

SOBRE UM CASO DE ANEURYSMA DA AORTA ABDOMINAL

(Conclusão)

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL

Quando num exame propedeutico deparamos com um exaggero das pulsações epigastricas, logo se nos surge a hypothese de um aneurysma e, no entanto, na maioria das vezes, acabamos propiciando o nosso diagnostico para qualquer outra entidade morbida. A causa dessa discordancia entre a hypothese primeira e a etiologia verdadeira das pulsações reside na raridade do aneurysma abdominal. É o que aprendemos nas sabias palavras de Jenner — “lembrem-se de que o aneurysma da aorta abdominal não é commum; podem-se observar milhares de casos de tumores com batimentos, no abdomen, antes de se encontrar um só caso de dilatação circumscripta da aorta; de modo que ao se encontrar uma pulsação localizada em vez de se pensar primeiro no aneurysma da aorta abdominal, a idéa desse diagnostico é ao contrario a que deve occorrer em ultimo logar”

Muitas vezes é absolutamente impossivel fazer-se o dignostico differencial no aneurysma da aorta abdominal. A attestar estão os erros frequentemente verificados ao se proceder ás autopsias, que são dos mais variados, taes como: tumores malignos situados sobre a aorta, calculos renaes, carie da columna vertebral, sarcoma do rim, cancer do esophago, obstrucção intestinal chronica, aortite, aortismo, etc. O erro não apresenta gravidade accentuada em se tratando de um processo neoplasico, visto como o prognostico é fatal, em ambos os casos, num decurso de tempo mais ou menos rapido.

Já não acontece o mesmo, porém, nos casos de exaggero das pulsações aorticas de origem nevropathica, p. ex., em que a confusão é imperdoavel, pois que se prognostica morte certa a um individuo que após algum tempo fica completamente curado. Infelizmente as falsas interpretações não são diminutas nellas, tendo nellas incorrido mesmo grandes mestres como Laennec e outros.

Vejamos, antes de tudo, como se póde estabelecer uma differenciação entre as pulsações epigastricas physiologicas e aquellas pathologicas. Normalmente, em individuos magros, comprimindo-se o abdomen, aproximando-se a parede anterior da posterior, é possivel perceber as pulsações da aorta na linha mediana, ao longo e á esquerda da columna lombar, apreciar o seu calibre, que oscilla

entre 15 e 20 millímetros, e, mesmo, acompanha-a em todo o seu trajecto até as suas ramificações terminaes. Não é raro, tambem, em certos individuos com tecido gorduroso escasso e obedecendo a determinados typos, observar-se, em decubito dorsal, entre o appendice xyphoide e a cicatriz umbellical, pequenos batimentos distribuidos nitidamente a duas zonas. Uma superior, ao nivel do appendice xyphoide e um pouco á direita, cardio-systolica, dirigindo-se do alto para baixo e da esquerda para a direita, que é a contracção do ventriculo direito transmittida através do diaphragma e do lobo esquerdo do figado. A segunda, inferior um pouco acima e á esquerda do umbigo, arterio-diaestolica, detrás para diante, é devida á transmissão das pulsações aorticicas por intermedio das visceras supra-jacentes. Ambas essas pulsações tornam-se mais brandas, menos visiveis, na inspiração. Examinando-as com attenção verificamos, ainda, que ellas não são synchronas e não possuem a mesma intensidade, pois que a superior precede a inferior de um curto lapso de tempo e é mais intensa, o que póde ser apreciado melhor se sujeitarmos o individuo a qualquer exercicio.

Pathologicamente os batimentos abdominaes podem ser classificados segundo resultam de uma causa cardiaca, extra-cardiaca ou arterial. Entre os primeiros assignalamos todos aquelles provenientes de um deslocamento ou augmento de volume do ventriculo direito, permittindo que as pulsações desse ventriculo cheguem ao nivel da fossa epigastrica por intermedio do lobo esquerdo do figado auxiliado pelo abaixamento do diaphragma. Esse abaixamento do diaphragma, em certos casos póde ser tão consideravel a ponto de favorecer um contacto intimo do coração direito com a parede abdominal anterior, notando-se então seja uma retracção ou uma elevação systolica nitida á esquerda do appendice xyphoide. Classificamos aqui as pericardites, emphyzema pulmonar, hypertrophias cardiacas e a chamada molestia de Rummo ou cardioptose.

Na insufficiencia tricuspidé, devido a um refluxo do sangue para a veia supra hepatica que se conserva sempre aberta, podemos encontrar um pulso venoso hepato-systolico. Nesses casos a veia cava inferior póde ser percebida com os caracteres de um grosso cordão molle e pulsatil, ao nivel do figado e um pouco á direita do umbigo. Além desse pulso venoso hepato-systolico podemos ter um pulso hepato arterial que se observa na molestia de Basedow e na insufficiencia aortica e para fazer-se o diagnostico differencial basta a pesquisa dos signaes communs a essas molestias. Além disso, no caso particular da insufficiencia aortica esse pulso hepato arterial é em geral brusco, violento, energico e ás vezes acompanhado da percepção do "thrill".

O lobo esquerdo do figado, o estomago cheio de alimentos solidos, o colon repleto por syballas, podem, em certos casos, transmitir os batimentos aorticos. O caracter passageiro, temporario dessas pulsações serve para a sua differenciação o que já não acontece com os tumores hepaticos ou gastricos de difficil distincção das ectasias aneurysmaticas, como veremos adiante.

Além dessas hypotheses acima não devemos nos esquecer de todas aquellas causas susceptiveis de modificar as relações topographicas da aorta abdominal taes como vicios da columna, tumores retro aorticos, etc.

Entramos finalmente no estudo das mais importantes causas de batimentos abdominaes — as arteriaes. Frequentemente encontramos em individuos com apparelho cardio vascular normalmente constituido e funcionando regularmente um pequeno augmento de calibre da aorta abdominal o qual dá logar a pulsações dolorosas, batimentos mais ou menos incommodos, angustiosos, raramente continuos, geralmente apresentando paroxysmos de duração e intensidade varia, constituindo as chamadas palpitações abdominaes, batimentos nervosos da aorta abdominal, aortismo abdominal, e que são encontrados em porcentagem elevada nos individuos nervosos, anemicos e sujeitos a assiduas perturbações gastro intestinaes. Essas pulsações apresentam-se ás vezes tão extensas que fazem suppôr uma ectasia pathologica ou mesmo um aneurysma — é o aneurysma dos estudantes, aneurysma fantasma. Eis os preceitos usados pelo grande cardio-pathologista professor Cardarelli, de real valor e grande auxilio na pratica medica, para a distincção entre a ectasia e aortismo abdominal:

1) Determinar a largura da aorta cuja media vae de 15 a 20 mills, mas que chegando a 30, 40 e 50 torna-se necessario pôr de lado a hypothese de um facto nervoso e concluir por uma ectasia;

2) Examinar o paciente em diversas horas do dia. Naquellas que se seguem ás refeições as pulsações são mais frequentes e intensas do que durante o jejum ou pela manhan, em repouso. Em se encontrando pulsações em todas as horas do dia, quer após as refeições, quer no jejum ou repouso, não se pôde concluir por um facto nervoso;

3) Examinar a extensão dos batimentos, pois que, quando elles são exaggerados, são perceptiveis em toda a extensão da aorta não só na porção que vae do appendice xyphoide ao umbigo mas tambem abaixo d'elle, podendo-se então eliminar a hypothese de um aneurysma que nunca attinge a tão desproporcionada extensão.

4) Ao examinar o paciente, dirigir as pesquisas para o lado da nevropathia, neurasthenia, perturbações gastricas, e, se mulher, nas irregularidades menstruaes, ou, em resumo, procurar con-

dições que indiquem uma predisposição á excitação nervosa vasal. Não se observando nada disso não se póde concluir por um facto essencialmente nervoso.

Vejamos mais alguns signaes, cujo conjunto concorre para reforçar o diagnostico de aortismo e afastar a confusão com as outras entidades morbidas. O tumor não é expansivo, verificando-se isso com o pollegar e o index collocados lateralmente ás paredes do vaso, que não soffrem afastamento, mesmo exercendo ligeira pressão. Ha excepção para com certos anemicos, em que se póde encontrar ligeiro grau de expansão, e até fremito, ruído systolico, duplo tom.

Porém, a aorta conserva a sua fixidez, a sua molleza, compressibilidade normal, de trajecto rectilineo que póde ser observado em grande parte da sua extensão, da pulsação synchronica com o pulso peripherico, e a palpação que não é muito dolorosa, apresenta a particularidade de se exacerbar no começo, para finalmente diminuir e desaparecer, acarretando certo allívio ao paciente.

De uma maneira succinta, a sua genese é varia, residindo para uns nas perturbações vaso-motoras, paralysisia dos nervos da parede aortica, e para outros, como Glenard, quando é percebida subjectivamente, indica nevropathia, mas quando objectivamente, uma enteropose, deixando a queda do colon transverso, a nú, acima do umbigo, a aorta palpavel entre a parede anterior e posterior do abdomen. Para de Giovanni varia de accórdo com os typos, sendo commum nos longilineos.

Do exposto supra, aprendemos a conhecer os caracteres de uma ectasia eventual, mas como estas na maioria das vezes indicam processos pathologicos intensos para o lado das paredes dos vasos, vejamos o seu diagnostico com uma lesão que é muito mais frequente do que os aneurysmas, e de facil confusão com o aortismo, pois que no começo da sua marcha a confusão é a praxe, isto é, com a aortite abdominal. Assim como no aortismo, o paciente accusa batimentos desagradaveis com accesos de exacerbação, o vaso apresenta-se animado de pulsações intensas, ectasiado pela perda de elasticidade das paredes, não apresentando expansão, podendo, porém, simular um aneurysma pelo facto de ás vezes, excepcionalmente, apresentar um ligeiro grau de expansão, fremito e até duplo tom. Examinando-se cuidadosamente, verifica-se que o vaso possui um deslocamento lateral que póde ser espontaneo como no caso de Tesssier, que ao examinar no dia seguinte um doente portador de tal lesão, encontrou a aorta em relação opposta á columna, e não como a deixou anteriormente. As suas paredes soffrendo perda de elasticidade, o vaso alonga-se, tornando-se de um comprimento maior do que o anterior, mas como as suas extremidades são dois pontos fixos, secundariamente

soffre uma incurvação de concavidade dirigida para a columna vertebral.

A aortite abdominal, frequentemente se manifesta por crises que podem simular a colica hepatica, gastrica, intestinal, cuja dôr de grande intensidade, pode partir de um ponto central do epigastro ou da região peri-umbelical e irradiar-se segundo o trajecto das arterias illiacas, para os membros inferiores, testiculos, columna vertebral, determinando rachialgias intensas, e tendo estas irradiações, importancia accentuada para o diagnostico differencial. O doente toma attitudes diversas e para attenuar a dôr, não podendo ficar em decubito dorsal, flexiona o tronco para a frente, comprime fortemente o epigastro e ás vezes se deita em cano de espingarda, principalmente nos casos de crises epigastricas (Teissier).

A pallidez, a respiração superficial e accelerada, a angustia, os suores frios e as tendencias syncopaes acompanham geralmente o acceso. A duração da crise varia de alguns minutos a alguns dias, mas o mais frequente é se estenderem por duas ou tres horas, repetindo-se em intervallos irregulares, em cada semana, dia e mesmo muitas vezes por dia. Termina-se mais ou menos bruscamente, deixando uma dôr surda e profunda, frequentemente acompanhada de perturbações gastro-intestinaes. Reapparece no decurso dos esforços, das grandes emoções, refeições copiosas, e ás vezes sem causa apparente. A dôr provocada pela compressão torna-se intoleravel quando se segura o vaso entre os dedos, ao passo que no aortismo além de não ser espontanea, na maioria das vezes melhora com a pressão.

Todos estes signaes não bastam para o diagnostico differencial, e Teissier para supprir tal lacuna, indica o conhecido com o nome de signal da pediosa: nos casos de aortite abdominal existe uma hypertensão na arteria dorsal do pé em relação á arteria radial, enquanto que no aortismo se observa hypotensão. A sua genese mais commum é a syphilis, paludismo, rheumatismo, infecção puerperal, tuberculose, entero-colite, peri-cholecystite, etc.

Para terminarmos com o diagnostico differencial, vejamos o entre aneurysma e os tumores abdominaes que recebem as pulsações cardiacas ou aorticás, sendo nestes casos que o clinico lucha com maiores difficuldades, ficando na maioria das vezes mergulhado nas duvidas e para attentar estas difficuldades eis o que o professor Migue! Couto escreve em uma das suas magistraes lições: "ordinariamente se encontram symptomas de compressão continua e progressiva e ás vezes indicios de um corpo maciço, onde não devia existir, no interior do thorax ou do abdomen. Adiantando-se no raciocinio mais do que lhe permite a obscuridade dos factos, o medico formula afinal um juízo; mas se diagnostica aneurysma a autopsia revela um neo-

plasma; se diagnostica neoplasma, uma hemorragia fulminante desvenda o aneurysma. Em uma recente lição, Cardarelli, o maior dos cardio-pathologistas vivos, não satisfeito de fazer em plena aula, para os seus discipulos, o balanço dos seus erros nesta especie, ainda lhes não soube dizer se o doente objecto da prelecção tinha uma neoplasma ou uma aneurysma”.

Vejamos os signaes que nos permitem reconhecer sobre a natureza da pulsação, isto é, se transmittida ou propria ao tumor.

1.º Os tumores da aorta abdominal são raros e os tumores das visceras abdominaes muito mais frequentes.

2.º Os tumores jamais apresentam expansão salvo quando são constituídos por uma collecção liquida (abcesso, kysto, etc.)

3.º As pulsações sobre os tumores diminuem gradualmente de intensidade, do centro onde a impulsão é maxima para a periphèria, onde apparenta um pequeno tremor ou oscillação superficial.

4.º Deslocando-se manualmente o tumor, com excepção nos casos de adherencias, deixando perder ou diminuir o contacto com a parede do vaso, o desapparecimento ou pulsação ou de um ruido, se é que existiam, bastam para excluir a hypothese de uma aneurysma.

5.º Collocando-se o doente na posição genu-peitoral, os tumores têm as suas pulsações modificadas, ou mesmo desapparecidas com excepção dos casos de adherencias ao vaso por solidas bridas de tecido conjuntivo.

6.º Nos casos de tumores pela pressão sobre elles, o pulso femural diminue de intensidade, tornando-se mais fraco, ao passo que no aneurysma tal não se dá, podendo mesmo augmentar.

7.º Os tumores pulsam numa só direcção, de baixo para cima, como que levantados, isso quando transmittidos pela aorta, sendo então as pulsações synchronas com o pulso peripherico, ao passo que quando transmittidas pelo coração em massa, ou só pelo ventriculo direito, além de synchronas com a cardiaca, precedem um pouco o pulso arterial peripherico.

8.º Os tumores não apresentam sopro, ruidos ou fremito, mas quando tal se percebe é devido a uma compressão ou tracção exercida pelo tumor sobre o vaso, concluindo-se que, quando se ausculta um tumor, não se deve exercer compressão, pois que, toda a compressão directa ou indirecta sobre um vaso póde dar logar não somente ao reforço de um ruido, mas tambem criar ruidos, que não existiam. Quando a compressão é arterial, o ruido é arterio-diastolico, mas quando venosa elle é continuo e accentua-se com a inspiração.

DOMINGOS LAROCCA.

BONIFACIO DE CASTRO FILHO.