

Considerações sobre um caso de falso aneurisma da iliaca externa (*)

Fuad Chammas

Quarto - anista

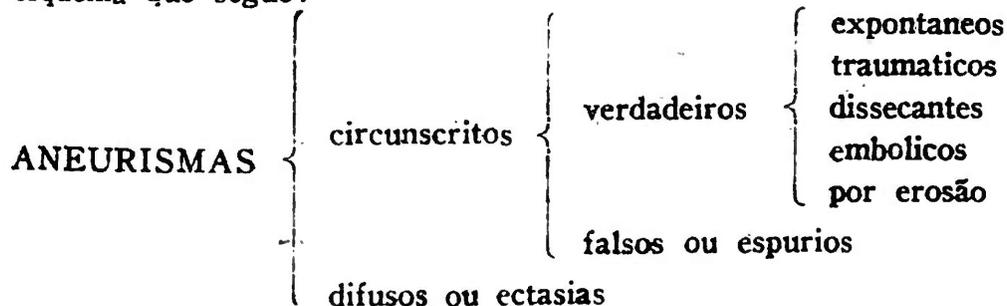
Antes de entrarmos no exame do caso de que iremos tratar, desejamos fazer um estudo, embóra superficial, dos aneurismas em geral.

Dá-se o nome de aneurisma á dilatação de uma arteria produzida pela alteração de sua parede, ou ainda segundo BROCA, aneurisma é um tumor circunscrito, cheio de sangue, liquido ou coagulado, em comunicação com o canal de uma arteria por um orificio mais ou menos estreito ou *cólo* e limitado por uma membrana que recebe o nome de *saco*.

Os aneurismas, segundo o modo de se apresentar, podem ser *difusos* ou *ectasias* e *circunscritos*, fazendo-se, no primeiro caso, a dilatação de uma maneira generalizada e no segundo caso de um modo limitado. Segundo POMMER, observa-se no exame histopatologico do primeiro aneurisma, isto é, do aneurisma difuso, um adelgaçamento da camada media e no do circunscrito uma solução de continuidade da referida camada. Ainda os aneurismas circunscritos, segundo a sua constituição, pódem ser *verdadeiros* e *falsos* ou *espúrios*, sendo que nos primeiros a dilatação é formada pela propria parede do vaso e nos segundos, o sangue, por uma perfuração da parede arterial, extravasa, escavando um leito no tecido celular peri-arterial, e este hematoma a principio difuso, torna-se limitado mais tarde por um tecido fibroso circunjacente que tende a isola-lo das porções circunvisinhas, comunicando-se com o canal arterial, pelo orificio que lhe dá origem. Este é o chamado falso aneurisma de que nós iremos nos ocupar mais adiante.

1) — TIPOS

Para analisarmos os diversos tipos de aneurisma, vamos nos basear no esquêma que segue:



(*) Trabalho apresentado no Departamento Cientifico em sessão de 7-4-938.

Aneurismas verdadeiros. — São aqueles em que a dilatação da arteria é formada pela propria parede do vaso. Compreendem, segundo o esquêma acima, os aneurismas expontaneos, traumaticos, dissecantes, embolicos, por erosão, etc.

a) Aneurismas expontaneos: — neste caso, ha uma dilatação da arteria observando-se como caracter principal, a origem expontanea.

Apresentam-se de formas variadas, como sejam os aneurismas sacciforme, navicular, fusiforme, etc. O aneurisma sacciforme é o mais tipico; o saco aneurismatico apresenta-se redondo ou alongado, tendo ás vezes diverticulos secundarios e terciarios, variando o seu volume do tamanho de uma nóz até ao de um punho. A localização desse aneurisma é mais frequente na crossa da aorta, e é devida aos fatores seguintes: 1) direção da crossa, 2) repuxamento exercido pelo pericardio fibroso, 3) existencia de pontos fracos nas paredes do vaso. A direção, evidentemente, sujeita a crossa ao choque impetuoso e ao martelar continuo e incessante da onda sanguinea, inflúe na localização aneurismatica. Quanto a ação do pericardio, como se sabe expande-se nos vasos da base e pelo repuxamento da referida serosa, concorre, se bem que mediocremente, na genese do aneurisma. Finalmente, quanto á existencia de pontos fracos, está plenamente demonstrada, pois passando uma lampada eletrica pelo interior da crossa, verifica-se que os raios luminosos atravessam mais facilmente minusculas zonas, menos espessas, e, portanto, mais frageis. Do mesmo modo, se ligarmos o vaso e o submetemos a uma fórte pressão interna, por meio de liquidos ou de gazes, veremos que esses pontos fracos fazem uma ligeira saliencia. Além dessa localização assinala-se, com menor frequencia, o aneurisma da aorta abdominal, da arteria iliaca, etc.

b) Aneurismas traumaticos: — este tipo de aneurisma é observado quando se submete uma arteria a ação de um corpo contundente de larga superficie, fazendo com que uma porção bem limitada da arteria, pela necrose ou por laceração da camada média em geral, se torne mais fragil, sujeita como tal, á formação do aneurisma, devendo-se assinalar aqui, que as outras porções da parede arterial se apresentam absolutamente normaes. A localização mais frequente dos aneurismas traumáticos é nas arterias perifericas e de grosso calibre, sujeitas assim, com maior facilidade, á ação traumatisante.

c) Aneurismas dissecantes: — iniciam-se esses aneurismas com um processo de ateromasia da intima e pequenas lacerações na camada média; no estado ulcerativo deste processo, o sangue penetra com violencia entre as tunicas da parede dissociando-as em extensão variavel; este hematoma intra parietal póde-se verificar entre a intima e a camada muscular, ou como mais comumente se observa, entre a porção externa da média e a adventicia. A localização do aneurisma dissecante, é mais frequente na aorta toracica e abdominal, mesmo porque a direção vertical, facilita em parte, a formação e evolução do referido aneurisma.

d) Aneurismas embolicos: — segundo PONFICK este aneurisma se produz pelo transporte de particulas embolicas consistentes, calcificadas que se destacam das valvulas cardiacas ou de um trombo, indo ter pela corrente sanguinea a uma arteria de menor calibre, produzindo-se ahi uma embolia; o embolo pela sua consistencia produz uma necrose por compressão da parede arterial, tornando-a mais fragil, predisposta, portanto, ao aneurisma. Esta modalidade é encontrada na arteria basilar do cerebelo, e a sua ruptura póde produzir uma hemorragia subdural ou intra meningeia, rapidamente mortal. Outras vezes o embolo é ceptico formado por germens, embolo micotico. Estas colonias cepticas, segundo EPINGER provêm de uma endocardite ulcerosa micotica do coração esquerdo. Os referidos embolos, levados pela corrente sanguinea, obliteram, em geral, as ramificações das arterias mesenterica superior, da base do cerebro, a aorta toraxica, femural, etc., provocando na parede vasal processos agudos ulcerativos que se iniciam na intima, propagando-se em seguida, ás outras camadas da parede arterial. A arteria, assim lesada, é fragil, disposta portanto ao aneurisma.

e) Aneurismas por erosão: - distinguem-se duas espécies, segundo o aneurisma seja produzido por uma ulceração proveniente do meio externo ou pelo contrario tenha se originado internamente. No primeiro caso, o aneurisma se forma quando a arteria se acha em relação com um fóco purulento, com uma caverna tuberculosa ou ainda com uma ulcera peptica. Ahi então o processo inflammatorio se inicia na adventicia, isto é, formando uma periarterite que necrosando a parede arterial, a torna mais fragil. No entanto, ás vezes, a intima reage intensamente transformando a arteria num cordão fibroso impervio; e a chamada *endoarterite productiva*. No segundo caso, a ulceração se inicia internamente, o que já foi referido quando tratámos dos aneurismas embolicos, onde quer por embolo asceptico quer micotico a lesão ulcerosa se manifestava.

Além desses aneurismas ha outros taes como: aneurisma arterio venoso, aneurisma congenito, aneurisma genuino, etc., que iremos apenas nos limitar a citar.

Aneurismas falsos ou spurios. — São aqueles em que o sangue por uma perfuração arterial, extravasa e escava um leito no tecido peri-arterial, tornando-se mais tarde limitado por um tecido fibroso reacional. Cumpre-nos notar que esses aneurismas se formam principalmente quando o sangue extravasado se coleta numa cavidade bem limitada, é o que se observa na fossa iliaca por exemplo, caso de que iremos tratar mais alem. A perfuração arterial causadora do extravasamento sanguineo póde permanecer aberta ou se obliterar-se por um processo racional da parede arterial. Quando permanece aberta, o saco aneurismatico se comunica com a luz arterial, de modo que a pressão sanguinea contínua e incessante tende a augmentar mais e mais o referido saco.

Quanto aos aneurismas *difusos* ou *ectasias* deixaremos de estudal-os por serem de frequencia muito limitada.

2) — ETIOLOGIA

Adoptamos a classificação do PROF. EDUARDO MONTEIRO por nos parecer uma das mais perfeitas. Os factores etiologicos dos aneurismas pódem ser divididos em predisponentes, determinantes e ocasionaes.

Os predisponentes são representados pela idade, sexo e profissão. Os determinantes são os que provocam a mesarterite destrutiva, condição capital do processo aneurismatico. Os ocasionaes acarretam a hipertensão intra-arterial, sob cuja influencia a parede recua estabelecendo-se a ectasia saccoiforme. Resumindo no seguinte esquêma:

Causas predisponentes	{	idade	{	saturnismo
		sexo		alcoolismo
Causas determinantes.	{	profissão	{	tabagismo
		Intoxicações		gôta
		diateses		reumatismo crônico
Causas ocasionaes.	{	infecções	{	sifilis
				impaludismo
				reumatismo poli articular agudo
				tuberculose
				gripe
		hipertensão		
		traumatismo		

Causas predisponentes. — A idade tem certa influencia sobre os aneurismas, pois que estes são mais frequentes entre os 30 e 50 annos. Rarissimo na infancia e na adolescencia. Contudo tem sido registrados alguns casos em crianças e mesmo em fétos, assim PHENOMENOW assinalou num feto um aneurisma da aorta abdominal, tão volumoso a ponto de constituir causa de distócia. Na idade adulta, como já dissemos, são muito frequentes os aneurismas, visto a sífilis, a principal causadora dos processos aneurismaticos, apresentar o seu acme entre a idade de 30 a 50 annos.

Quanto ao sexo, os aneurismas são mais assíduos no sexo masculino que é particularmente o mais sujeito ás infecções e ás mais variadas intoxicações. A profissão tambem tem sido incriminada como causa predisponente, pois tem-se verificada a sua maior frequencia nos indivíduos cujos misteres requerem grandes esforços musculares.

Causas determinantes. — Intoxicações taes como o saturnismo, alcoolismo e tabagismo têm sido imputadas como causadoras dos aneurismas, principalmente tendo em conta as lesões produzidas na parede arterial, como arteriosclerose, ateromasia, etc. Entre os fatores diatesicos sobresae a gôta e para tanto basta reproduzir as palavras de HUCHARD “a gôta é para as arterias o que o reumatismo poli-articular agudo é para o coração”. Finalmente entre as causas determinantes assinalam-se as infecções, que em geral se assestam na camada média da arteria, a camada resistente por excellencia, produzindo as mesoarterites. Entre as principais causadoras das mesoarterites assinala-se a lues, havendo mesmo autores que chegam a afirmar que 90% dos aneurismas é de origem sífilítica. Aproveitamos mais uma vez das celebres frases de HUCHARD onde se encontra a seguinte: “La siphilis aime les arteres”.

Causas occasionaes. — Entre estas causas destaca-se a hipertensão. Sob a influencia da hipertensão, a parede recua estabelecendo-se a ectasia saciforme. Portanto devem ser incluídos entre os fatores occasionaes todos aqueles que aumentam a pressão arterial, de maneira permanente ou transitoria, taes como digestão laboriosa, vomitos, esforços musculares, trabalho de parto, fortes emoções, etc. Assinala-se mesmo um caso muito interessante de RENDEL, medico de Brixton, que assistiu ao aparecimento rapido do aneurisma, em dois presos, após a leitura da sentença condenatoria. O traumatismo tambem pôde ser a causa da formação de aneurisma, como já assinalámos mais atrás.

3) — PATOGENIA

Todos esses fatores etiologicos que acabámos de enunciar, agem sobre a parede arterial produzindo os seguintes processos patologicos: arterite, arteriosclerose e ateromasia.

A *arterite* é um processo inflammatorio, mais comumente observado na aneurismogenese, e das arterites, a luetica é a que ocupa o primeiro plano. A sífilis determina lesões inflammatorias dos vasos, de grande importancia clinica pela gravidade que podem alcançar e pela influencia favoravel do tratamento no inicio da molestia. A aorta é arteria preferida pela lues, que age em geral produzindo uma inflamação gomosa, lesão essa que se localisa na camada média. Nesta altura, o processo vae destruir principalmente o tecido elastico que representa elemento de alta importancia na fisiologia do vaso, isto é, o elemento que se contrapõe a pressão intra arterial. Estas partes atingidas da camada média tornam-se mais frageis, e sofrendo a ação continua e incessante da pressão sanguinea, cedem e dão origem aos aneurismas que evoluem até a ruptura.

Depois da lues é a *arteriosclerose* se bem que em muito menor proporção, concorre para a produção dos aneurismas. A arteriosclerose se caracteriza por

uma degeneração das fibras elásticas e musculares da camada média com posterior fibrose. A parede arterial torna-se, portanto, mais fragil cedendo à tensão sanguínea, que, muitas vezes se apresenta levemente aumentada. A localização desses aneurismas é mais frequente na aorta abdominal e na iliaca, diferenciando-se dos de natureza luetica que são mais comuns na crossa aortica e na aorta torácica.

A *ateromasia* é caracterizada por uma degeneração gordurosa da intima e pela mesma razão ha o enfraquecimento da parede arterial, tornando-a predisposta, portanto, aos aneurismas.

Como acabamos de ver, qualquer um desses três processos, tem por fim destruir a camada média, a camada resistente, tornando-a enfraquecida, não mais apta a suportar a tensão sanguínea.

4) — ANATOMIA PATOLOGICA

Para terminamos esta parte geral, vejamos o exame histopatológico das lesões aneurismáticas produzidas pelos três processos já referidos.

Arterites — Neste processo inflamatório apenas vamos estudar o de natureza luetica, pois como já dissemos é o mais frequente. Sob o ponto de vista histopatológico, duas formas de arterite sífilítica se distinguem, de acordo com as lesões da mesoarteria. A forma comum e a forma gomosa. Na primeira nota-se o seguinte: na adventícia, uma infiltração linfoplasmocitária ao redor dos "vasa vasorum" e endoarterite obliterante dos vasos nutritivos. Observa-se na camada média um tecido de granulação em focos que evolue para tecido fibroso, constituindo cicatrizes. Nestes pontos os elementos da camada média inclusive as fibras elásticas são destruídas. Para o lado da intima nota-se um espessamento fibroso, suprimindo de algum modo o enfraquecimento da média que se deu pela já citada destruição. Na forma gomosa, a adventícia e principalmente a média são invadidas, em focos, por um granuloma, assim caracterizado: áreas de necrose, mais uma reação inflamatória que se traduz por um tecido de granulação formado por gigantocitos, plasmocitos, células histiocitárias, linfócitos e vasos de neo-formação.

De posse destas noções, podemos agora compreender o desaparecimento das fibras elásticas, indispensável à constituição dos aneurismas. Na média, ellas são atacadas, desfeitas e substituídas por gomas minúsculas de tecido de granulação. Na adventícia, o motivo principal é a endoarterite obliterante dos "vasa vasorum" com esquemias e necroses consecutivas. Focalizando o aneurisma vamos distinguir o cólo e o saco. Naquele notam-se as três camadas da parede arterial com o quadro da arterite luetica, neste, isto é, no saco existe apenas uma faixa de tecido fibroso, denso, recoberto internamente por uma camada endotelial. Depósitos calcáreos e zonas hialinas por vezes são verificados.

Na *arteriosclerose* vamos encontrar pelo exame histológico uma destruição das fibras elásticas da camada média, com uma posterior substituição fibrosa, de modo que a camada média neste estágio, se apresenta ricamente formada por um tecido fibroso, com ou sem impregnação calcárea. No cólo do neurisma ainda se evidenciam as três camadas o que não se observa na parede do saco onde vamos encontrar uma delgada faixa fibrosa.

Na *ateromasia* nota-se uma esteatose degenerativa da intima e da média que se evidencia melhor corando pelo Sudán III, corante específico das gorduras, com presença ainda de cristais de colesterina. Na média estes focos destroem as fibras elásticas. No saco aneurismático além da delgada faixa fibrosa nada mais se nota.

Feito assim, de um modo geral, um apanhado sobre os aneurismas vamos passar a relatar o caso por nós observado no Serviço Clínico do Prof. Celestino

Bourroul, aproveitando a oportunidade para deixar aqui os nossos sinceros agradecimentos aos Drs. Constantino Mignone e Mauro de Barros, o primeiro por nos ter sabiamente orientado e o segundo por nos ter sugerido o referido caso.

5) — OBSERVAÇÃO

A. A., lavrador, 52 annos de idade, casado, pardo e residente em Ourinhos. Entrada em 25-11--937. Obito em 11-12-937.

Queixa e duração. — Dôr na fossa iliaca direita ha 2 mezes, acompanhada de falta de distensão completa da perna direita.

H. P. M. A. — Sempre gosou plena saúde, começa o paciente, até que ha 2 mezes sentiu uma forte e repentina pontada na fossa iliaca direita, que o fez cair, pois que a sua perna direita falseou não o podendo sustentar. Desde então a dôr não mais desapareceu, ficando a sua perna dobrada. Nesse estado o doente procurou a enfermaria.

Interrogatorio dos aparelhos:

Olhos, ouvidos, nariz e garganta: — nada refere de particular.

Aparelho respiratorio: — dispnêa de esforço, sem apresentar tosse nem cefalêa.

Aparelho circulatorio: — palpitações de esforço, apresentando nos membros inferiores, principalmente no direito.

Aparelho digestivo: — além da falta de appetite, assinála vomito pouco frequentes. Fézes normaes, quer na côr ou na consistencia.

Aparelho genito-urinário: — oliguria e polaciuria. Dôres na bexiga quando retem pequena quantidade de urina, aliviando-se ao eliminá-la.

Aparelho locomotor: — dôr no membro inferior direito, originando-se na fossa iliaca direita, propagando-se á extremidade. A referida dôr aumenta, quando opaciente procura distender a perna que se acha em semi-flexão e leve abdução.

Sistema nervoso: — insomnias, não apresentando perturbações sensoriaes nem motoras, além das já referidas.

Antecedentes hereditarios: — paes falecidos; sua mãe de infecção puerperal, seu pae de pneumonia.

Antecedentes pessoases: — teve cancro luetico, nefrite na juventude. Impaludismo e pneumonia. Casado, tendo tido sua mulher 6 filhos sadios e um aborto. Etilista e tabagista moderado.

Exame fisico geral: — individuo longilineo, desnutrido, tendo 1,80 de altura. Pêe lisa apresentando-se distendida na fossa iliaca direita. Ganglios epitrocleanos não palpaveis, inguinaes pouco volumosos, moveis e não doridos. Facies normal. O decubito dorsal é o preferido apresentando a perna direita em semi-flexão e leve abdução. Psiquismo normal.

Exame fisico especial: — olhos, ouvidos, nariz e garganta; não examinados. Pescoço: cilindrico, notando-se os batimentos carotidianos e um pequeno tumor do tamanho de uma nôz, pulsatil na região antero-lateral direita do pescoço. Expande-se esse tumor igualmente em cada pulsação, coincidindo com a sistole ventricular. Crossa palpavel na furcula esternal. Signal de OLIVER-CARDARELLI presente. Boca: mucosa normalmente corada, lingua sem saburra e tremula. Dentes: falhos e mal conservados.

Aparelho respiratorio: — não nos foi possível fazer o exame completo desse aparelho, dada a posição do doente em decubido dorsal, no entanto, o exame da face anterior do torax nada revelou de anormal.

Aparelho circulatório: — á inspecção, a área cardíaca apresentou-se destituida de deformações. Choque apexiano no 5.º espaço intercostal, na linha hemi-clavicular esquerda. Á percussão a área cardíaca é normal. Á palpação

o "ictus-cordis" no 5.º espaço intercostal, para dentro da linha mamaria. Bulhas intensas ritmicas, com fremito, oitenta batimentos por minuto. Finalmente pela ausculta, observamos um sôpro sistolico na ponta, com propagação a todos os fôcos. Pressão arterial: maxima 160 — minima 100.

Abdomen: — á inspecção do abdomen nota-se um tumor pulsatil na fossa iliaca direita, com distenção da péle. A palpitação, o tumor é fixo e além das pulsações e fremitos do referido tumor, nada ha mais de particular. Á ausculta, percebe-se um sopro muito intenso, dando a impressão de se originar bem logo abaixo da péle. Pela percussão, leve sub massicez.

Aparelho genito-urinario: — nada de particular.

Sistema nervoso: — reflexos aquiliano, patelar e cremasterino presentes e normaes.

Exames complementares:

Urina: — densidade 1020. Glicose — negativo. Albumina — negativo. Acetona — negativo. Cristaes de oxalato de calcio em grande quantidade.

Sangue: — Wassermann — negativo.

Radiografias:

1) — Coluna dorso-lombar. Aorta abdominal:

Espaços inter-articulares conservados. Formação de osteofitos das ultimas lombares. Artrite hipertrofica. Radiologicamente não ha sinal indireto de aneurisma da aorta abdominal.

2) — Pescoço e bacia:

Acentuada dilatação cilindroide da aorta ascendente, crossa e descendente. Coração de pequenas dimensões. Não nos foi dado o resultado do exame radiologico da bacia, em virtude da radiografia não ter sido bem nitida.

6) — DISCUSSÃO

O que logo nos chama a atenção á primeira vista são os seguintes sinais clinicos: tumor na fossa iliaca direita com sôpro e fremito, acompanhado de dôr que se propaga ao membro inferior do mesmo lado. Perna direita em semi-flexão e pequena abdução e, finalmente, pequeno tumor tambem pulsatil, na região antero-lateral direita do pescoço, com a crossa palpavel na furcula esternal. São esses os elementos clinicos de que nós nos iremos servir para chegar ao diagnostico.

O simples fato de ser um tumor pulsatil, expansivo, com fremito e sôpro, faz-nos logo pensar num aneurisma, si bem que, ás vezes, e isso não é muito raro, observamos a interposição de uma massa solida ou liquida entre uma arteria de grosso calibre e o revestimento externo, de modo que as pulsações daquella são transmitidas ao meio externo pela massa interposta já referida, dando da impressão de um verdadeiro aneurisma, não obstante a arteria se achar normal e completamente integra. Neste caso, poderiamos aventar 3 hipoteses: néoplasia do cecum, abcesso apendicular e finalmente, tuberculose peri-cecal. Note-se, que alem desses processos ha outros, mas nós deixaremos de referir, por serem de uma frequencia muitissimo limitada. Seria uma néoplasia do cecum? Nesse caso deveriamos encontrar um tumor solido, movel, consistente, e provocando alterações funcionaes para o lado intestinal, taes como diarréa, fézes sanguinolentas, etc. A caqueixa acompanha esses casos, pois, por via de regra, essas néoplasias são de caracter maligno. Foi logo excluida essa hipotese, pois, como vimos na observação, o paciente nada apresentava do referido. Quanto ao abcesso apendicular, este tambem foi posto de lado, pois, em geral, nesses casos, produz-se um estado febril e outros sintomas de processos inflamatórios, que não observámos no nosso caso. Resta-nos a tuberculose peri-cecal. Esta seria, em geral, de natureza secundaria sendo o pulmão, por via de regra, a séde primitiva da lesão. No entanto, o doente não conta uma historia pul-

monar, como dores torácicas, tosses, suores, etc., e além do mais, na tuberculose peri-cecal, o estado febril é seu satélite, o que não observámos no nosso paciente que se apresentava com a temperatura constantemente normal. Para finalisar, devemos dizer que em qualquer um destes três casos assinalados o tumor pôde apresentar movimentos pulsateis, não próprios, mas transmitidos, que no entanto, são pouco amplos e quasi sempre desacompanhados de sôpro e fremitos, ou quando estes existirem, serão de caracter profundo e pouco intensos, o que não observamos no nosso caso.

Assim, considerando que a massa tumoral era fixa, que os movimentos pulsateis eram de grande amplitude, considerando a existencia de sôpro e fremito intensos e de caracter superficial e a ausencia de perturbações digestivas como melena, diarréa, etc., e tendo em vista o estado bom do paciente, sem se apresentar febril, e, ainda, considerando os aneurismas da crossa e na região antero-lateral do pescoço, fomos levados a admitir o nosso paciente como portador de um aneurisma de uma das arterias da cavidade iliaca.

Estava, desse modo, feita a primeira parte do nosso diagnostico. Mas não ficamos ahi, fomos mais além, pois que, pela sintomatologia brusca e repentina apresentada pelo paciente e por jamais ter notado a menor perturbação para o lado da região referida, ousamos supôr que se tratava de um aneurisma que se romperia numa cavidade pré-formada, a cavidade iliaca no nosso caso formando-se assim um grande hematoma, constituindo, um falso aneurisma. De que arteria seria esse aneurisma? A principio se supoz que fosse da aorta abdominal, porem, mais tarde, com um exame mais acurado e pelos sinais subjetivos, objetivos e radiologicos, localisamos o aneurisma na arteria iliaca direita, que pela sua ruptura dá vasão ao sangue que estagnára na fossa iliaca direita, produzindo por compressão nervosa, a sintomatologia sensitiva (dôr) e motora (flexão e abdução da perna), apparecidas bruscamente. E, pela compressão do sistema venoso, veia iliaca direita, se explica o edema mais intenso no membro inferior direito, e pela parcial compressão do inicio da cava inferior se attribue o menor edema do membro inferior esquerdo. Estava assim feito o diagnostico. "Falso aneurisma da arteria iliaca direita".

Pouco tempo após, o paciente faleceu e procedeu-se a autopsia no Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de S. Paulo, pelo 1.º Assistente, dr. Constantino Mignone, o qual constatou o seguinte:

7) — RELATORIO DA NECROPSIA

Generalidades: — Cadaver do adulto, do sexo masculino, de côr parda, medindo 180 cms. de comprimento. Cabeça regularmente conformada. Palpebras abertas, corneas transparentes e pupilas igualmente dilatadas. Narinas e ouvidos nada apresentam externamente digno de nota. Boca, com dentes falhos e mal conservados. Pescoço, nada digno de nota. Torax com o diametro antero-posterior aumentado. Abdomen plano. Genitais externos e anus nada apresentam digno de nota. Regidez cadaverica presente nos membros inferiores.

Cabeça: nada digno de nota.

Orgãos do pescoço: nada digno de nota.

Cavidade toracica: adherencia pleuraes difusas á direita.

Pulmão direito: com congestão e edema.

Pulmão esquerdo: com congestão e edema, assim como enfisema vicariante do lóbo superior.

Coração: nada digno de nota.

Aorta: a aorta apresenta-se em toda a sua extensão com o calibre bastante alargado á custa de um augmento da sua luz, assim como apresenta-se alongada. Esta dilatação da arteria é bastante evidente, principalmente ao nivel da porção ascendente e da crossa. Esta dilatação se continua atravez do tronco bra-



Fotografia da cavidade abdominal, mostrando o grande hematoma, que ocupava quasi todo o hemiabdomem direito

quio-cefalico e respectivas divisões, arteria sub-clavia e carotida direita. Destes vasos torna-se muito evidente o augmento de calibre da sub-clavia direita. Nesta, devido a um augmento de tamanho do vaso, observa-se um nitido acotovelamento dirigido para cima. A arteria sub-clavia esquerda e carotida esquerda apresentam esta dilatação menos evidente. Na parte distal da arteria iliaca externa direita, face externa, nota-se a presença de uma solução de continuidade da parede; atravez deste espaço a luz do vaso se comunica com a luz de um aneurisma do tipo sacciforme, de forma globosa, do tamanho de uma laranja baía. Este aneurisma, originario da parede da arteria iliaca externa direita, se aloja profundamente no hipogastro, isto é, assenta sobre a parede abdominal posterior e ao mesmo tempo sobre as faces lateraes das vertebrae lombares, apresentando-se fortemente adherentes ás mesmas. Foi a ruptura de determinado ponto da parede deste aneurisma que ocasionou a formação do vasto hematoma acima mencionado. A abertura da arteria aorta em toda a sua extensão demonstra a presença de placas irregulares de tamanho e forma, esbranquiçadas, de aspéto rugoso, na endarteria, ao lado de outras áreas em que a endarteria se apresenta com depressões e saliencias irregulares, em pontos nos quaes a parede é diminuida na sua espessura. Ao lado disto, observam-se placas de ateromasia, mais numerosas ao nivel da aorta abdominal.

Diagnostico: Aortite sifilitica. Arteriosclerose. Aneurisma sacciforme da arteria iliaca externa direita, com ruptura e formação de falso aneurisma.

Cavidade abdominal: — Aberta a parede abdominal anterior, nota-se a presença de uma enorme massa de aspéto tumoral, de côr vermelha escura, de situação retro-peritoneal, saliente em direção á cavidade abdominal e occupando todo o hemi-abdomen direito. Esta massa é mais evidente, mais volumosa, na altura do hipogastro desse mesmo lado. Seccionada a parede posterior do abdomen a esse nivel, observa-se que o supra-mencionado tumor é constituído por um vasto coagulo sanguineo que engloba na sua espessura o rim direito. Esta massa sanguinea está em comunicação atravez de uma solução de continuidade com a luz de um sacco aneurismatico originario da arteria iliaca externa direita, e que já foi descrito acima.

Figado: nada apresenta digno de nota.

Baço: com intensa autolyse.

Pancreas: autolisado.

Estomago: nada digno de nota.

Rim esquerdo: policístico.

Rim direito: com anemia.

8) — CONCLUSÃO

Pelo exposto na autopsia observamos que a um aneurisma verdadeiro, originario da arteria iliaca externa, succedeu-se um aneurisma falso ou spurio. Toda a massa pulsatil, palpavel, era formada, portanto, em grande parte pelo hematoma e em menor porção pela parede do vaso. Alem do mais, a localização do falso aneurisma, que como vimos na discussão, era dubia, pois que apenas diagnosticamos falso aneurisma da arteria iliaca e não especificamos qual iliaca, veio pela necropsia a ser localizado na "iliaca externa". Interessante foi a explicação anatomica do pequeno tumor pulsatil, situado ao nivel da região antero lateral do pescoço, considerado clinicamente como um aneurisma verdadeiro, tratava-se na verdade, de uma ectasia e alongamento da arteria sub-clavia com acotovelamento superior e que se tornava saliente no meio externo. Finalmente a ectasia da aorta ascendente, da crossa e do inicio da descendente não nos fez admirar porque mesmo durante a vida do paciente com o auxílio do exame radiografico, já se tinha feito o referido diagnostico.