
CLINICA PROPEDEUTICA

INSUFFICIENCIA AORTICA

(MEIOS PARA O SEU DIAGNOSTICO)

**Por Flaminio Favero, 4.º annista de
Medicina.**

Insufficiencia aortica — é a incompetencia das valvulas sigmoides em obturar convenientemente o orificio aortico, resultando, dahi, um retrocesso, um refluxo da columna liquida para o ventriculo.

Sendo varios os meios de que dispõe a clinica para o seu diagnostico, julgámos andar bastante acertado em reunir alguns delles nas poucas linhas que seguem, colhidos cuidadosamente durante as sabias lições de propedeutica da nossa Faculdade.

INSPECÇÃO

1) Para o lado central, do precordio, desde que a affecção haja determinado grande hypertrophia do coração (“côr taurinum” ou “cor bovinum” de Corvisart), ha, fatalmente, em se tratando de uma pessoa jovem, abaulamento da arca thoracica.

A hypertrophia ou mesmo a simples dilatação cardiaca é uma das condições intrinsecas do abaulamento thoracico, conforme o capitulo da inspecção nos ensina em propedeutica, — e, o musculo cardiaco, para vencer a resistencia apresentada pelo refluxo da onda sanguinea, tem de, necessariamente, augmentar a sua força propulsora, donde a dilatação e, secundariamente, a hypertrophia.

2) Ainda para o lado central, inspeccionando a região do choque da ponta, notamos que o "ictus cordis" está desviado para fóra e para baixo. E' a consequencia da hypertrophia do ventriculo esquerdo.

Vamos estudar agora, na inspecção, os signaes periphe-
ricos da affecção que nos occupa.

1) Fazendo uma fricção energica da frente de um aortico, observamos que ella fica ora vermelha intensa e ora pallida, descorada, de accordo com os moyimentos de systole e diastole do coração. Ainda mais, comprimindo a unha pela sua borda livre de encontro á polpa do dedo, percebemos tam-
bem a mesma mudança alternada de coloração. Estes factos constituem o "pulso capillar de Quincke", pulso arterial regressivo.

Tão caracteristico é este pulso, principalmente o do rosto, que Tapret e Dejerine faziam á distancia o diagnostico da insufficiencia aortica, no simples acto de o doente tirar o chapéu, observando a mudança alternada de coloração no sulco deixado na frente.

Ainda neste pulso capillar, enquadram-se o pulso lingual de Minervini e o uvular de Merklen (facilmente apreciavel no ponto de união da uvula ao véu palatino), bem como o "signal do hippus". Este ultimo, signal de Landolfi, consiste em a constricção e dilatação rythmicas da pupilla. São todos phe-
nomenos de vaso-motricidade peripherica, dependentes dos reflexos partidos das lacinias lesadas.

2) Um signal bastante certo na insufficiencia aortica é a "dança das arterias". Podemos vêr esta dança, estes batimen-
tos muito energicos nas arterias do pescoço e, até, nas tempo-
raes e radiaes. E' um signal bastante certo, dissemos, comtudo, devemos fazer notar que não é pathognomonico da molestia de Vieussens-Corrigan, como veremos ao analysar o pulso.

3) A arteria carotida, situada bem proximo á amygdala, imprime-lhe um como movimento pulsatil, um batimento: é o "pulso amygdalo-carotidiano de Huchard".

4) "Signal de Musset" Consiste este signal em o balan-
ço da cabeça, como si o doente fizesse movimentos de sauda-
ções, balanço este devido á projecção do sangue nas arterias e ao seu refluxo, sendo mais accentuado quando a pessoa está

com a cabeça baixa. Em lembrança ao poeta parisiense que o apresentava, recebeu este signal o nome de Musset.

PALPAÇÃO

1) Palpando a região precordial, raramente podemos encontrar, na insufficiencia aortica, um fremito, fremito endocardico diastolico, fremito felino ou catareo.

A palpação, aqui, nos ajuda, tão sómente, a encontrar o choque da ponta.

2) Pela palpação da arteria rádi-al, percebemos um pulso cheio, forte, fugitivo e célere. E' o "pulso de Corrigan", característico e quasi pathognomônico da insufficiencia aortica. Não é, de facto, peculiar a esta affecção, pois, póde existir ainda em perturbações outras, como: na aortite sub-aguda e chronica, no aneurysma da aorta ascendente, na communicação entre a aorta e a arteria pulmonar, na communicação entre a aorta e o infundibulo, em disturbios da innervação cardiaca, quaesquer que sejam e em perturbações da innervação vascular, segundo Huchard.

Convem notar, todavia, que, na insufficiencia aortica, o pulso de Corrigan existe de ambos os lados.

PERCUSSÃO

A' percussão — que nos permite, na phrase erudita do Prof. Francisco de Castro, o grande Mestre da medicina brasileira, "construir na periphèria do corpo a carcassa dos organs profundos e levantar a carta geographica das visceras na correlativa superficie tegumentaria", — podemos avaliar do augmento do volume do coração, augmento real, por dilatação das suas cavidades esquerdas e, secundariamente, por hypertrophia das suas fibras.

AUSCULTAÇÃO

1) Applicando o ouvido ou o estethoscopio no fóco aortico (2.º espaço intercostal direito), distinguimos um sopro, com

propagação para o appendice xiphoide ou para a ponta, sopro que dura toda a diastole, começando forte e terminando aos poucos, decrescendo. E' aspirativo, doce, agradável ao ouvido, embora ás vezes, pela presença de tendões aberrantes ou de retalhos valvulares, seja elle aspero, musical, comparavel ao som do *birimbáu*, ou "bruit de guimbarde"

A's vezes, com o sopro, ha persistencia da segunda bulha, devido, segundo Friedreich, á lesão de uma só lacinia aortica ou, no ver de outros, á transmissão do tom pulmonar para o fóco aortico.

Ao demais do sopro diastolico, descripto, tem sido encontrado, na insufficiencia aortica pura, um sopro diastolico ou, melhor, pre-systolico na ponta, sopro de Austin Flint.

Para a sua explicação nesse fóco anormal, aventam-se duas hypotheses: uma que admite, com Potain, ser elle resultante do encontro, do choque da onda aortica com a onda auricular, encontro este que se dá em angulo, donde a formação das veias fluidas de Savart; outra hypothese é a que acredita ser o sopro de Flint devido a um deslocamento da valva mitral anterior, pelo retrocesso da columna liquida, e, dahi, uma estenose mitral relativa (Grocco).

Seja como fôr, o importante aqui é differençar a insufficiencia aortica da estenose mitral. Para isto, além dos raios X, de papel secundario aqui, o clinico deve lançar mão de meios outros, como sejam: á inspecção, constatar o desvio da ponta para fóra, pela hypertrophia da aurícula esquerda; á palpação, notar a existencia de um fremito pre-systolico, endocardico; á percussão, avaliar do augmento da area cardiaca; á auscultação, emfim, além do sopro pre-systolico, notar o ruflar diastolico, o desdobramento da segunda bulha, o estalido mitral (raro), etc., constituindo, os tres primeiros signaes, o rythmo de Duroziez, assim representado onomatopaicamente: *fout. tátá. rou.*

2) Como signal peripherico temos o duplo sopro crural intermittente de Da Costa Alvarenga e Duroziez. Ouvimol-o na arcada femural, applicando o estethoscopio sem muita pressão. A' medida que augmentamos a compressão, tambem os sopros variam: primeiramente, ha augmento da intensidade de ambos; depois, do primeiro e diminuição do segundo; em seguida, desapparecimento do segundo; posteriormente, dimi-

nuição do primeiro e, finalmente, desaparecimento do primeiro.

3) Ainda á auscultação, distinguimos, collocando o estethoscopio na região carotidiana, a existencia de tres tons, que constituem o “galope carotidiano” de Galvani e Bettelheim. O primeiro dos tons é devido á expansão arterial, o segundo, á sua retracção e o terceiro é um tom propagado de baixo.

EXPLORAÇÃO INSTRUMENTAL

Tambem a exploração instrumental vem nos trazer o seu contingente no diagnostico da insufficiencia aortica.

1) *Raios X* — Aos raios X, vemos o augmento do ventriculo esquerdo, principalmente em seu diametro longitudinal. A ponta do coração mostra-se-nos globosa, arredondada e afastada para baixo.

Este modo de exploração instrumental é de importancia nos casos de insufficiencia com sopro de Flint, visto como nos ajuda differençar esta affecção da estenose mitral. De facto, em se tratando da molestia de Vieussens-Corrigan, não ha, no vêr de Vacquez e Bordet, em que pese a Potain e Rendu que acreditam o contrario, augmento da auricula esquerda na posição O. P. D. (obliqua posterior direita).

2) *Electro-cardiographia* — Pelo methodo de Einthoven, percebemos a descida do accidente S da curva do electrocardiogramma, accidente este que corresponde á contractilidade dos dois ventriculos.

3) *Esphygmographia*—No traçado do pulso de Corrigan, pulso anacrotico, vemos a linha de ascensão brusca, recta, longa, devido á maior força de contracção do myocardio.

No apice da linha, o traçado mostra-nos um pequeno gancho.