

Serviço de Clinica de Doenças Tropicæes e Infectuosas do
Prof. Celestino Bourroul

Considerações em torno de um caso de "Mal de Roger"

Fuad Chammas e Luiz Kencis
Terceiroannistas

Entende-se sob a denominação de MAL DE ROGER, uma mal-formação cardíaca, que consiste em verificar-se comunicação interventricular determinada por um orificio situado em geral, na parte antero-superior do septo inter-ventricular, na "pars membranacea" deste mesmo septo, mal-formação esta descripta pela vez primeira em 1879 por Roger, á qual emprestou o nome. Por via de regra, perturbação alguma outra enquadrada nas mal-formações congenitas do coração, acompanha o MAL DE ROGER, havendo sempre todavia neste caso passagem de sangue arterial do Ventriculo esquerdo, onde é maior a pressão para o direito onde é ella menor, razão pela qual esta malformação é desacompanhada de cyanose.

Com effeito, podemos dividir as malformações cardíacas de um modo eschematico em dois grandes grupos baseados neste ultimo facto que salientamos: umas produzindo cyanose e as outras não, sendo as do primeiro grupo menos frequentes do que as do segundo; com particular referencia a deste grupo, isto é, mal-formações sem cyanose que mais nos interessam no momento, uma estatistica temos nos casos observados pelo professor Paul Giraud (professor dos Hospitæes Francezes) que verificou a presença da comunicação intraventricular.

Podemos salientar ainda as observações de Leon que teve a oportunidade de examinar sob o ponto de vista clinico e radiologico 19 crianças portadoras de malformação cardíaca sem cyanose, as quaes foram consideradas como portadoras de MAL DE ROGER. Ainda 63 casos observados por Costa Alvarenga

dos quaes porém só dois podiam ser considerados com portadores do MAL DE ROGER puro. Vê-se assim que é bastante raro apresentar-se puro o MAL DE ROGER.

Entre nós não tem sido grande o numero de casos observados a este respeito, mesmo porque o MAL DE ROGER, é uma das malformações cardiacas mais toleradas, citando-se mesmo muitos casos em que os doentes supportaram muito bem molestias as mais variadas, não demonstrando durante a existencia soffrerem qualquer incomodo por tal malformação como aliás acontece, com o caso por nós observado em que o paciente sente-se bem, tendo apparecido na enfermaria por estar fortemente acomettido por lesões produzidas pelo "sarcopsila penetrans" vulgarmente chamado "bicho de pé", e assim dados os poucos casos descriptos entre nós, resolvemos proceder á divulgação deste, por nós verificado. Trata-se, de facto, de um caso por nós observado na 6.^a Medicina no serviço do Prof. Celestino Bourroul, tendo sido chamada a nossa attenção para o mesmo pelo medico interno dessa enfermaria Dr. Paulo Minervini.

Relatemos em resumo o caso:

P. M. — Solteiro — 16 annos — Lavrador.

QUEIXA E DURAÇÃO: Lesões innumeras produzidas pelo "Sarcopsila penetrans" ha 3 mezes.

(Apresentaremos nesta observação apenas os factos que julgamos, de certo modo, interessar ao caso).

Assim no exame objectivo geral, vimos tratar-se de um individuo longilineo, pesando 43 kilos, tendo 1,55 de altura, não apresentando os dedos em vaquetas de tambor. Apresenta 98 pulsações por minuto, 20 movimentos respiratorios, sendo do typo thoraco-abdominal.

Estado geral bom, não havendo cyanose, nem edemas nem circulação collateral visivel. O paciente apresentava uma alteração psychica não respondendo normalmente ás perguntas feitas.

EXAME ESPECIAL: Á inspecção o "ictus cordis" apresenta-se para fóra da linha hemiclavicular esquerda no 5.^o espaço intercostal. A' apalpação o choque apexiano no mesmo ponto acima referido, deslocando-se mais para fóra no DLE (Bulhas palpaveis na ponta), fremito catareo intenso e mtoda região precordial principalmente na meso cardiaca. A percursão, a area cardiaca apresentando as seguintes dimensões a partir da linha mediana:

3.5 D	3E	2.º intercosto
3.5 D	4,5 E	3.º "
3.5 D	6,5 E	4.º "
3.5 D	8,5 E	5.º "

Podemos observar, por estes dados, que a area cardiaca apresenta-se augmentada, como mais tarde comprovou a radiographia.

À auscultação: fóco mitral: — somente é audível a primeira bulha, apresentando-se abafada, sopro holosistólico intenso, rude, em jacto de vapor, propagando-se transversalmente.

Fóco tricuspide: — o mesmo que o mitral, com a differença que o sopro é mais intenso. Fóco Pulmonar: Nenhuma bulha é audível, apenas o sopro holosistólico persiste, porem, com menor intensidade. Fóco Aortico: como o pulmonar, não apresenta bulhas audíveis, mas somente se ouve o sopro acima citado com menor intensidade.

É na região meso cardiaca onde se ouve o sopro sistólico rude com a sua maxima intensidade propagando-se transversalmente mais para o lado esquerdo do que para o direito. Além disso, ouve-se ainda o sopro, com pouca intensidade no espaço escapulo-vertebral esquerdo.

PRESSÃO ARTERIAL membros superiores: Maxima 12 e minima 6.5.

Pressão na arteria femural: Maxima 13 e minima 7.

EXAMES COMPLEMENTARES E DE LABORATORIO: — Reacção de Wassermann, negativa.

ELECTROCARDIOGRAMA: — Infelizmente, não nos foi possível obtel-o, por encontrar-se em concerto o aparelho da Santa Casa nesta ocasião; entretanto não apresenta o electrocardiograma nenhum signal característico, patognomônico da doença de que se trata, sendo que em uns casos observados, assignalou uma dissociação auriculo-ventricular, em outros, modificações da onda P. O electrocardiograma não tem assim grande interesse nesta questão.

RADIOGRAPHIA: — Leve augmento da area cardiaca.

Eis em synthese, a observação do caso que tratamos.

Como fomos levados ao diagnostico do MAL DE ROGER?

A auscultação, particularmente, serviu-nos de guia poderosa. De facto vinha ella nos revelar um sopro sistólico rude, em jacto de vapor, intenso; tanto o era, a ponto de propagar-se a todos

os fócios, mascarando por vezes as bulhas, ainda, fremito catareo na região meso cardíaca onde era mais intenso e de propagação transversal.

Ora, levando em conta esses factos e tendo em vista o estado geral bom do paciente sem indicio de cyanose, sem queixar-se por completo com referencia ao coração, fomos levados a umas tantas hypotheses que sufficientemente examinadas, nos conduziram áquella conclusão.

Na realidade, esse sopro sistolico, poderia ser occasionado por uma estenose da aorta na sua origem. Caracterisa-se com effeito, esse estado morbido, tambem por um sopro sistolico, com fremito catareo, sendo aquelle localizado na parte interna do 2.º espaço intercostal direito, ou mais acima, propagando-se para os vasos do pescoço, o que em absoluto não era o nosso caso, onde salientamos antes uma propagação transversal, e ainda mais, como fizemos notar, a maior intensidade do dito sopro era no nosso caso na região meso-cardíaca.

De mais, esse typo de malformação é raro, acompanhando-se de uma hypertrophia do ventriculo esquerdo, dada á estase que sobreviria então, ou residuo post-sistolico devido a não ser sufficiente a força ventricular para vencer a resistencia sobrevivendo então a super distensão diastolica que viria a ser o excitante da musculatura ventricular procurando assim augmentar a potencia da contracção, instalando-se então a dilatação e a ulterior hypertrophia. Alem disso, não devemos esquecer que é essa uma mal-formação grave, sendo muito frequente a morte precoce nesse caso. Por tudo isso foi essa typhese excluida das nossas cogitações.

Mal-formações taes como, a persistencia do canal arterioso, orificio de Botal, assim como a estenose pulmonar e a "Molestia azul", foram logo excluidas, pois salientamos desde o inicio, que o nosso doente não apresentava cyanose, que sobrevem logo nessas cardiopatias; mesmo porque Roger não admitia a existencia da cyanose na syndreme que descrevera, a não ser quando fosse acompanhada da estenose pulmonar. De facto, diz elle "se essa ultima lesão faltar, não ha "molestia azul" isso é o que comprovam as minhas observações".

Pelas características apresentadas poderia tratar-se de insufficiencia mitral? Pareceu-nos que não, se bem que é essa a malformação congenita que mais se presta á confusão com relação ao MAL DE ROGER. Ha casos na Literatura de diagnostico de communicação inter-ventricular e a necropsia veio revelar insufficiencia mitral, e vice-versa.

O sopro na insuficiência contudo, é mais doce, localizado na ponta, propagando-se para a axila e espaço interescapular. Enquanto, se bem que a propagação para o espaço inter-escapular era observado no caso em apreço, o sopro todavia, era rude, não havendo propagação para as axilas. Demais, na insuficiência mitral não ha fremito catareo, por via de regra, o que existia no nosso doente e com muita intensidade. Alem disso a insuficiência mitral pura é rarissima, e segundo Scherf, quando existe é em geral acompanhada de hipertensão arterial, insuficiência aortica, molestias do myocardio e estenose mitral, cujos symptomas o nosso paciente não apresentava. Dahi ex-ciurmos tambem essa suposição.

Seria, por fim, uma estenose do istmo da aorta? Respon-demos ainda aqui pela negativa; na realidade, nessas condições, ouve-se um sopro sistolico, podendo ser ascultado ainda, e The-remín acha mesmo de grande importancia, um sopro sistolico no dorso, no lado esquerdo do espaço escapulo-vertebral; toda-via, o sopro que se asculta na base, na estenose do istmo da aorta, propaga-se aos vasos do pescoço e ainda nessa porção do corpo, percebem-se apreciaveis latejamentos arteriaes, factos esses, não observados no nosso caso. Mas, a razão mais im-portante está justamente na dissociação das pressões arteriaes entre os membros superiores e inferiores, o que é facilmente compreensivel dada á natureza da malformação, como ainda a falta de pulso nas arterias femuraes o que não era, em absoluto, observado em nosso doente.

De facto, a estenose do istmo da aorta é a estenose do seg-mento da aorta, situado entre a subclavia esquerda e canal ar-terial. E assim, verificam-se signaes de dilatação da area aor-tica, como sejam pulsações ao longo das jugulares, dilatação das carotidas e da subclavia, pulso radial forte e cheio, em compensação o pulso é fraco e pode até faltar nas arterias cru-raes. E, segundo um autor é de importancia para o diagnos-tico encontrar-se um desenvolvimento exagerado da circulação colateral, destinada a compensar por parte da carotida e da subclavia a defficiente irrigação da metade inferior do corpo, sendo que as anastomoses estão, a cargo, da arteria mamaria interna, escapular posterior e da intercostal superior, ramos todos da subclavia. Por tudo isso, foi por nós excluida essa hypothese.

Restava-nos, portanto, uma unica suposição que foi jus-tamente pela qual optamos o diagnostico, ou seja a syndrome de Roger. Falla na realidade a favor dessa nossa affirmativa, antes do mais a falta de cyanose, e em seguida, temos de um

lado, como signal typico da mesma, o sopro rude, holosistolico, intenso até o ponto de propagar-se a todos os fócios mascarando, por vezes as bulhas por completo; sopro esse de propagação transversal de modo a ser ainda perceptivel no dorso. Assignala-se ainda o fremito catareo, signal esse de importancia como auxiliar no diagnostico differencial com relação á insufficiencia mitral, que por via de regra, é desacompanhada de fremito; de outro lado, temos a symptomatologia negativa, ou seja a falta absoluta de qualquer sensação do paciente com referencia á perturbação do seu aparelho circulatorio, facto esse que vem ainda corroborar no diagnostico differencial attinente á insufficiencia da valvula bicuspidé.

Quanto á explicação dessa anomalia, a theoria mais aceita é a emittida por Rokitansky, modificada por Keith, que acceitam a theoria teratologica, que interpreta essa malformação congenita, como uma detenção do desenvolvimento, ou uma disgenese no tabicamento das cavidades embrionarias, como tambem, de um transtorno de torsão do tubo primitivo.

Os defensores da theoria inflammatoria suppõe que a mulher durante a gravidez possa soffrer infecções que se transmittem ao coração do feto pela via venosa.

Ainda a este respeito, que a hereditariedade tenha tambem influencia, no apparecimento dessa malformação, provam-no factos insophismaveis. Assim Saller conta o facto, de uma mulher, da qual seis filhos, que tivera de um primeiro matrimonio eram cyanoticos. Casando-se ella depois novamente, teve filhos sadios e bem dispostos, devendo-se incriminar o facto primeiro verificado, exclusivamente á influencia paterna. Cita-se tambem o caso de Orth, em que um mesmo individuo casado por duas vezes, os dois filhos que tivera um de cada matrimonio, apresentavam malformações cardiacas.

Não devemos deixar de salientar tambem a possivel relação entre affecções congenitas do coração e accidentes diversos. De facto certos accidentes no transcurso da gravidez podem interromper o desenvolvimento geral do feto. Devemos acceital-os, é verdade, com muita prudencia, mas não podemos rejeital-os inteiramente. Os traumatismos estariam ahi comprehendidos. Sob essa expressão comprehendemos muitas vezes compressões que se exercem via de regra, espontaneamente, no interior do ovo, de outra parte os choques ou comoções externas que repercutiriam sobre o ovo e seu conteúdo. Desses choques phisicos, são inseparaveis os choques moraes, que são as emoções. Responsaveis que são ellas, por desordens graves, glandulares, vasculares ou organicas porque não seriam ellas

capazes de provocar perturbações distroficas? De facto Ferrana, citado por Laubry e Pezzi, na necropsia de uma mulher de 27 annos, achou uma larga comunicação inter-ventricular. O pae de 50 annos, gosava boa saude assim como os irmãos da mesma. A genitora da dita mulher, não tinha tãra alguma. Praticava, porém, em certa occasião o contrabando e acha-se por essa época nos primeiros mezes da gravidez, quando teve uma crise de ictericia emotiva muito pronunciada após um susto, causado pela perseguição de um guarda aduaneiro. Assim teriam ellas tambem o seu papel nesses factos.

As intoxicações chronicas tambem concorreriam para a producção da dita anomalia. Parece de facto razoavel, que uma intoxicação chronica (syphilis, tuberculose, quiçá mesmo o alcool, etc.) possa disnivelar esse monumento de equilibrio, presidido pelas leis naturaes insondaveis, que é o embrião no utero materno.

De um modo geral ambas as theorias (teratologica e inflammatoria) têm os seus prós e contras, sendo provavel que, segundos os casos, predomine uma ou outra, ou se combinem ambas.

Essas theorias explicam as geneses das málformações congenitas do coração puras ou combinadas. E a esse respeito é classico citarem a trilogia Fallot e a tetralogia do mesmo autor. A primeira é constituida por uma estenose da pulmonar, comunicação inter-ventricular e persistencia do buraco de Botal; e a segunda pelas duas primeiras malformações mais dilatação e translação para a direita da aorta e hipertrophia do ventriculo direito.

Em ultima analyse, pois, por tudo quanto estudamos fomos levados a considerar o nosso paciente como provavel portador do MAL DE ROGER. Dissemos provavel, pois, muitas vezes o diagnostico das malformações cardiacas, especialmente os diversos typos clinicos só podem affirmar-se com a peça anatomica.

Têm-se observado lesões congenitas, que clinicamente haviam passado despercebidas.

Se é possivel não diagnosticar uma lesão congenita, não é difficil equivocar-se ao pretender differenciar os diversos typos clinicos. Não devemos nos surpreender pois, se na necropsia de um caso analogo, não encontrassemos comunicações inter-ventricular. Consolar-nos-iamos antes com o caso de Gordey, no qual diagnosticou-se clinicamente o MAL DE ROGER, e a necropsia mais tarde nada mais revelava do que uma dilatação idiopatica do coração.

