

Sôbre um caso de aneurisma da aorta

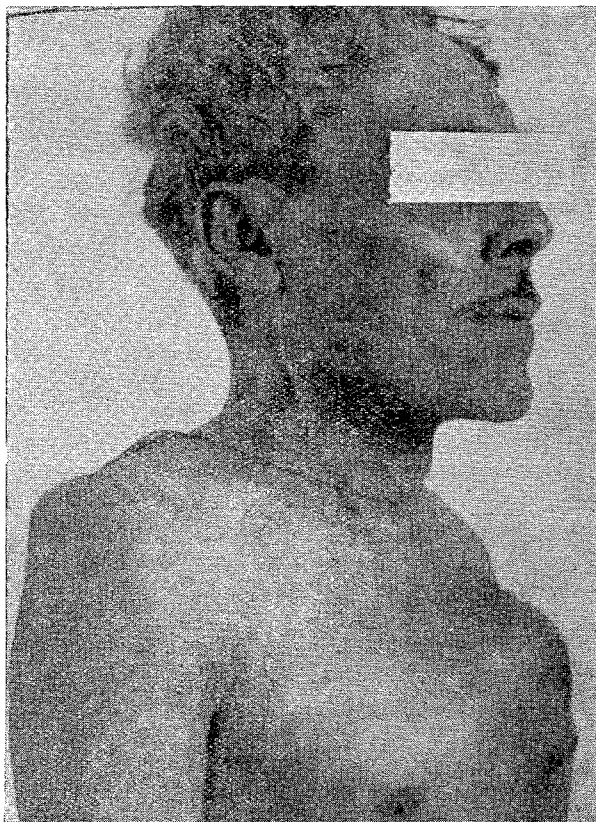
Dr. David M. da Silva Netto

Assistente da Segunda Cadeira da
Clínica Médica

Ao darmos publicidade ao presente caso, o fazemos porque o mesmo no período de sua evolução apresentou varias alternativas, que o tornam digno de estudo.

Trata-se de um indivíduo (O. C. L.), com 54 anos, branco, casado, de profissão pintor, residente nesta capital. Baixou ao serviço no dia 23 de junho de 1940. Relata que a sua doença teve início aproximadamente em janeiro de 1938. Quando certo dia dirigia-se para o trabalho, começou a sentir uma fadiga geral, ao mesmo tempo notou que a sua visão se tornava turva, tendo a impressão de ver pequenas estrelas (sic). Foi então obrigado a parar para evitar uma provavel queda. Sentiu na mesma ocasião zumbidos nos ouvidos e fortes pal-pitações na região epigástrica. Estes pródromos duraram vários dias e num mesmo dia várias vezes. Transcorridos dois meses aproximadamente destas primeiras manifestações, começou a sentir uma dor localizada na parte superior do tórax (lado direito), sendo a dôr irradiada para ambos os braços (face anterior) e mais acentuada no braço direito. Pensou então tratar-se de um reumatismo. Neste interim, começou a notar o desenvolvimento de um pequeno tumor localizado no lado direito do peito, muito doloroso, dando, por vezes, a impressão de ferroadas. Baixou à Santa Casa de Misericórdia desta Capital, em 1938, com a sintomatologia seguinte: Tumor, ainda pequeno, localizado na face anterior do hemitórax direito, dôr nos braços, tosse e expectoração. Tendo feito tratamento específico durante dois meses, conseguiu sensiveis melhoras, tais como regressão do tumor e cessação, em parte, das dôres, obtendo no fm deste tempo, alta melhorado. Voltou então às suas atividades normais. Logo depois, porém, sentiu agravar-se o seu mal, com rápido aumento do tumor e da dôr, localizada então somente no ponto tumoral, sendo obrigado a baixar pela segunda vez a Santa Casa, indo para nosso serviço. Apresentava desta vez a mesma sintomatologia, porém com dôres mais atrozes e o tumor grandemente exteriorizado. Fez o mesmo tratamento da vez precedente e, após dez meses, obteve a regressão do tumor, tendo alta em outubro de 1939. Descansou aproximadamente uns 15 dias e novamente voltou ao trabalho. Mas, como se dera anteriormente, de novo o tumor cresce, tornando-se agora mais volumoso do que dantes, com exteriorização notavel, chegando mesmo a, de um ponto de sua parede, surgirem algumas gotas de sangue. Baixou à Santa Casa em julho de 1940. Indivíduo do tipo mediolíneo, altura 1,84, pesando 85 quilos, eutrófico. Gânglios inguinais de ambos os lados palpaveis, indolores, duros e de

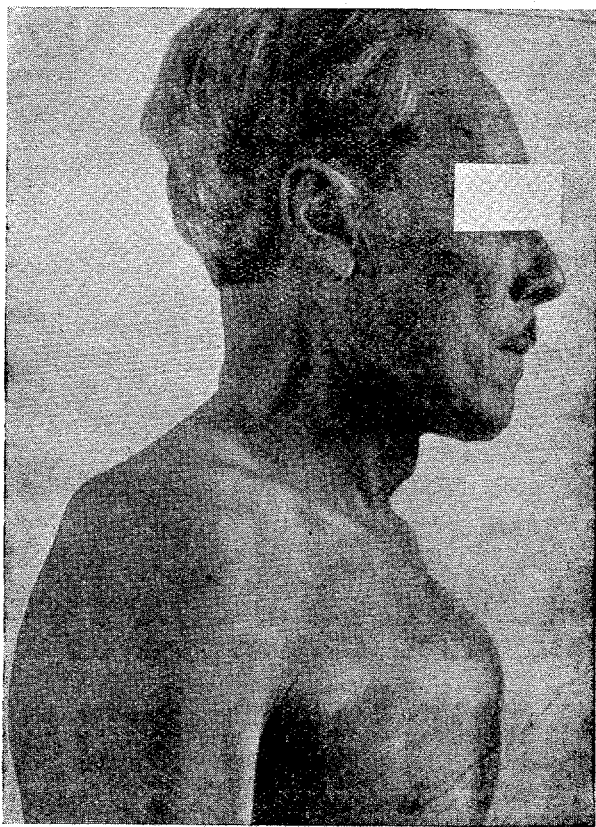
superfície lisa. Tibialgia acentuada. Pele elástica resistente, úmida, esboço de circulação colateral do tipo cava-cava-azigótica. Notamos uma tumoração localizada na parte anterior do tórax, indo em altura, do segundo espaço intercostal direito até ao quarto. A pele a este nível, mostra-se brilhante, cianosada, apresentando um botão hemático, conforme pode-se ver nas fotografias anexas.



Pulso radial regular, rítmico, batenco 84 vezes por minuto. Havia isocronismo entre os pulsos radiais direito e esquerdo. Pressão arterial MX II e MN $6\frac{1}{2}$. Reação de Wassermann francamente positiva. Pela apalpação encontramos ictus cordis no 5 espaço intercostal esquerdo, circunscrito, fraco. Sensibilidade dolorosa, algo exagerada, em toda a região precordial. Pela ausculta notamos no fóco mitral ligeira hiperfonese das duas bulhas, no fóco aórtico da segunda, ausência de sopro ao nível do tumor.

Para o lado dos aparelhos, digestivo respiratório e urinário, nada notamos de anormal. O nosso diagnóstico, em vista da sintomatologia que apresentava o nosso doente e da localização tumoral, só poderia ser aneurisma da aorta. O exame radiológico nos deu o seguinte resultado: Volumoso aneurisma saciforme interessando a totalidade da aorta ascendente e desenvolvido para diante e para os lados.

O presente caso nos sugere as considerações seguintes: O tumor teve a sua exteriorização exagerada por três vezes, e também em igual número de vezes se deu a sua regressão; para nós as regressões devem ser atribuídas ao tratamento específico a que foi submetido o nosso paciente e ao longo repouso a que estava forçosamente sujeito. O repouso prolongado que determina a diminuição da pressão arterial e, em consequência, da onda pulsátil sobre a parede vascular, dá margem



a que se forme com mais facilidade uma camada protetora dos coágulos estratificados. Ao sair da enfermaria o paciente entrava novamente em atividade, no exercício de sua profissão, tendo de dispensar maior esforço, que, forçosamente, aumentava a pressão arterial e o choque contínuo da onda sanguínea sobre a parede vascular, tendo como consequência uma maior pressão sobre a dilatação já existente, provocando, sem dúvida, a desagregação da parede, assim aumentando o saco aneurismático. Chegamos, pois, a uma conclusão que nos parece lógica: o repouso associado ao tratamento específico tem uma grande influência sobre a regressão dos aneurismas, porque diminui a intensidade da onda pulsátil sobre o saco aneurismático, facilitando desta maneira uma melhor formação de coágulos, e faz estacionar, não regredir, as lesões específicas.