

## Da percussão do angulo hepato - cardiaco

POR

PEDRO DE ALCANTARA E DR. JAIRO DE ALMEIDA RAMOS

Chama-se angulo hepato-cardiaco, como vós todos sabeis, aquele formado pelo encontro da macicez dada pelo limite direito do coração com aquella outra macicez dada pelo figado.

Esse angulo dão alguns auctores como sendo um angulo agudo de abertura voltada para cima e para a direita e situado ao nível do quinto espaço intercostal direito. Entre outros auctores que assim pensam, temos Ewart, citado por Blechmann, quando diz que a macicez cardiaca se dirige para a macicez hepatica segundo uma curva bastante doce, de convexidade voltada para a direita. Ter-se-ia, pois, a macicez hepatica mais ou menos horizontal encontrando-se com a macicez cardiaca dirigida para a esquerda e para baixo, formando o angulo hepato-cardiaco de vertice voltado para baixo e para a esquerda, de abertura voltada para a direita e para cima.

Moritz e Diedlen, citados por Sahli, descrevendo a forma da área cardiaca obtida pela percussão em experiencias controladas pelos Raios X, dão egualmente para o angulo hepato-cardiaco a forma de um angulo agudo, de abertura dirigida para cima e para a direita, tendo o lado superior formado pelo limite da auricula direita, e o lado inferior formado pela macicez hepatica.

Assim pensa tambem Rotch, sendo, mesmo, esse angulo, formado como ficou dito, chamado por Blechmann o angulo de Rotch.

Não é sem razão que Blechmann dá a esse angulo o nome desse pesquisador americano; de facto, Rotch tem seu nome estreitamente ligado a esse angulo, pois nelle se baseou para estabelecer o seu signal, signal de Rotch para o diagnostico precoce das pericardites com derrame, e que é constituido pelo desaparecimento desse angulo agudo, que se tornaria obtuso pelo apparecimento de uma macicez na extremidade interna do quinto espaço intercostal direito.

Blechmann, em seu livro "Os Derrames do Pericardio", trata detalhadamente desse signal. Refere-se ás experiencias praticadas por Rotch em cadaveres injeccionando no pericardio manteiga de cacáu fundida, e diz textualmente que "Rotch mostrou, em 1878, por suas pesquisas sobre o cadaver que o signal mais precoce do derrame pericardico era a apparição da macicez na parte mais interna do quinto espaço intercostal direito. Este signal, continua Blechmann, apparece desde a injecção de 80 grammas de liquido na serosa.

Dahi resulta a desappareição do angulo agudo formado normalmente pelo encontro da macicez relativa do coração e da macicez hepatica”.

A esplanação sobre o signal de Rotch vae alem, sobre se esse signal é ou não encontrado na dilatação ou hypertrophia cardiaca.

Ebstein, ainda citado por Blechmann, confirmou o valor desse signal, dizendo, mesmo, que o signal mais importante e o mais facil de se constatar desde o inicio da pericardite é a macicez absoluta, ou quasi, do quinto espaço direito, no angulo hepato - cardiaco (Herzleberwinckel, de Ebstein).

Blechmann, ao tratar do valor do signal de Rotch, esclarece que elle não é privativo de pericardite com derrame, pois, segundo a observação de West, bem como segundo um caso de estenose tricuspide, de Middleton, o desapparecimento do angulo de Rotch pode correr por conta de uma hypertrophia ou dilatação cardiacas.

E apresentando as conclusões da analyse do signal de Rotch, Blechmann diz textualmente: “o signal de Rotch marca o inicio do derrame pericardiaco; isolado elle não tem o valor absoluto que certos autores quizeram lhe dar. Mas, si elle se acompanha de uma macicez “progressiva e symetrica”, elle demonstrará a existencia de um derrame no sacco pericardiaco.”

Meus senhores.

O signal de Rotch não teve a unanimidade de que seria de se desejar. Sahli, entre outros, em seu magistral “Tratado Pratico dos Methodos de Exploração Clinica”, (tradução hespanhola de Léon Cardenal, edição da Casa Salvat), impugnando a forma da area cardiaca proposta por Moritz e Diedlen, impugna particularmente a questão do angulo hepato-cardiaco dizendo que esse angulo normalmente é obtuso, sendo a junção dos limites da macicez cardiaca e hepatica feita segundo uma linha curva de concavidade dirigida para cima e para a direita. Isto é, segundo Sahli, o signal de Rotch, ou obtusidade do angulo hepato-cardiaco é encontrada normalmente, na ausencia de qualquer derrame pericardiaco ou dilatação cardiaca. De accordo com a observação de Sahli está a observação de toda gente, pois nunca conseguimos vêr delimitado pela percussão um angulo hepato-cardiaco como o querem aquelles auctores. E nós mesmos, nunca obtivemos esse angulo; poder-se-ia objectar neste caso particular, uma deficiencia de technica, mas affirmamos categoricamente que qualquer pessoa que percuta o angulo hepato-cardiaco achal-o-á sempre obtuso.

Aliás, ha algumas experiencias de Sibson que são particularmente interessantes. Admittindo-se que o angulo hepato-cardiaco seja normalmente agudo e pathologicamente obtuso á percussão —

como o querem os auctores a que acima nos referimos, Rotch, Ewart, Ebstein, Blechmann, Moritz e Diedlen — sua obtusidade, nos casos de pericardite, ou dilatação cardíaca, seria devida á presença de substancia não sonora (liquido ou auricula) no angulo diedro formado pelo limite direito da auricula direita e pela cupula hepatica.

Ora, meus senhores, as experiencias de Sibson sobre a distensão progressiva do sacco pericardico pela injeccão de liquido mostram que o liquido não se collecta ahi segundo a acção da gravidade, como no sacco pleural, mas sim que elle se espalha regularmente por toda a extensão do espaço existente entre os dois folhetos pericardicos, e isto naturalmente por não ser o coração tão compressivel como o pulmão. As duas figuras 1 e 2 reproduzidas eschematicamente de Sibson, mostram que estando o sacco pericardico normal ou completamente distendido, o coração forma sempre por sua face direita um angulo diedro agudo com a superficie superior do figado, o mesmo se observando aos Raios X, nos casos de derrame pericardico ou grandes dilatações cardiacas; isto é, existem normal como pathologicamente, as mesmas condições morphologicas, nada justificando, pois que o angulo de Rotch se tornasse obtuso nos casos de derrame pericardico ou de dilatação cardíaca.

A questão é, meus senhores, que normal como pathologicamente o angulo de Rotch ou angulo hepato-cardiaco é obtuso — como diz Sahli e como qualquer um de nós pode verificar. Esta egualdade das condições de sonoridade do angulo nos casos normaes ou pathologicos está mais de accordo com o modo de distensão do sacco pericardico do que a diversidade proposta por todos aquelles auctores atraz mencionados.

Se, normal ou pathologicamente, existe um angulo diedro agudo formado pelo coração e pelo figado, como poderíamos obter, respectivamente, pela percussão, um angulo hepato-cardiaco agudo ou obtuso?

O problema se reduz, pois, e a tanto egualmente se reduz a nossa tarefa, explicar como é que um angulo diedro agudo pode se projectar, na parede thoraxica, pela percussão, sob o character de um angulo obtuso.

Sahli, constatando que o angulo hepato-cardiaco é normalmente obtuso, não é bem claro quanto á explicação deste facto. Diz elle que as esferas de percussão vão se tornando cada vez menores á medida que a percussão se approxima do figado. Atribue, pois, o facto á cupola hepatica, mas não deixa ver, de um modo bem nitido, a natureza physica do phenomeno. Essa explicação é que nós — o dr. Jairo de Almeida Ramos e eu — vos quizemos trazer e que, manda a verdade que se diga, foi feita no desconhecimento das palavras de Sahli.

Ao se praticar a percussão topographica, isto é, a percussão dos limites, quando se determina um ponto cutaneo que dizemos estar sobre o limite de um órgão — coração, ou fígado, por exemplo — o dedo plessimetro está collocado sobre esse limite, pois é á sua situação que relacionamos o limite que queremos determinar. A percussão sobre o dedo plessimetro nesse ponto provoca uma “esphera de acção acustica”, como Weil chamou á região abalada pelo choque percutorio. Essa esphera, a que Sahli dá o nome de “territorio do golpe de percussão”, é, no caso da percussão topographica ou dos limites, constituida por duas metades, uma sonora, formada pelo órgão sonoro — que no caso é o pulmão — e outra maciça formada pelo órgão não sonoro — que no caso é o coração ou fígado.

A projecção do centro dessa esphera é occupada pelo dedo plessimetro e é o ponto em que marcamos, na pelle, a projecção do limite desejado. Cada vez que marcamos, pois, na pelle, um ponto em que houve uma mudança de sonoridade, é porque a esphera de acção acustica está sendo tomada, metade pelo órgão sonoro metade pelo órgão não sonoro. Isto, que vós estaes fartos de saber, nós aqui repetimos porque é, para nós, de summa importancia.

Supponhamos agora que a percussão topographica vem descendo ao longo do limite direito do coração. Emquanto não alcançamos o fígado, a projecção, sobre a pelle, do centro de esphera de acção acustica coresponde ao limite profundo. Desde, porém, que essa esphera transgencia o fígado, que se vae passar?

Essa esphera, que já tem metade de seu volume tomada pela massa não sonora do coração, ao alcançar o fígado terá, tomada por este uma porção de sua parte sonora. Para compensar esta perda de substancia sonora a esphera, isto é, a percussão, se afasta um pouco do coração libertando algo da sua porção occupada por este órgão.

A' medida que a percussão desce, a porção da esphera tomada pelo fígado vae aumentando e, ao mesmo tempo, a parte tomada pelo coração vae diminuindo, isto é, a esphera, desde que tangencia o fígado, vae, á medida que desce, se afastando do coração, para que ella seja sempre constiuida por partes eguaes de substancia sonora (pulmão) e de substancia não sonora (coração e fígado), dando, assim, sempre a mesma sensação auditiva que vi-nhamos, desde cima, obtendo. Quando o centro da esphera tiver attingido o fígado, isto é, quando a metade da esphera de acção acustica for tomada pelo fígado, já a esphera, correspondente ao dedo plessimetro, terá se afastado bastante do coração para que este não lhe tome parte nenhuma sonora. E então estaremos já percutindo a cupola hepatica.

Ora, como podeis facilmente ver, na figura 3, a projecção do centro da esphera de acção acustica em suas progressivas posições,

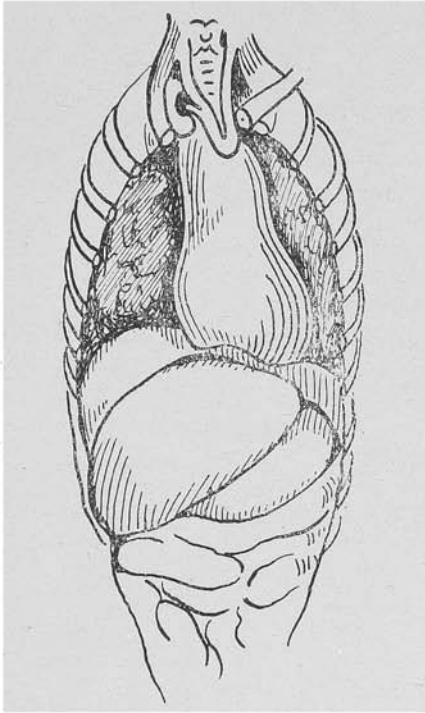


FIG. I

Sacco pericardico normal (Sibson,  
citado por Bleschmann)

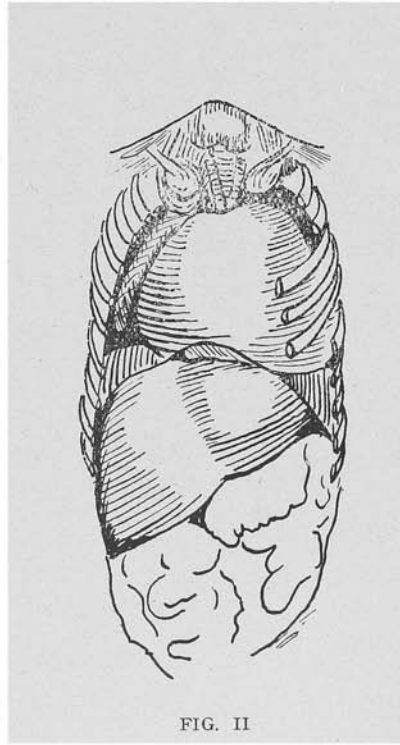


FIG. II

Sacco pericardico fortemente  
distendido (Sibson, citado  
por Bleschmann)

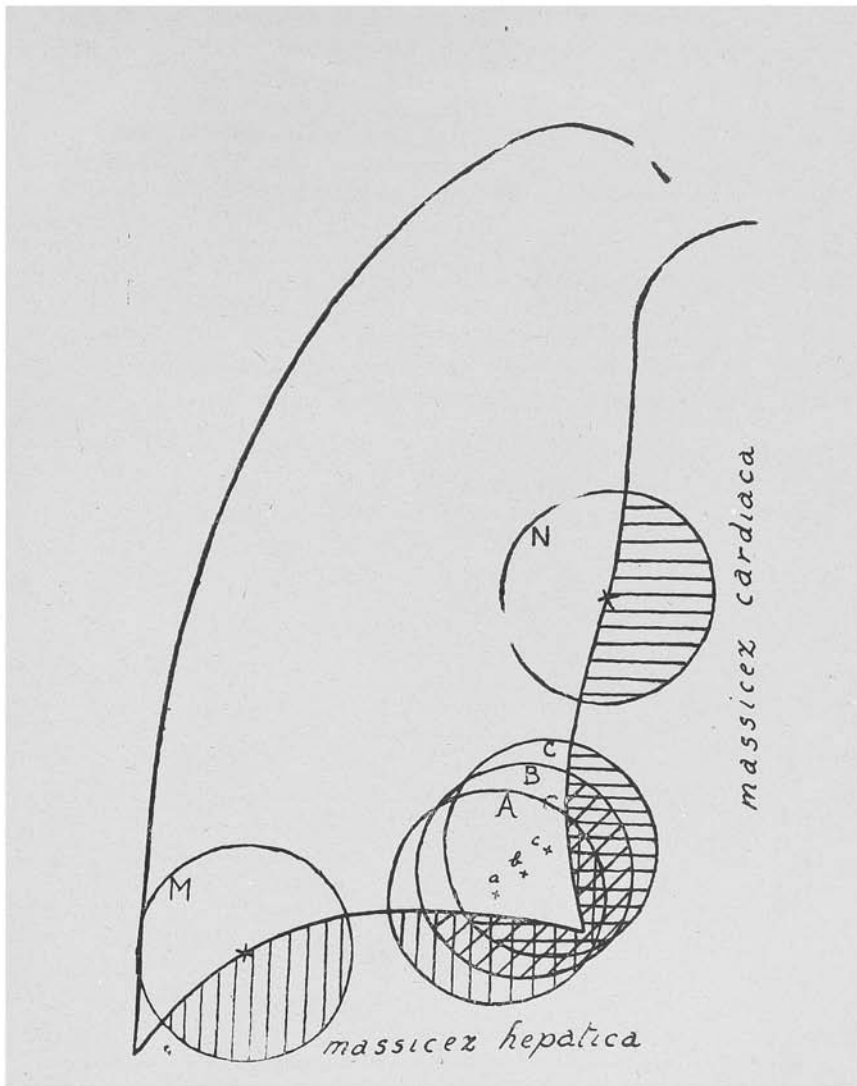


FIG. III

As esferas A, B, C têm, do mesmo modo que as esferas M e N, uma metade sonora e uma metade não sonora: a projecção dos centros a, b, c forma uma linha curva de concavidade dirigida para cima e para a direita.

desde que começou a attingir o figado até que deixou de attingir o coração, dá uma curva de concavidade dirigida para cima e para a direita, que é a curva descripta por Sahli e a que se encontra á percussão de individuos normaes.

Taes são, meus senhores, as considerações que vos queriamos offerecer a proposito da percussão do angulo hepato-cardiaco. E á vossa critica, severa mas imparcial, offerecemos as seguintes conclusões:

I) — A obtusidade do angulo hepato-cardiaco é um phenomeno normal.

II) — O signal de Rotch não tem valor para o diagnostico das pericardites com derrames nem das hypertrophias ou dilatações do coração, em especial da auricula direita.

III) — A obtusidade do angulo hepato-cardiaco é devida á acção abafadora conjuncta exercida pelo coração e pelo figado sobre a esphera de acção acustica ali obtida pela percussão.

---

O INSTITUTO "MEDICAMENTA" tem a honra de offerecer á apreciação da illustre Classe Medica Brasileira este precioso afim de dotar a Pharmacia Nacional com productos que correspondentemente que constitue o ambicionado premio aos seus esforços pondam exactamente a todas as exigencias clinicas.