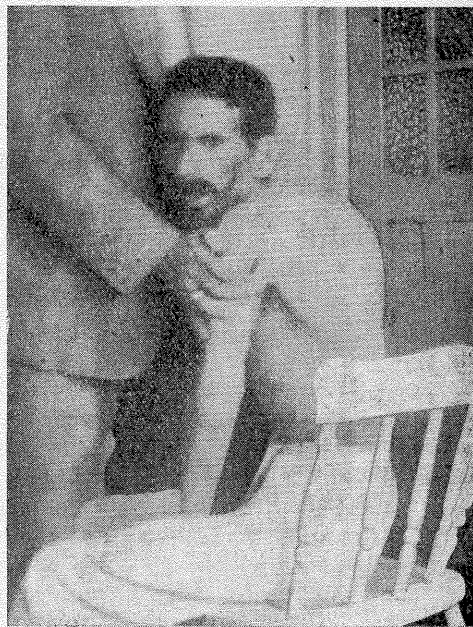


Fig. n.º 5

cia de sífilis. Outras infecções como causa de aneurismas da aorta não são geralmente admittidas.

A exteriorização dos aneurismas na parede posterior do torax não é muito fre-

quente. Ela é observada nos aneurismas da porção descendente da aorta, sem duvida a menos frequente de suas localizações. Dois terços dos aneurismas se localizam na porção ascendente e crossa da aorta, sendo o angulo de inflexão direita a séde mais habitual da afecção. E' peculiar na localização descendente a exteriorização posterior, dorsal, geralmente no espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo, seguindo-se por ordem de frequencia a compressão vertebral ou sua previa rutura na pleura, bronquio-esquerdo ou esofago.

Não vos cansaremos com a longa exposição de sintomas por que muitas vezes se evidenciam tais afecções vasculares. Não nos cumpre tambem salientar a decisiva contribuição da radiologia em semelhantes casos. Sómente pretenderemos mais uma vês salientar o valôr de um sintoma subjetivo que pela sua precocidade e frequencia merece especial relevo: a dôr.

Nos aneurismas da aorta, com uma constancia notavel, o primeiro sinal que os denuncia e precede aos demais sintomas é sem duvida a dôr. Ora revestindo o carater anginoso, ora sob a forma nevralgica, pela sua séde, constancia e tenacidade, ela deve despertar sempre no espirito do clinico avisado a hipotese de um tumor aneurismatico, quando outra causa explicativa não encontrar.

A dôr intercostal, principalmente á esquerda, permanente, rebelde aos calmantes energicos, deve fazer lembrar ao clinico a idéa de uma nevralgia de compressão e a compressão endotoracica mais frequente é certamente o aneurisma.

No serviço do prof. Otavio de Souza tivemos, ha 3 anos, ocasião de verificar o valôr desse sintoma. Tratava-se de um individuo moço, bastante robusto, que uma dôr não muito intensa até então, comquanto permanente, no espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo, obrigava-o a baixar ao Hospital. Nada encontrando em exames successivos que procedemos, a que pudesse ser filiada a sua unica queixa; cansados de prescrever diariamente os mais variados anti-nevralgicos e, quasi convitos de que o paciente, neuropata, dramatizava uma simples nevralgia intercostal, levamos o caso ao conhecimento do diretor do Serviço, prof. Otavio de Souza. Não escondemos nossa surpresa quando aconselhados a levar o paciente ao exame radiologico, sob fundamento de um provavel aneurisma da aorta. O cara-

ter, séde e tenacidade da dôr impressionára o nosso prezado mestre. No dia imediato tivemos no écran a confirmação de sua impressão clinica. Tratava-se de um volumoso aneurisma da aorta descendente. A literatura medica está repleta de casos ao que vimos de relatar. Desconfiai, pois, das nevralgias intercostais rebeldes.

Poderies perguntar, entretanto, qual a vantagem de um diagnostico precoce, uma vês já existente o processo destruidor, ainda que em sua fase inicial? Responderiamos: Um tratamento anti-luetico bem conduzido e precoce trará na maioria dos casos uma sobrevida grande ou até a cura clinica, como em alguns casos do prof. Garfield de Almeida, em que os pacientes retomaram todas as suas atividades profissionais, por vezes bastante penosas.

Dada a sua propria etiologia o aneurisma requer nesta fase um tratamento especifico adequado e prudente. Os sais de mercurio, de bismuto e o classico iodureto encontram aí a sua indicação, o mesmo não se dando com o Neosalvarsan que muitos accusam de determinar a fusão rapida do processo sifilitico, favorecendo assim em muitos casos a rutura do saço.

E' neste periodo tambem que devemos tentar duas medicações, infelizmente, ao que nos consta, entre nós até agora nunca feitas, e que nas mãos de alguns autores deram resultados satisfatorios.

Trata-se dos processos brasileiro e americano para o tratamento dos aneurismas da aorta. O metodo brasileiro consiste na voltaisação cutanea positiva da região cardio-aortica, com o fim de favorecer a formação de coagulos no interior do vaso. Conforme os casos fazem-se sessões diarias ou 3 vezes por semana, durante mezes a fio.

O metodo americano baseia-se nas pesquisas experimentais de alguns autores americanos, pelas quais ficou verificado que a percussão prolongada da 7.^a vertebra cervical determina uma contração reflexa dos musculos lisos da aorta, diminuindo-lhe assim o calibre.

Esta espondiliterapia daria, assim, otimos resultados, a ponto de Abrams (citado por Augusto de Freitas) proclamar-o de processo especifico para a cura dos aneurismas da aorta.

Augusto de Freitas associa os dois processos brasileiro e americano, obtendo desta forma a regressão completa de todos os sin-

tomas e mesmo a cura clinica em alguns casos.

Não tendo observação pessoal sobre estes metodos terapeuticos, achamos entretanto que se deve tental-os.

Somos, no entanto, cepticos em relação a toda e qualquer medicação empregada até agora quando se tratam de casos já adiantados, em que nada mais resta do tecido elastico do vaso.

Isto não significa, entretanto, que se deva cruzar os braços e nada fazer. Si o tratamento anti-luetico é então prejudicial e contra-indicado, o mesmo não se dá em relação aos processos terapeuticos acima citados.

Assim, Augusto de Freitas empregando os metodos brasileiro e americano associados para o tratamento de um volumoso aneurisma com exteriorização do tamanho de uma cabeça de feto, conseguiu a sedação das dôres, a diminuição de 6 cms. nas dimensões do tumor e uma sobrevida de 2 anos.

Si nem sempre podemos conservar a vida destes infelizes temos por obrigação de torna-la ao menos suportavel. Só assim teremos a certeza de ter bem cumprido a nosso dever.



Producto do
Laboratorio Moura Brasil
Rio de Janeiro.

Queiram os Srs. Clinicos pedir
amostras a

A. S. LOUREIRO
Galeria Municipal, 15 - P. Alegre

INSTITUTO DR. PEREIRA FILHO

Secção de Chimica Biologica e Microscopia Clinica — Exames de sangue, liquido cephalo-rachidiano, succo gastrico, leite, urina, materias fecaeas, derrames pathologicos das serosas, liquidos kysticos, pús, etc.

Secção de Parasitologia e Histologia pathologica — Reconhecimento dos parasitos vegtaes. Identificação dos parasitos animaes. Diagnostico histologico dos tumores.

Secção de Microbiologia — Diagnosticos bacterioscopicos e bacteriologicos — Vaccinas autogenas — Vaccina antigonococcica polyvalente — Vaccina anti-estaphylococcica — Vaccina anti-estreptococcica — Vaccina anti-colibacillar — Vaccina anti-estaphylococcica.

Secção de Sôrologia — Sôro-agglutinações — Sôro-precipitações.

Reacção de Wassermann (methodo classico).

Reacção de Weinberg-Parvu — diagnostico do kysto hydatico.

Reacção de Abderhalden.

TELEPHONE N.º 4.813

Rua Pinto Bandeira, esquina Voluntarios da Patria
PORTO ALEGRE