

AS MANIFESTAÇÕES DOLOROSAS NAS AFFECÇÕES DUODENAE

por

H. ANNES DIAS

Professor da Faculdade de Medicina de Porto Alegre
Membro da Academia Nacional de Medicina

São, por vezes, na clinica bastante desconcertantes as manifestações dolorosas produzidas por certas affecções do duodeno. Umas vezes ellas se mostram imprecisas, esfumadas, e não chamam a attenção do clinico para o lado do duodeno; outras vezes, num quadro dyspeptico confuso, surgem repercussões dolorosas á distancia que, só quando bem analysadas, poderão ser attribuidas á sua verdadeira origem. Tanto mais difficil se torna essa verificação quanto é certo que ainda são mal conhecidas essas dôres á distancia, essas dôres **“referidas ou reflectidas”**, para usarmos a denominação que lhes foi dada por Head e Mackenzie.

O caso clinico seguinte nos vai mostrar a importancia do estudo desses reflexos viscerosensitivos.

Observação: R. B., commerciante, 55 annos, 87 kilos. Ha muitos annos que soffria de cephaléa, sobrevindo esta quasi todos os mezes com vomitos, photophobia, irritabilidade nervosa; a enxaqueca durava um dia todo e levava o doente á cama. De 4 annos para cá diminuiu bastante a cephalalgia que só vem a largos espaços. Ha 10 annos diz ter tido “rheumatismo” sem febre; tem tido

algumas vezes **“dor de fome”**, isto é, uma sensação dolorosa que desaparece com a ingestão alimentar. Sempre soffreu de prisão de ventre muito rebelde. Ha 4 mezes que tem, frequentemente, dôr na região do mamello esquerdo, sem qualquer relação com o exercicio; diz que, ás vezes, após perturbações digestivas a dôr vai do epigastrio para o precordio e dahi se estende para o braço esquerdo. Não tem dyspnéa de esforço, dorme bem, accordando-se 2 ou 3 vezes á noite para urinar. Após as refeições sente peso no estomago, azia, mas não tem vomitos. Ao exame, encontrámos um homem de compleição forte, um tanto plethorico. Máus dentes, lingua saburosa; esternalgia, reflexos cutaneos e tendinosos normaes. Dôr á pressão do lado esquerdo na região umbelical, pulso 96; o primeiro tom aortico é velado e o segundo muito accentuado. Tensão arterial (Pachon): Maxima, 19-minima 12-indice oscillometrico 4.

No dia 10 de Outubro, andando a passeio, cerca de 3 horas após o almoço, teve violentissima dôr epigastrica, com repercussão inter-escapular; quando o vimos, o doente, extremamente pallido, coberto de suores frios, dava impressão do maior soffrimento e dizia sentir-se em imminecia de morte, tal a violencia da dôr. Tinha a impressão de que fossem duas dôres, uma no ventre, a que primeiro se manifestou, e outra no tho-

rax, á esquerda da columna vertebral na altura da quinta dorsal, com repercussão esternal. (Figuras 1-2).

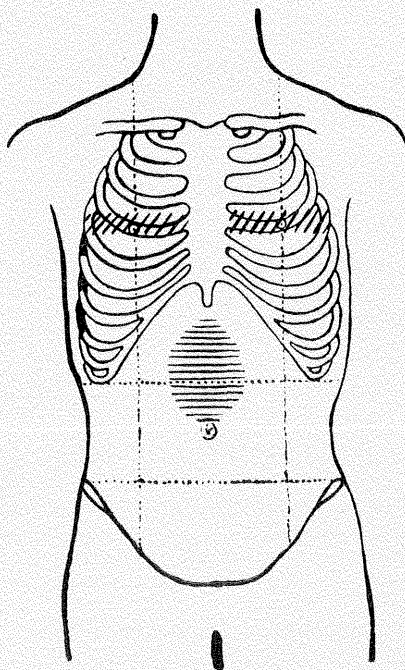


Fig. 1.

Ao mesmo tempo o doente sentia o ventre inchar e se via obrigado a afrouxar as calças e ceroulas, havendo forte tympanismo epigástrico. A dor epigástrica attenuou-se aos poucos mas durante muitas horas a dor dorsal se manteve violenta e perdurou mais de 4 dias. O doente fez uso de varias lavagens intestinaes sem resultado, havendo completa parada de gases e de fêzes. Não teve vomitos, mas náuseas. Foi instituida a medicação antispasmodica. Os phenomenos foram diminuindo e, ao fim de 3 dias, o doente emittia gases; no quarto dia uma lavagem produziu algum effeito, ao quinto dia o doente apresentava um pulso de 70 e a pressão arterial era de 16 a maxima e de 12 a minima. As radiographias feitas nessa occasião mostraram uma notavel dilatação duodenal (fig. 3). A 29 de Outubro o doente, se sentia perfeitamente bem, apresentava a tensão maxima de 17 e minima de 11.

Este homem, que soffrera durante longo tempo de enxaqueca se foi aos poucos libertando desta. Durante algum tempo teve **dôr de fome** e ultimamente viu surgir outra manifestação dolorosa, bastante incommoda, na região do mamellão esquerdo e, por fim, num violento paroxysmo doloroso evidenciou a sua dilatação duodenal. O quadro foi verdadeiramente dramatico e tudo levava a crêr numa oclusão intestinal: dôr extrema, pallidez, grande tympanismo, absoluta parada de gases e de fêzes durante 4 dias. Por todo esse tempo a dôr epigástrica se foi aos poucos attenuando, mas persistiu fortes, ainda durante a alguns dias, a dôr dorsal com irradiação em cinta para a região esternal. Essa dôr inter-escapular era, sem sombra de duvida, a resposta metamérica á dôr abdominal, sendo esta ultima a

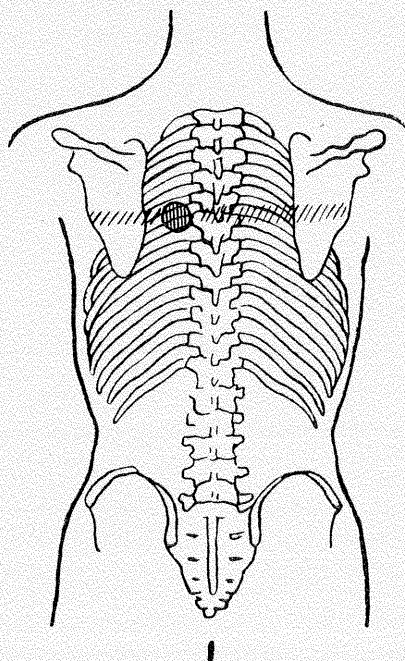


Fig. 2

expressão immediata da distensão visceral. Ao exame apresentava uma dôr á pressão juxta-umbellical.

Como se vê, esse doente apresentava localizações dolorosas bem variadas, umas facilmente atribuíveis a um soffrimento duodenal, outras de interpretação menos fácil. A dôr thoraxica representava um reflexo viscerosensitivo da dilatação duodenal. Como explicá-la? Qual o liame physico-pathogenico entre esses dois phenomenos?

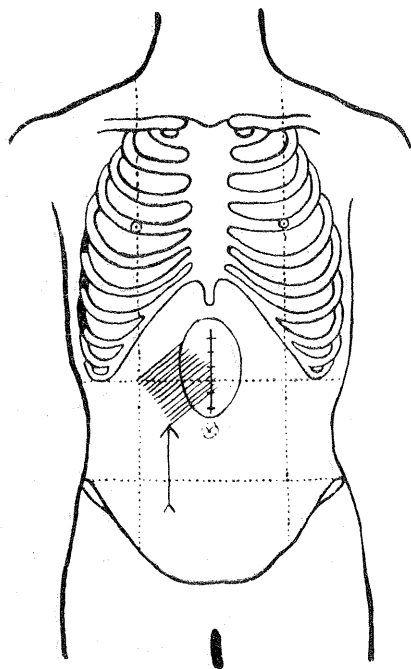


Fig. 4. Dôres provocadas cicatriz operatoria.

nos? Como se produz no duodeno? E' o que vamos procurar mostrar.

Ahí, ao lado da crise typica de enxaqueca, havia dôres por espasmo pylorico, exaggeradas pela posição erecta, dôr dorsal, colicas intestinaes, dôr numa zona do hypocondrio direito com repercussão para as fossas iliacas, para o hombro esquerdo ou para o precordio.

Note-se, de passagem, que taes crises eram acompanhadas de febrícula. Tentemos agora explicar essas localizações dolorosas.

A enxaqueca — Em trabalho anterior já

tivemos occasião de mostrar o papel que, na determinação da enxaqueca, representam a intoxicação azotada e os disturbios vago-sympathicos: ha ahí um verdadeiro choque colloidal motivado pela auto-intoxicação duodenal com forte excitação do aparelho nervoso-vegetativo. A auto-intoxicação crêa a hypersensibilidade do systema nervoso que facilita as repercussões dolorosas.

Sra. N. S. — 33 annos, 41 kilos. Ha 13 annos soffre de dôres epigastricas, cephalés, vomitos em crises, com mezes de intervalo. Nos ultimos tempos esses soffrimentos se tornaram mais frequentes e, mais de uma vez, a doente chegou a vomitar a comida da vespera. Em 1928 lhe foi feito um exame de Raios X: bulbo duodenal e primeira porção, deformados (possibilidade de ulcus). Um Wassermann, então feito, foi negativo.

A 12 de Outubro de 1928, foi operada fóra dessa capital, sendo o seguinte o relatório cirurgico: não foi encontrada ulcera, mas ptose gastrica, grande espasmo do pyloro e appendicite. Foi feita a gastropexia pelo processo de Duret. A plastica do pyloro, pelo processo de Rammstedt e a appendicectomy; examinada a vesicula se apresentava normal.

Após a operação, durante 6 dias, a paciente vomitou muito. Nunca mais deixou de ter dôr, principalmente achando-se de pé. Tem nauseas frequentes, por vezes azia e arrotos e ardência epigastrica; grande flatulencia; prisão de ventre rebelde. Salivação abundante. Após a refeição do meio-dia, a região epigastrica incha consideravelmente, sobrevêm ansias, nauseas, dôr de cabeça unilateral e dôr no ventre todo, com irradiações para o dorso, outras vezes para o hypocondrio direito ou para o hombro esquerdo; tem tambem tido, ás vezes, dôr precordial. Quando a crise é forte tem, ás vezes, colicas e puxos. Vomita diariamente, tendo em seguida grande sede. A enxaqueca augmentou depois da operação, sendo a cephaléa uni-lateral, ora á direita, ora á esquerda e vindo acompanhada sempre de nauseas ou vomitos e dôres no ventre, com as irradiações referidas. Taes manifestações dolorosas se exaggeram quando se faz a manobra de Murphy e se attenuam quando a doente se

5289

Full →

~~Bocha de ar~~
~~do budo~~
~~mundual~~

← Antro pyloric

Amel prepylorio

Arana curvata de Göttemo

Grande

Quoderno

Fig. 3.

deita. As dôres espontaneas (fig. 4) se acham localisadas acima e á direita do umbigo em larga zona paralela ao rebordo costal direito e delle afastada dois dedos transversos. A doente, extremamente em-

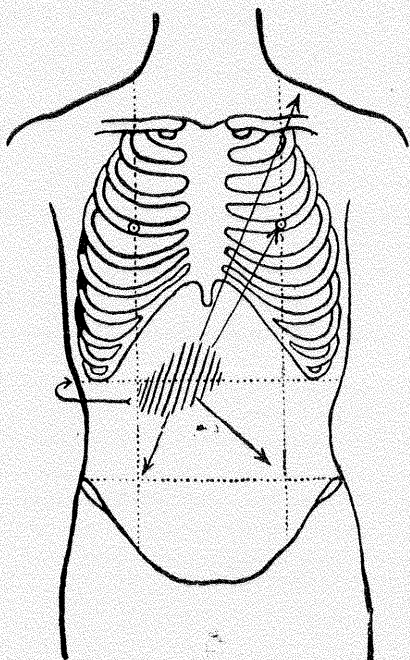


Fig. 5. Dôres espontaneas.

magrecida, apresentava um ar de soffrimento constante, dizendo não poder ficar muito tempo de pé ou sentada. Tem medo de alimentar-se porque, depois da refeição, tem sensação de plenitude gastrica; com forte cephaléa, ora de um, ora de outro lado, com dôres crescentes no hypocondrio direito e no epigastrio, com as irradiações citadas. Diz ter tido febre por ocasião de algumas das crises, sentindo, então, leves arrepios de frio. A menstruação é pouca e os periodos muito approximados, piorando dos seus soffrimentos gastricos por essa ocasião. O pulso variou de um para outro dia entre 72 e 96. O segundo tom aortico reforçado. Pupillas normaes e reagindo bem tanto á luz, como á accommodação. Reflexos patellares normaes. Nada ha mais de notar para o lado do systema nervoso. Ao exame do ventre percebe-se um abahulamento pronunciado da região epigastrica inferior, com forte tympanis-

mo. Ha ahi uma cicatriz operatoria, com certa eventração e dôres em todo o epigastrio (Fig. 5).

As radiographias mostram uma periduo-denite typica

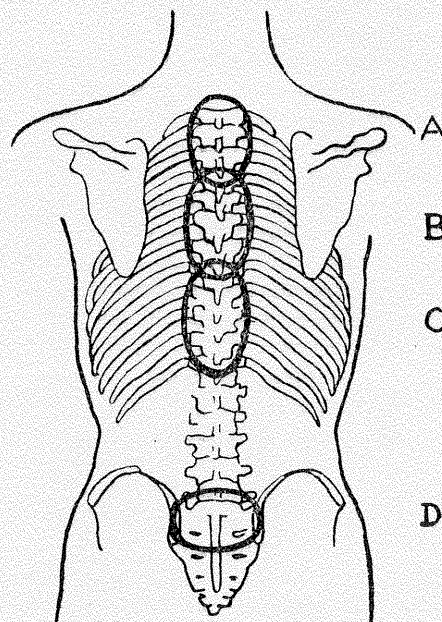


Fig. 6 (Mackenzie)

- | | |
|---|------------------------|
| A | — affecções cardiacas |
| B | " gastricas |
| C | " hepaticas |
| D | " do utero e do recto. |

A' interpretação da enxaqueca bem se pôde applicar "a lei da localisação da dôr", formulada por Head ¹): "quando um estímulo doloroso age sobre uma parte (um órgão) pouco sensível, que se ache em conexão central com uma parte (órgão ou nervo) de grande sensibilidade, a dôr produzida é sentida mais na parte sensível do que naquella sobre a qual o estímulo agiu directamente". Essa lei foi assim exposta por Mackensie ²): "a dôr, nascendo em

¹ — Head-in Pottenger-Symptoms of Visceral Diseases. Pg. 76.

² — Mackensie-L'angine de Poitrine, pg. 25.

orgãos innervados sómente por nervos autônomos não é percebida na séde da excitação mas na área de distribuição peripheérica de um nervo sensitivo cerebro-espinhal". Ora, se, em virtude de intoxicações (auto-intoxicações), fumo etc.), o trigêmeo se acha sensibilizado, ou si existe uma causa local que o sensibilise, como, por exemplo, um astigmatismo que, pelo esforço reiterado de accomodação, mantenha um estado de maior irritabilidade do departamento ocular deste nervo, — é bem facil de comprehender que se observe no aparelho ocular sensibilizado a repercussão do estímulo que irritou o vago no seu departamento digestivo. Isso é tanto mais plausível quanto se sabe como são estreitas as relações entre o vago e o trigêmeo. Pottenger ¹⁾ fez vêr que a dôr visceral costuma expressar-se na periphéria dos nervos espinaes ou do trigêmeo. Na cephaléa de origem digestiva nós teríamos assim, um reflexo parasympathico, de tal modo que a irritação do vago iria manifestar-se no trigêmeo sensibilizado; essa íntima relação entre o 5.º e o 10.º pares já se tinha evidenciado, aliás de um modo opposto no reflexo oculo-cardíaco, em que, pela irritação do trigêmeo, se obtém a excitação do vago. Taes factos vêm comprovar o que, a respeito das relações do trigêmeo e do vago, dissera Gaskell.

Passemos agora ás outras manifestações dolorosas á distancia. Si na enxaqueca nós encontrámos a explicação num reflexo para-sympathico, isto é, conduzido pelo vago, para as outras dôres á distancia, vamos ter a explicação num reflexo viscero-sensitivo, isto é, genuinamente sympathico.

A dôr visceral. — Chegámos, assim, ao interessante capitulo da dôr visceral que tantas controversias tem despertado. Para Lennander a dôr nas affecções visceraes do abdomen é devida á irritação dos filetes sensitivos subperitoniaes; as visceras são insensíveis, e, "esta insensibilidade seria indispensavel, pois a vida se tornaria

impossível si as nossas sensações internas se tornassem conscientes, se nós fossemos advertidos das menores modificações da nossa vida vegetativa"²⁾

O funcionamento normal das visceras nos é, por assim dizer, imperceptível; desde que nós sentimos um órgão é que nelle algo de anormal se passa. Mas, por outro lado, ha vantagem em existirem na proximidade dos órgãos, zonas sensíveis que advirtam das modificações anormaes que estes soffrem na sua estrutura ou no seu funcionamento. Essas zonas estariam, para Lennander, na serosa ou, melhor, na subserosa. As dôres passageiras traduziriam um contacto transitorio entre a viscera e essa zona sensível, tal se dá quando sobre a viscera se fazem sentir uma pressão ou uma tracção, ou uma torsão que é a combinação dessas duas influencias. A pressão contra a serose parietal se observaria na aerocolia e na aerogastria, na ascite; a influencia da tracção nos casos de operações realizadas com anesthesia local ou nos casos de ptoses. Lennander attribue á tracção a dôr que sobrevem nas regiões profundas e fixas, como o duodeno, o angulo duodeno-jejunal, etc. As dores permanentes teriam sua explicação, alem das causas acima, na existencia de lymphangites que tornariam definitivo o contacto da viscera com a serosa: é o que se passa nas peri-viscerites. Para Ross, Head e Mackensie, muito outro é o mecanismo da dôr visceral. A viscera irritada transmittiria, através de seus filetes sympathicos, a excitação aos centros medulares onde esta iria impressionar os elementos sensíveis cerebro-espinaes, despertar, por assim dizer, a reacção de todo o segmento medullar atingido e, dest'arte, desencadear manifestações sensitivas, que seriam referidas á pelle, e motoras nos musculos servidos pelos filetes motores

¹ — Pottenger-loc. cit. pg. 192.

² — Lichtwitz-Les algies viscérales-Paris, 1929.

deste segmento. Teríamos, assim, o que Mackenzie chama os reflexos viscerosensitivo e vicero-motor. A existência da hyperesthesia cutanea e da contractura muscular sub-jacente, observada em casos de inflamação visceral, como por exemplo, na appendicite, vem dar sério apoio a essa theoria. A sensação dolorosa espontanea traduziria a percepção cortical da irritação medullar. Já se havia verificado que a dor correspondente á lesão de uma determinada viscera, nem sempre se sobrepõe á séde desta, manifestando-se por vezes bem longe, tal como se observa na colica renal, na dor escapular da colica hepatica etc. Haveria ali o que se chamou a desnivelação entre a séde da dor e a projecção cutanea da viscera comprometida. Por outro lado verificou-se que a projecção dolorosa obedece a uma topographia radicular em perfeito concordancia com o segmento medullar a que vão ter os filetes sympathicos da viscera lesada; essas zonas cutaneas de distribuição metamerica foram denominadas **neuromero** ou **dermatoma**.

As visceras não são propriamente insensíveis, mas o que nos mostra a physiologia, apoiada na observação clinica, é que os estímulos capazes de produzir a dor não são os mesmos conforme a sua acção se faz sentir nas visceras ou nos tegumentos. O pinçamento ou corte, por exemplo, que agem sobre os filetes sensitivos da superficie, são capazes de ali produzir dor, ao passo que aos mesmos traumatismos as visceras são insensíveis, porque nestas são outros os **estímulos adequados**: a tracção, a distensão, as contracções da musculatura lisa etc.

A differença está assim reduzida a uma questão de estímulo apropriado para a produção do mesmo phenomeno, a dor.

Vejamos agora como se realiza o mecanismo da dor á distancia, por via metamerica, em certas affecções digestivas. A innervação do tubo digestivo é tributaria

dos dois grandes sytemas, cerebro-espinhal e vago-sympathico. Os ramos deste ultimo vêm de tres regiões (Mackenzie): 1) da região bulbar, pelo vago que se distribue ao longo do tubo digestivo desde a bocca até o colon descendente. 2) da região sympathica dos esplanchnicos, que innervam o intestino delgado e a maior parte do grosso intestino. 3) da região autonoma sacra, para o colon descendente e o recto.

Quanto á innervação cerebro-espinhal, está limitada aos orificios buccal e anal. Assim sendo, o estímulo partido de um ponto do tubo digestivo, ou por um espasmo, ou por uma distensão ou tracção, é conduzido pelos filetes vegetativos ao ganglio sympathico e dahi á medulla onde penetra por um dos cornos posteriores e vai aos centros sympathicos medulares, cujo abalo se vai traduzir na periphéria por phenomenos sensitivos, motores, etc. Assim se explicam dores que se manifestam longe do orgam lesado, em regiões que correspondem, no entanto, á mesma região medullar a que se acha ligado esse orgam.

Dor epigastrica — E' o que se dá com a dor epigastrica, que póde ser devida a causas muito diversas; póde-se mesmo dizer que todas as affecções do estomago, do figado e da parte alta do intestino delgado sóem apresentar essa localisação dolorosa por injuncções metamericas. Não se trata de dor localisada na propria viscera, pois o ponto doloroso permanece o mesmo apezar dos deslocamentos desta, como se observa quando um ptosado passa da posição resupina á erecta ou quando o doente faz fortes movimentos respiratorios. E' que a dor se acha localisada na parede do ventre, expressando na periphéria a irritação do segmento medular correspondente ás visceras alludidas.

As dores dorsaes — Constituem outra prova da theoria metamerica das dores visceraes. No doente da observação 1.º a dor que mais persistiu que mais o incommodou se localisára no dorso, na região escapulo-

vertebral, á esquerda da columna (fig. 2); mesmo depois que a dôr no ventre cessára aquella se mantinha. Como explical-a? Mackensie ¹⁾, em acurados estudos, estabeleceu que se pôdem observar zonas dolorosas escalonadas ao longo da columna dorsal, em correspondencia com irritações partidas ou do coração ou dos varios departamentos digestivos, conforme se vê na fig. 6. Si, em certos doentes, é ahí que se faz sentir mais forte e preferentemente a dôr, em outros ella se irradia em cintura, tal como occorreu no nosso doente. Fig. 2)

As dôres escapulares são encontradigas nas affecções vesiculares, observando-se então principalmente no hombro direito e sendo o seu mecanismo explicado pela anatomose que o phrenico contráe com um ramo do vago direito. Nas affecções duodenaes pôdem tambem ser observadas dôres escapulares, principalmente quando uma periduodenite compromette, por adherencias fortes, o aparelho de excreção biliar. Mais interessante e só ultimamente conhecida é a dôr escapular esquerda, que a doente da Observação 2.^a apresenta e que devemos talvez attribuir ao compromettimento do esphincter de Oddi. A pathologia do Esphincter de Oddi apenas se esboça. Os bellos trabalhos do professor Delflor Del Valle (de Buenos Aires.) vieram mostrar que a dôr na espadua esquerda, num quadro de colica hepatica, está a indicar que se trata, não de lesão vesicular, mas de uma irritação ao nivel do esphincter de Oddi, ou por simples espasmo ou por estenose organica. Ora, na estase duodenal, o liquido toxico que é ahí vasculhado pelos movimentos peristalticos e anti-peristalticos, poderá irritar fortemente aquelle esphincter e determinar a dôr escapular esquerda.

A dôr precordial que observámos nos doentes referidos, é relativamente frequente, quando bem procurada na historia dos duodenaes. Ella se explica do mesmo modo que as manifestações metamericas já citadas. Como se sabe, as manifestações dolorosas

são funcção de dois elementos: intensidade da excitação e gráu de excitabilidade local ou geral. Quanto ao primeiro elemento, uma distensão moderada do duodeno causa mal-estar indefinido, ao passo que uma violenta distensão causará dôr; quanto ao segundo, uma excitação da mesma intensidade poderá produzir leve dôr num doente e dôr insupportavel em outro, mais excitavel, que esteja por assim dizer sensibilizado. Mackenzie bem mostrou que, nas affecções visceraes, certas áreas medullares pôdem ficar, num dado momento, tão irritavel, que respondem exaggeradamente aos estímulos vindos da periphéria. E' o que se dá, por exemplo, em certos aorticos que apresentam dôres precordiaes após as refeições, é o caso tambem do doente da primeira observação, aortico e hypertenso; em taes doentes, uma peri-aortite preexistente mantem um estado de irritação permanente no segmento medullar correspondente e, portanto, uma maior sensibilidade em toda a área dependente deste. O simples acto digestivo, ou uma moderada excitação ao nivel do pyloro ou do duodeno, que passariam despercebidos de um individuo normal, são logo accusados pelo doente sensível, porque a excitação que chega á medulla vai encontrar uma zona hypersensível, que logo reage. Ora, conforme vimos, o quarto segmento dorsal, por exemplo, tanto pôde ser irritado por um estímulo cardiaco como por uma excitação partida da área digestiva. Dahi a frequencia de se queixarem do estomago os cardiacos e de se referirem ao precordio os gastro-duodenaes. Em certos casos, o estímulo, a causa irritativa, sendo muito forte, não só abala o segmento medullar correspondente, mas estende a irritação aos segmentos vizinhos; os segmentos dorsaes correspondentes ao duodeno vão principalmente do quinto ao sétimo. As fibras sympathicas que vão ao estomago e ao duodeno

¹ — Mackensie-Sintomas y su interpretación.

têm as suas cellulas motoras no ganglio semi-lunar e as fibras connectoras (Mackensie) que vêm da medulla saem entre e o quinto e o nono segmento thoracicos, sendo mais abundantes as fibras sympathicas na vizinhança do pyloro. Em caso de distensão notavel e prolongada todas as zonas tributarias destes segmentos podem, pela dôr, expressar a irritação que soffrem; não são de outra natureza as dôres intercostaes.

É curioso ainda observar que, qualquer que seja a profundidade em que se encontra a viscera na cavidade abdominal, quasi todas as dôres são referidas á parede anterior do ventre, pois que é ahí que se vêm expandir os ramusculos sensitivos cerebro-spinaes; é esta a razão da hyperalgesia cutanea que se encontra nos casos de visceralgia violenta (Ryle) ou de inflammação visceral. Sabendo-se que é ao nivel dos esphincteres que nascem mais frequentemente os estímulos determinantes da irritação metamerica; sabendo-se que essas regiões são particularmente ricas em fibras sympathicas, e por outro lado, sendo certo que varias affecções digestivas, principalmente gastricas e duodenaes, determinam ao mesmo tempo um espasmo esphincteriano, não seria desarrazoado vêr ahí uma outra explicação ainda do mecanismo da dôr. De

facto, si reflexos ha que são considerados, de accordo com Mackensie, viscero-medulares, outros existem, a nosso vêr, que poderiam ser chamados viscero-sympathicos, de pequeno circuito, os quaes por um estímulo partido, por exemplo, de uma ulcera, uma periduodenite, etc., iriam determinar o espasmo do cardia, do pyloro. Esse espasmo seria então, em uma segunda phase, o estímulo adequado para provocar o reflexo viscero-medullar.

Vamos terminar estas considerações mostrando como se pôde, no exame do doente, segundo Behan, determinar qual a viscera que produz a dôr:

- 1 — Delimitar a área de hyper-algesia e orientar a com relação a um segmento medullar.
- 2 — Verificar quaes os órgãos innervados por este segmento,
- 3 — examinar clinicamente estes ou esses órgãos,
- 4 — verificar si, pela manipulação destes, se provoca a dôr.

Muito haveria ainda que disretear sobre este capitulo da semiologia visceral, tão rico já de factos e tão cheios de promessas, que se transformarão em successivas realidades quando os clinicos, convencidos do valor dessas ligações physio-pathologicas, apurarem e multiplicarem as suas observações neste sentido.

