

Semiologia da dôr visceral,

por

Alvaro Barcelos Ferreira

Catedrático de Propedeutica Médica.

“Obra divina é acalmar a dôr.” Mas para que possamos, assim, nos elevar e aproximar de Deus, para que possamos aliviar-a e transformat-a em sorriso, é necessario conhecê-la, interpretá-la, saber a sua semiologia. Variável em sua irradiação, em sua intensidade, em seus caracteres, em sua patogenia, é a dôr um dos sintomas mais complexos e obscuros e também um dos mais importantes e contraditórios.

Si a dôr é fácil de compreender, é difícil de definir. Para Mackensie, “é uma sensação desagradável, devida a um estímulo de alguma porção do sistema nervoso cerebro-espinhal e referida, na parede externa do corpo, ao territorio de distribuição periférica dos nervos sensitivos cerebro-espinhaes.”

A dôr visceral, que nos preocupa, não é a mesma dôr dos planos superficiaes. A sensibilidade visceral, vegetativa, não é da mesma natureza que a sensibilidade tecidual, da vida de relação. Os estímulos, capazes de provocar a percepção dolorosa, são inteiramente diversos. A condução é completamente diferente. Os estímulos ordinarios, como a incisão, a queimadura, etc., que determinam o aparecimento da dôr, quando agem sobre a pele, o tecido celular subcutaneo e os musculos, são indiferentes para as visceras, que mantêm-se totalmente insensíveis. Para estas, são necessarios estímulos especiaes, como o espasmo, a contratura forte, a distensão, a isquemia e a hiperemia venosa. São estímulos proprios e adequados ás diferentes visceras e adequados não só quanto á sua qualidade, como também quanto á sua quantidade. Além disso, temos que considerar ainda, o órgão em particular, este ou aquele, seu estado de receptividade momentanea e até a sua porção atingida pela excitação.

As sensações dolorosas, originadas ao nível dos planos superficiaes, são recebidas e transmitidas quasi que exclusivamente pelos nervos cerebro-espinhaes, enquanto que, as geradas nas visceras, são levadas pelo sistema nervoso vegetativo, principalmente pelo simpatico.

Este papel, desempenhado pelo sistema nervoso vegetativo na condução dolorosa, foi perfeitamente estabelecido por experiencias de Neumann, Brüning, Gohrbandt, Laewen, Kappis e Braun. Estes dois ultimos autores obtiveram a anestesia do canal gastro-intestinal pela anestesia do esplanchnico.

As experiencias de Brüning e Gohrbandt, em que o ganglio celiaco era desintercalado por pincelagem com nicotina são ainda mais convincentes. Interrompendo, deste modo, a interpolação entre a fibra pre e

post ganglionar, não conseguiam mais provocar dôr por meio de excitação exercida no intestino (toque da mucosa com solução de cloreto de bário). Nestas condições, porém, a tração do mesenterio, innervado pelos nervos espinhaes, dava dôr.

Diversas e numerosas têm sido as teorias propostas para explicar o mecanismo intimo da dôr visceral, cujo conhecimento é indispensavel e de grande valor pratico.

Uma das mais antigas é de Lenander, que se refere mais diretamente ás dôres abdominaes. Baseada na concepção da exclusividade da transmissão da dôr pelos nervos espinhaes, considera as visceras insensíveis. Os deslocamentos, a pressão, a distensão, a ação das toxinas sobre o peritoneo parietal seriam as unicas causas da dôr. A contração do intestino determinaria uma contração reflexa da parede abdominal sobreposta, o que produziria a dôr. O peritoneo parietal seria, assim, a unica fonte algesiogenica.

Para Wilms toda a dôr intestinal seria devida á tração sobre a inserção do mesenterio.

Nothnagel admite, porém, a dôr nascida na propria viscera, como resultado da contração tetanica da musculatura, que provocaria isquemia. Esta ultima seria o estimulante adequado, desencadeante da crise dolorosa.

As verificações de que a condução dolorosa se faz pelo simpatico revolucionou o modo de encarar o mecanismo intimo da dôr e deu nascimento a novas teorias.

Dentre estas, destaca-se pela sua importancia, a de Mackensie, o grande clinico inglês. O estímulo, adequado, anormal, exercido sobre a viscera, é conduzido á medula pelo simpatico, geralmente através dos ganglios simpaticos e dos ramos comunicantes. Si a excitação não ultrapassa a celula simpatica, nenhuma sensação fará seu aparecimento. Si, porém, ela a ultrapassar, espraizando-se, alcança e irrita as celulas sensitivas vizinhas, o que dá, então, nascimento á dôr, que, depois de reconhecida e localizada pelo cerebro, vem referir-se, superficialmente, no territorio cutaneo de distribuição do nervo cerebro-espinal correspondente á celula sensitiva, na chamada zona de Head. E' o reflexo viscero-sensitivo de Mackensie. E' a dôr referida ou a distancia deste autor.

Quando o estímulo, a excitação, alcança os centros motores, ha, na superficie corporal correspondente, a hiperalgesia muscular e a contractura, a defesa. E' o reflexo viscero-motor.

Bergmann completa a noção destes dois reflexos, o viscero-sensitivo e viscero-motor, com a do viscero-visceral.

Da difusão da excitação nas celulas sensitivas medulares origina-se a irradiação da dôr visceral. Assim, se explica a dôr no hombro direito nas colicas hepaticas, a dôr no braço esquerdo nas anginas de peito, a dôr no hombro esquerdo do espasmo do esfincter de Oddi, etc.

Variante da teoria de Mackensie é a de Edinger e Danielopolu. Segundo esses autores os impulsos algesiogenos não seriam transmitidos na medula ao neuroneo sensitivo central, mas no ganglio espinal ao neuroneo periferico.

Goldscheider considera a dôr como resultado da transformação da

insensibilidade natural da viscera em hipersensibilidade, sob a influencia dos estímulos nascidos do órgão patologicamente alterado, da mesma maneira que a pele inflamada é muito mais sensível que a pele sã.

Os trabalhos de Brüning abriram novos horizontes na interpretação das dôres abdominaes. Este autor, distingue as dôres visceraes puras e as associadas á dôr peritonial. Nas primeiras ele distingue ainda uma dôr de contração e uma dôr de distensão. A de contração apresenta com característico particular e essencial de ser sempre sentida num unico ponto, "o ponto central da dôr", qualquer que seja a viscera abdominal que lhe deu origem, com exclusão das ultimas porções do intestino. Corresponde este ponto central á séde do ganglio celiaco, no epigastro, um pouco acima da cicatriz umbelical, profundamente. A dôr de distensão, provocada pela tração do mesenterio, e a dôr peritonial, são moveis, variaveis, sem ponto fixo, em relação com seu local de origem.

A concepção de Mackenzie sofreu, nestes ultimos tempos, alguns retoques, algumas contraditas, e permanecendo, embóra, valida para certas dôres, não satisfaz nem explica outros tipos, outras fórmãs, o que fez com que se buscassem novas explicações e surgissem novas teorias.

Estas tiveram como ponto de partida as experiencias de Lemaire, que, em 1924, observou que a anestesia local com novocaína, praticada ao nível de uma zona cutaneo-muscular dolorosa, em consequencia de uma afecção visceral, suprimia, ás vezes, essa dôr. Esta observação levou a dividirem-se as dores em tres categorias.

Em primeiro lugar, as dôres que cedem sempre e completamente á anestesia cutanea. São dôres que, em geral, se acompanham de hiperestesia cutanea e são circunscritas, localisadas a uma pequena extensão da pele. São as dermoalgias visceraes ou dôres do primeiro tipo.

Em segundo lugar, as dôres que não cedem á novocainisação, profundas e de localisação imprecisa. São as dôres profundas ou do segundo tipo.

E, finalmente, dôres que também não cedem á anestesia, amplas, abarcando grandes extensões, em meia cintura, quasi sempre associadas a um dos tipos precedentes. São as dores a distancia ou do terceiro tipo.

As dôres do primeiro tipo, as dermoalgias visceraes, as que cedem e desaparecem com a novocainisação, são quasi sempre ligadas e dependentes das afecções das serosas, principalmente da pleura. São estas ultimas as que mais beneficiam com a anestesia superficial. O peritoneo, por fazer participar muitas vezes os órgãos subjacentes de seu processo morbido ou deles depender, não tem esta aptitude especial da pleura á novocainisação. O pericardio tem uma aptidão intermeriaria á influencia da anestesia local.

Diversas interpretações foram aventadas para explicar este fenomeno.

1.º) Seja por uma ação geral, semelhante a dos opiaceos, que diminuiria a sensibilidade do neuroneo do corno posterior, conetado ás celulas simpaticas.

2.º) Seja por condução da novocaina pelo nervo sensitivo até seu neuroneo, da mesma forma que as toxinas neurotropas ascendentes.

3.º) Seja porque a anestesia deste nervo sensitivo produzisse uma inibição das células sensitivas correspondentes do corno posterior, tornando-as insensíveis à excitação simpática (Sicard e Bard).

4.º) Seja por um shock humoral, determinado pela novocaina, e que, identicamente ao produzido pelo leite e a peptona, seria capaz de atenuar a dor visceral.

Destas interpretações a de Sicard e Bard parece ser a mais plausível.

A primeira, de ação semelhante à dos opiáceos, e a quarta, do shock humoral, não podem ser aceitas, pois a injeção de novocaina fora da zona dolorosa não suprime nunca a dor visceral, o que deveria suceder se houvesse por parte do anestésico uma ação geral bastante energética, como a dos opiáceos, ou se produzisse um shock analgésico.

A segunda, de condução do anestésico pelo nervo, é também pouco verosímil, pois para exercer tal ação seria necessário que a novocaina passasse a conexão do ganglio raquidiano e alcançasse o corno posterior, o que é difícil admitir-se, dada a pequena dose empregada, suficiente, porém, para acalmar a dor, às vezes mesmo instantaneamente.

As dores profundas, do segundo tipo, rebeldes, são as dos ligamentos viscerais.

E as dores a distância, do terceiro tipo, são as dependentes de afecções propriamente orgânicas, viscerais, principalmente as de tipo cólica, como as renais, as hepáticas, etc.

Nestas modernas teorias desempenham papel saliente os corpusculos táteis.

Segundo Verger, o impulso algesiogênico, nascido na viscera e transmitido pelo simpático à substância parda medular, através do ganglio simpático, ramos comunicantes e raiz posterior, não impressionaria diretamente na medula as células sensitivas, como pretendeu Mackenzie, mas as células vaso-motoras do território cutâneo-muscular correspondente à viscera. Originar-se-ia, assim, um reflexo viscero-vaso-motor-cutâneo e as alterações nos vasos, que rodeiam os corpusculos táteis, impressionariam estes, produzindo dor. O impulso algesiogênico passa pelo território cutâneo-muscular em lugar de ser referido a ele. E, nesta parte superficial de seu trajeto, é que se torna possível interromper a dor.

Para Sfamini, Gianoni e Lunedei a transmissão do impulso algesiogênico do sistema vegetativo ao cérebro-espinhal se faz também pelo corpusculo tátil. Este recebe uma fibra mielinica do sistema de relação e duas simpáticas. Para estes autores, porém, os transtornos vaso-motores não têm a mínima influência. Segundo eles, o impulso algesiogênico, nascido na viscera, seria transmitido por uma fibra aferente do simpático até a medula. Aí impressionaria outra célula simpática, cuja fibra eferente, passando pela raiz posterior, chegaria a um dos corpusculos táteis da pele. A excitação desta fibra simpática eferente pro-

duziria no corpusculo modificações físico-químicas, que impressionariam a fibra sensitiva, produzindo, assim, a dôr.

Os trabalhos de Lemaire revestem-se, bem se vê, de uma enorme importância, esclarecendo em muitos pontos o interessantíssimo problema da dôr visceral. Destruindo, em parte, a velha teoria de Mackenzie, manteve, porém, alguns conceitos deste grande clínico, principalmente o de que as dôres visceraes são sentidas no territorio cutaneo-muscular correspondente.

Em suma, é logico admitir-se, atualmente, as teorias de Verger, Sfameni, Gianoni e Lunedei para as dores que cedem á novocainisação e a de Mackenzie para as rebeldes, as resistentes.

O conhecimento do mecanismo intimo da dôr é indispensavel para orientação diagnostica, fixação prognostica e instituição da terapeutica.

A concepção de Mackenzie nos explica porque a angina de peito, ás vezes, só se exteriorisa pela dôr no membro superior esquerdo, ao menos no inicio e só posteriormente se localisa na região esterno-precordial. E nos dá tambem a compreensão deste caracter distintivo da angina de peito, a sensação de constrição, de garra, de esmagamento. E' o reflexo viscero-motor. E é justamente pela presença deste reflexo viscero-motor e só por ele que Laubry afirma a existencia da crise anginosa, mesmo na ausencia de outras manifestações.

A concepção de Brüning, por exemplo, nos faz comprehender porque a região epigastrica é a preferida para a séde das dôres abdominaes, ao menos no inicio, qualquer que seja a viscera originaria, com excepção das ultimas porções do intestino que recebem inervação espinhal. Assim, é frequente vêr-se a primeira manifestação dolorosa de uma apendicite, de uma colecistite, etc., localisar-se na região epigastrica, um pouco acima da cicatriz umbelical, e só mais tarde estender-se e adquirir predominancia na fossa iliaca ou hipocondrio direito. Era primitivamente uma dôr de contração a que se associou posteriormente a dôr peritoneal.

As dôres de contração são geralmente as mais intensas e as mais vivas. São as dôres tipo colica, como a renal e hepatica em que o orgão contrae-se e luta para livrar-se do corpo extranho, como a duodenal, em que este segmento intestinal debate-se entre os dois obstaculos que aprisionam seu conteúdo toxico e prejudicial. E' verdade que na colica hepatica ha tambem, senão exclusivamente, a intervenção peritoneal, segundo alguns, e na duodenal o fator distensão e a congestão intervem tambem com certeza, mas sofrendo a supremacia contratil.

A dôr da ulcera gastrica é uma dôr de contração. A dôr do parto é uma dôr de contração.

Em certas hepatomegalias, como no figado cardiaco, e em certas esplenomegalias, é a distensão o principal elemento responsavel pela sensação dolorosa.

Uma dôr de contração não é passivel do mesmo tratamento que uma dôr de distensão.

Com uma picada simples e superficial de novocaina podemos, em

certos casos, de uma fôrma quasi magica, fazer desaparecer um sofrimento agudo e intenso. E nós já tivemos occasião de experimentar tal terapeutica em dois casos. O primeiro, de infareto do pulmão, surgido no curso de uma insuficiencia cardiaca por miocardite. A atenuação da dôr, embóra nitida, não chegou ao desaparecimento completo. No segundo caso, um pleuriz, o efeito foi verdadeiramente maravilhoso. A dôr, violenta e que impedia todo e qualquer repouco, desapareceu quasi que instantaneamente. Era uma dermoalgia ou dôr do 1.º tipo.

O diagnostico destes diferentes tipos de dôr tem uma grande importancia sob o ponto de vista terapeutico.

Meus senhores, não desejo mais abusar da vossa paciencia. Quíz sómente, com esta sintese do que existe de mais importante sobre a patogenia da dôr e estes poucos exemplos, chamar a vossa atenção para um sintoma que frequentemente encontramos na historia morbida de nossos doentes, muitas vezes constituindo o sinal capital.

Da sua bôa interpretação depende o bom exito de nossa missão, da sua correta analise resulta a satisfação de podermos cumprir a "obra divina de acalmar a dôr."

Srs. CLINICOS DI - SOLVENTE (LIQUIDO)
QUEBRA PEDRA - BOLDO - CHA MINEIRO - RUIBARBO - ABACATEIRO
MATE - LITINA - FORMINA - CITRATO SODIO - SULFATO SODIO
CONTRA O ACIDO URICO **Ph. JULIO Ed. SILVA ARAUJO**