

C 608092
R 1230972
01/03/00

DR. REINALDO CHIAVERINI

★

Tratamento da
insuficiência cardíaca congestiva
por uma glicósido pura do
Nerium oleander
(Folinerina)

TESE DE DOUTORAMENTO

Aprovada com distinção: grau 9,66

★

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente *Prof. Dr. Cantidio de Moura Campos*
Prof. Dr. Ovidio Pires de Campos
Prof. Dr. Celestino Bourroul
Prof. Dr. Jaime Regalo Pereira
Prof. Dr. Antonio de Almeida Prado

Tese
616.11A
P. 532A
P. 239

FC-00007973-7

EDITORA LIMITADA IMPRIMIUI

1939

BIOTEC

DA

A meus Pais

A' minha Esposa

ÍNDICE

Prefacio.	7
-------------------	---

PARTE I

Farmacologia da Folinerina e suas aplicações terapêuticas	9
--	---

PARTE II

Contribuição pessoal	21
Comentário	145
Conclusões.	164
Bibliografia	165

PREFÁCIO

O tratamento da insuficiência cardíaca é e continuará a ser, por muito tempo, um assunto interessante e atual para o clínico pesquisador, a-pesar-do muito que se tem escrito alhures e entre nós a êsse respeito. Prova disso é a aquisição mais ou menos recente de novas drogas destinadas ao seu tratamento e que vieram enriquecer o nosso arsenal terapêutico: glicósides puros da *Scilla maritima*, da *Digitalis lanata*, e, mais recentemente ainda, uma glicósida pura do *Nerium oleander*, introduzida no comércio dos produtos farmacêuticos com a denominação de Folinerina.

Há um desacôrdo aparente entre a eficácia indubitável da digital (*D. purpurea*), eficácia essa comprovada por mais de um século de estudos e observações, e o aparecimento mais recente de drogas destinadas a substituí-la no tratamento da insuficiência cardíaca. De fato, ao especialista e mesmo ao clínico, experimentados no uso dos princípios digitálicos e habituados a verificar os efeitos surpreendentes dos mesmos, quando bem empregados, poderiam parecer, à primeira vista, supérfluos os novos preparados, que surgem com o fito de concorrer com a digital no tratamento do cardíaco. Nós mesmos, confessamo-lo com toda a sinceridade, sempre tivemos uma certa relutância, digamos mesmo, uma certa prevenção, ao experimentarmos uma nova droga e uma certa satisfação íntima, ainda que inconfessável, nos invadia ao verificarmos qualquer eventual insucesso dos concorrentes da velha digital. Com isso não está dito que consideremos a digital como soberana e infalível, pois que os seus insucessos, tão indubitáveis como a sua eficácia, quaisquer que sejam as causas a que possam ser imputados, provam o contrário.

De fato, a digital, quando habilmente empregada, é ainda um grande remédio do coração, como o ópio o é da dor; infelizmente,

porém, ela falha, por vezes, e, talvez, seja essa uma das razões pelas quais se procura um sucedâneo do qual seja dado esperar mais do que da própria dedaleira. Por outro lado, são bem conhecidos os casos de intolerância gástrica para com a digital e o perigo de acúmulo que ela apresenta : é, enfim, uma série de dificuldades reais ou aparentes que a tornam ainda muito temida pelo médico prático.

Por todas essas razões e mais pelas interessantes referências que a literatura estrangeira vinha fazendo em relação á nova glicósido, é que começámos a experimentar a Folinerina, inicialmente com o escopo de verificarmos “de visu” os efeitos do novo medicamento ; como tivéssemos ficado impressionados com os primeiros resultados e como, no decorrer de ano e meio, as observações se avolumassem, decidimos tornar públicos os resultados por nós obtidos com o uso d’este agente terapêutico, julgando assim poder trazer uma nova contribuição, ainda que modestíssima, ao estudo fascinante da insuficiência cardíaca congestiva. Eis, pois, como surgiu a nossa tese inaugural.

Consta essencialmente este nosso trabalho do estudo clínico-experimental da evolução terapêutica de 50 doentes com insuficiência cardíaca de causas diversas, internados e tratados, no decorrer do ano de 1938 e parte de 1939, na 3.^a MH da Santa Casa, enfermaria da 2.^a cadeira de Clínica Médica, de que é diretor o Prof. Dr. Ovidio Pires de Campos, sob cujas ordens trabalhamos desde a nossa formatura, em 1935. Como, porém, se trata de um assunto, ao que nos consta, inédito entre nós, julgámos útil fazer preceder á exposição das nossas observações um apanhado geral dos estudos anteriores, quasi todos de autores germânicos, sôbre as qualidades físicas e químicas, farmacodinâmicas e terapêuticas da nova glicósido oleândrica. Dividimos, portanto, o trabalho em duas partes : uma de compilação e outra com a nossa contribuição pessoal que procurámos tornar o mais objetiva possível, documentando as nossas observações com todos os elementos úteis ao nosso alcance. Se for reconhecido como justo o nosso escopo primordial de agirmos com científica austeridade e, sobretudo, de contribuirmos, ainda que infimamente, para minorar o sofrimento, então nos consideraremos satisfeitos e felizes.

Sirva-nos ainda este prefácio para agradecermos ao Prof. Dr. Ovidio Pires de Campos, pelo quanto nos facilitou na consecução dos nossos intentos ; ao Dr. Dante Pazzanese, que nos orientou, com os seus grandes conhecimentos, na interpretação de muitos traçados electrocardiográficos ; á dedicação dos humildes enfermeiros da Santa Casa.

porém, ela falha, por vezes, e, talvez, seja essa uma das razões pelas quais se procura um sucedâneo do qual seja dado esperar mais do que da própria dedaleira. Por outro lado, são bem conhecidos os casos de intolerância gástrica para com a digital e o perigo de acúmulo que ela apresenta : é, enfim, uma série de dificuldades reais ou aparentes que a tornam ainda muito temida pelo médico prático.

Por todas essas razões e mais pelas interessantes referências que a literatura estrangeira vinha fazendo em relação á nova glicósido, é que começámos a experimentar a *Folinerina*, inicialmente com o escopo de verificarmos “de visu” os efeitos do novo medicamento ; como tivéssemos ficado impressionados com os primeiros resultados e como, no decorrer de ano e meio, as observações se avolumassem, decidimos tornar públicos os resultados por nós obtidos com o uso dêste agente terapêutico, julgando assim poder trazer uma nova contribuição, ainda que modestíssima, ao estudo fascinante da insuficiência cardíaca congestiva. Eis, pois, como surgiu a nossa tese inaugural.

Consta essencialmente êste nosso trabalho do estudo clínico-experimental da evolução terapêutica de 50 doentes com insuficiência cardíaca de causas diversas, internados e tratados, no decorrer do ano de 1938 e parte de 1939, na 3.^a MH da Santa Casa, enfermaria da 2.^a cadeira de Clínica Médica, de que é diretor o Prof. Dr. Ovidio Pires de Campos, sob cujas ordens trabalhamos desde a nossa formatura, em 1935. Como, porém, se trata de um assunto, ao que nos consta, inédito entre nós, julgámos útil fazer preceder à exposição das nossas observações um apanhado geral dos estudos anteriores, quasi todos de autores germânicos, sôbre as qualidades físicas e químicas, farmacodinâmicas e terapêuticas da nova glicósido oleândrica. Dividimos, portanto, o trabalho em duas partes : uma de compilação e outra com a nossa contribuição pessoal que procurámos tornar o mais objetiva possível, documentando as nossas observações com todos os elementos úteis ao nosso alcance. Se for reconhecido como justo o nosso escopo primordial de agirmos com científica austeridade e, sobretudo, de contribuirmos, ainda que infimamente, para minorar o sofrimento, então nos consideraremos satisfeitos e felizes.

Sirva-nos ainda êste prefácio para agradecermos ao Prof. Dr. Ovidio Pires de Campos, pelo quanto nos facilitou na consecução dos nossos intentos ; ao Dr. Dante Pazzanese, que nos orientou, com os seus grandes conhecimentos, na interpretação de muitos traçados electrocardiográficos ; á dedicação dos humildes enfermeiros da Santa Casa.

PARTE I

Farmacologia da Folinerina e suas aplicações terapêuticas

HISTÓRICO

A química das glicósides de ação fármaco-dinâmica semelhante à das glicósides digitálicas (e que, por facilidade de expressão, chamaremos simplesmente de “glicósides digitálicas”) é muito complexa. Isto é devido não só ao número de vegetais que possuem essas glicósides, como também à variedade de glicósides que um mesmo vegetal pode conter. Aliem-se a isso as dificuldades naturais da análise imediata tendente à separação de princípios quimicamente afins e as dificuldades, quiçá maiores, em se determinar não apenas a fórmula bruta como, principalmente, a constituição molecular dessa série grande de compostos orgânicos, e teremos uma idéia da complexidade da questão, mesmo sob o ponto de vista estritamente químico.

Desde que, por mérito de William Withering, em 1785, segundo parece, pela primeira vez, foram as glicósides da *D. purpurea* estudadas sob o ponto de vista terapêutico, progressos sucessivos foram conseguidos no estudo químico, fármaco-dinâmico e terapêutico das glicósides não só da *D. purpurea*, como também de outros vegetais quais: *Acocanthera ouabaio*, *Thevetia neriifolia*, *Convalaria majalis*, *Adonis vernalis*, *Scilla maritima*, *Digitalis lanata*, *Nerium oleander* e as diversas espécies do gênero *Strophanthus*, para só citar os principais.

São, portanto, dezenas de glicósides com atividades fármaco-dinâmicas semelhantes mas não idênticas, nem todas porém quimicamente identificadas e farmacologicamente experimentadas. Tratando-se de um campo experimental, onde há muito ainda por explorar, é natural que, com os mais recentes progressos da técnica analítica e farmacológica, viessem à luz novas descobertas de novos princípios ativos que, ou eram anteriormente desconhecidos ou, mal estudados, haviam passado ao olvido.

No que diz respeito ao *Nerium oleander*, conhecido desde a antiguidade pelos escritos de Hipócrates (Stoll), êle começou a ser realmente submetido à experimentação química e farmacológica na segunda metade do século passado. Lukomsky (ap. Schmiedeberg), em 1861, já fala de um alcalóide o “*Oleandrin*”, retirado do oleandro e Oefele (ap. Flury e Neumann), em 1893, empregando uma glicósido amorfa, o “*Oleandrid*”, afirma ter obtido resultados terapêuticos pelo menos tão bons como os que são conseguidos com as substâncias digitálicas. Schmiedeberg (1883), aliás, já apontava o fato de existirem íntimas relações químicas e farmacológicas entre os princípios ativos da dedaleira e do oleandro e estudava algumas glicósides amorfas dêste último (“*Neriin*” e “*Neriantin*”). Outros autores, tais como Straub, Windaus, Tauret, estudaram algumas glicósides oleândricas e Straub pensa que há nas folhas do oleandro pelo menos 8 princípios ativos para o coração.

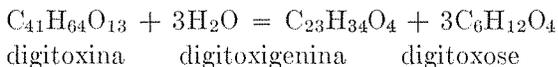
O passo decisivo, porém, para a conquista do *Nerium oleander* para a terapêutica foi dado, ao que parece, com a obtenção de uma glicósido cristalizada, portanto quimicamente pura, analisada e estudada química e farmacologicamente por Ferdinand Flury e Wilhelm Neumann (1935), no Instituto Farmacológico da Universidade de Würzburg: a essa glicósido foi dado o nome de *Folinerina* e é a glicósido que mais se assemelha ao “*Oleandrin*”, analisado por Windaus. E’ do trabalho fundamental de Flury e Neumann que extraímos a maior parte dos dados que se seguem, relativos às propriedades físicas, químicas e farmacológicas da *Folinerina*.

PROPRIEDADES FÍSICAS E QUÍMICAS

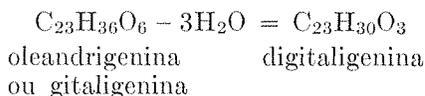
A *Folinerina* é um corpo quimicamente puro, extraído das folhas frescas e mesmo sêcas de *Nerium oleander*, cristalizável em agulhas prismáticas e opticamente ativo, pois que, ao contrário do que acontece com as outras glicósides digitálicas, que são dextrógiras, êle desvia o plano da luz polarizada para a esquerda.

Quimicamente, êle pertence ao grupo das glicósides, que são substâncias naturais resultantes da associação etérea da glicose ou outra hexose ou de uma pentose com várias substâncias de caráter alcoólico” (Rondoni). Tem por fórmula $C_{29}H_{46}O_8$, tendo portanto um pêso molecular igual a 522, pequeno relativamente ao de outras glicósides digitálicas, quais a digitoxina (pêso molecular 764, a ouabaina (pêso molecular 584).

Um dos meios para se estudar quimicamente uma glicósido consiste em se submeter a mesma à clivagem hidrolítica em meio ácido, cindindo-se então a glicósido em suas duas partes constituintes, o hidrato de carbono e o outro radical, que toma o nome genérico de “aglicon” e o nome específico da glicósido que o gerou seguido do sufixo “genina”. Assim, p. ex., a digitoxina produz um aglicon (a digitoxigenina) e um hidrato de carbono (digitoxose), segundo a reação :



Da mesma forma a Folinerina, sob a ação de um ácido, se dissocia em : um hidrato de carbono, que não parece ser identificável com nenhum dos hidratos de carbono conhecidos na química digitálica (particularmente com a digitalose do “digitalinum verum”, como admite Windaus para o seu “Oleandrin”), a-pesar-de lhes ser afim, como o demonstra o resultado da reação de Keller-Kiliani ; e um aglicon desconhecido, a “oleandrigenina” à qual Flury e Neumann atribuem a fórmula bruta $\text{C}_{23}\text{H}_{36}\text{O}_6$, parecida mas não idêntica à gitaligenina que, por sua vez, é o hidrato de gitoxigenina. E’ aquí, exatamente, que encontramos a ponte de união entre a nova glicósido oleândrica e as glicósides digitálicas. De fato, verifica-se que a oleandrigenina, tanto quanto a gitaligenina, sob ação ácida enérgica, é capaz de gerar a digitaligenina (aglicon do digitalinum verum), por desidratação :



fato êsse, aliás, que já fôra observado por Windaus, ao estudar o seu “oleandrin”.

E’, por outro lado, sabido que os aglicons de uma glicósido, a-pesar-de serem a parte da molécula que tem especificidade para com o coração, têm menor atividade fármaco-dinâmica do que as glicósides respectivas. Nem é por outra razão que os extratos naturais (“crude extracts”) são especialmente susceptíveis de uma perda de atividade, subordinada a uma ação enzimática, que determina a remoção dos hidrocarbonados (Stoll). A êsse respeito convém

também levar em conta a resistência que as próprias glicósides puras opõem à clivagem pois que, quando administradas “per os”, elas vão encontrar no estômago um meio ácido favorável à hidrólise, com perda de hidrocarbonado e perda, portanto, de atividade. Num estudo comparativo Flury e Neumann verificaram que a digitoxina, mantida em ácido clorhídrico a 0,18 %, a 37 graus centígrados, perdia 70 % da sua atividade terapêutica após 4 horas, e 90 % após 24 horas. A Folinerina, nas mesmas condições, não perde parte sensível da sua atividade após 4 horas e, mesmo após 48 horas, conserva mais de 60 % da sua atividade inicial.

AÇÃO FÁRMACO-DINÂMICA PODER DE ACÚMULO

As experiências realizadas em animais por Flury e Neumann com Folinerina afirmam a sua inteira ação digitálica. Assim é que, na rã, diluições de 1/500.000 já produzem o quadro digitálico típico, com paralização tônica final: 1 milígrama de Folinerina corresponde a 1.200 unidades-rã, de acôrdo com o método sem tempo (“Zeitlosen Methode”). Igualmente, no coração isolado de gato, pode-se observar o mesmo efeito digitálico: a atividade da Folinerina é aqui medida, segundo o método de Hatcher Magnus, em 0,24 mgr. por quilo. Para termo de comparação reproduzimos alguns dados citados por Stoll, aos quais acrescentamos os dados de Flury e Neumann referentes à Folinerina:

TOXICIDADE DAS GLICÓSIDES DIGITÁLICAS

	RÃ (Dose letal média, inj. subc., método sem-tempo) Unida- de-rã por mgr.	GATO ("Infusão" endovenosa de acôrdo com Hatcher). Uni- dade-gato = mgr. por quilo.
Digilanide	620	0,343
Digitoxina	400	0,420
Digoxina	650	0,280
Folinerina	1200	0,240

No que diz respeito às vias de administração, a experiência mostra que a dose mortal de Folinerina, por quilo de pêso de gato, quando injetada subcutaneamente ou por via retal, é de 0,20 mgr. Ainda que se leve em conta não a dose mortal pela “infusão” de Hatcher, mas a dose mortal pela injeção endovenosa sem tempo, que é de 0,12 mgr. por quilo de pêso, verifica-se a grande proximidade dos dois valores, referentes à administração endovenosa e à administração retal : isso prova o grande poder de absorpção relativo à droga, talvez atribuível ao seu pêso molecular relativamente pequeno, como accentuam Flury e Neumann.

Muito se tem falado do poder de acúmulo dos digitálicos, sendo êle encarado, por vezes, como uma qualidade nociva e perigosa, tornando difficil ou, pelo menos, delicada a sua administração. Ora, a maioria dos autores germânicos e americanos é de opinião que, longe de constituir um empecilho, o poder acumulativo dos assim chamados cardiotônicos, constitue uma virtude terapêutica que, *bem aproveitada*, nos pode facultar os mais brilhantes resultados no tratamento da insuficiência cardíaca. Isto, contudo, não exclue que os digitálicos de alto poder acumulativo, como a digitoxina, sejam de manejo um tanto delicado, que requer uma longa prática hospitalar, que nem sempre tem o médico não especializado. Êste, portanto, teme a digital e, como se apavora ante o aparecimento de qualquer fenômeno tóxico, prefere abster-se de atingir o limiar máximo terapêutico e com isso fica, em geral, muito aquém do inteiro efeito benéfico que lhe seria dado esperar da droga. Por outro lado, a digitoxina, dos digitálicos o mais empregado entre nós, tem o real inconveniente de apresentar o limiar terapêutico mais alto, que comporta o seu efeito medicamentoso total, muito próximo da sua zona tóxica ; e parece estar hoje demonstrado que a real intoxicação digitálica comporta sérios danos não só funcionais como até mesmo anatômicos ao miocárdio : Büchner, citado por Flury e Neumann, chegou mesmo a encontrar focos de necrose no miocárdio, atribuíveis à intoxicação digitálica.

Fica, portanto, claro que, se se deve realmente esperar de um bom cardiotônico um sensível efeito acumulativo, que nos permita obter uma ação ulterior, êste poder de acúmulo não deve ser muito grande, afim de facilitar o manejo da droga sem excessiva preocupação para com uma eventual intoxicação. Apresenta por isso um grande interesse prático o estudo do poder de acúmulo do novo cárdiotônico.

A êsse respeito o Instituto Farmacológico da Universidade de Würzburg nos trouxe uma valiosa contribuição experimental que, a seguir, a clínica se encarregou de confirmar.

Verificou-se que a paralização tônica do coração isolado de rã é mais fácil de ser afastada, após lavagem, quando determinada pela Folinerina do que quando causada pela digitoxina. A gatos foi administrada uma “predose” (“Vordosis”) de 36,5 % de unidade-gato : no dia seguinte os animais já se haviam refeito da intoxicação ; contudo a dose mortal para êsses animais tornava-se muito menor do que a habitual, o que prova o poder de acúmulo. Êste, porém, é menor do que o da digitoxina. Admitindo-se que o poder de acúmulo seja devido a uma fixação da substância ativa no miocárdio, a experiência revela o seguinte : administrando-se uma “predose” de 36,5 % de unidade-gato de Folinerina a gatos, pode-se observar a permanência no coração, 1 dia depois, de 33,5 % de unidade-gato, 3 dias após, de 31 % de unidade-gato e, 5 dias após, de 19 % de unidade-gato, não havendo mortes tardias por intoxicação. Bauer e Fromhertz, fazendo a mesma experiência com digitoxina, verificavam, 3 dias após, 20 % de animais mortos por intoxicação ; e 12 dias após, 80 % dos animais mortos tardiamente. Heubner e v. Nyáry, para estudar o poder de acúmulo das diferentes glicósides digitálicas, injetaram, por via venosa, essas glicósides, com velocidades decrescentes e verificaram, como era de prever, que a dose letal de digitoxina é a mesma, quer a administração se faça em alguns minutos, quer ela se faça em algumas horas, devido ao seu forte poder de acúmulo. Já com a g-estrofantina as doses letais em injeção lenta são muito maiores em virtude do seu fraco poder de acúmulo. Flury e Neumann, realizando a mesma experiência com Folinerina, encontraram valores que permitem considerar-se o poder de acúmulo desta glicósido intermediário entre o da digitoxina e o da estrofantina, se bem que mais próximo ao daquela, como bem se vê pelo quadro abaixo :

DOSE LETAL PARA RATOS DA INJ. ENDOV. DE GLICÓSIDE			
	10-20 minutos	30-50 minutos	100-200 minutos
Digitoxina . . .	12 mgrs./Kg.	12 mgrs p./Kg.	12 mgrs. p/Kg.
G-estrofantina	17 " "	28 " "	43 " "
Folinerina	10 " "	11,6 " "	16,6 " "

A experimentação química e farmacológica revelou, portanto, ser a Folinerina uma glicósido cristalizada, pouco sensível às soluções diluídas de ácidos, e de molécula pequena, o que lhe garantiria uma fácil absorção ; a-pesar-de altamente ativa, tem poder de acúmulo inferior ao da digitoxina mas superior ao da g-estrofantina.

Vejamos agora o que revelou a sua experimentação na clínica humana.

APLICAÇÃO TERAPÊUTICA DA FOLINERINA

Se bem que o aproveitamento terapêutico do oleandro já tenha sido anteriormente tentado, sob várias formas, nunca êle conseguiu impor-se, nem mesmo como medicamento secundário, no tratamento diário dos doentes de insuficiência cardíaca. Praticamente, o ingresso do *Nerium oleander* na terapêutica só se deu após a introdução da sua glicósido pura, a Folinerina, que foi primeiramente experimentada por Robert Schwab em 80 casos. Seguiram-se então os trabalhos de vários autores, que apresentaram também inumerosos casos tratados com Folinerina, tendo, geralmente, chegado aos mesmos resultados que Schwab. Vamos resumir brevemente êsses resultados.

1) *Forma, doses e vias de administração.*

São habitualmente empregadas duas formas farmacêuticas para a administração da Folinerina : solução e comprimidos. A solução é titulada de modo que 1 cc., correspondente a 30 gotas, contenha 0,4 mgr. da glicósido. Os comprimidos, que tivemos em mãos, são dosados a 0,10 mgr.

A administração se faz “per os” e é perfeitamente suportada na maioria dos casos. A solução, contudo, pode ser utilizada para administração retal, em supositórios contendo 15 gotas da solução ou 0,2 mgr. (Schwab). Não foram utilizadas formas injetáveis, visto como a experimentação farmacológica, por um lado, e a experimentação clínica, por outro lado, provaram serem desnecessárias. Quanto às doses, as opiniões divergem um tanto. Dada a grande atividade da Folinerina em unidades-rã, a tendência inicial foi de se administrarem doses diárias pequenas, inferiores à miligrama. Schwab utilizou, em casos de média e grave insuficiência cardíaca,

a dose de 0,6 mgr. durante 8-10 dias, suspendendo então o medicamento ou diminuindo a dose, não por ter verificado fenômenos de intoxicação, mas por ter obtido o desejado efeito digitálico. Röntsch administra 0,6-0,8 mgr. por dia, sem interrupção, até mesmo durante 8 semanas, só excepcionalmente ultrapassando essa dose. Essas também foram as doses utilizadas por Lepel, Thiele, Schuler e Ott. Já Vondracek e Pohl (ap. Jonás e Sailerová), dão 12 decimiligramas ao dia ; e, finalmente, Jonás e Sailerová atigem 12, se necessário até 16 decimiligramas diárias. Habitualmente essas doses eram administradas em 3-4 vezes.

As doses de manutenção, quando necessárias, variam, naturalmente, com os diferentes casos e serão sempre menores das que são usadas para o tratamento de ataque ; segundo Schwab são, em geral, suficientes poucas decimiligramas diárias, que poderão ser administradas, por assim dizer, indefinidamente.

Por outro lado, Lepel chama a atenção para o cuidado que se deve ter na dosagem da Folinerina nos casos que tenham sido recentemente tratados pela digital. Nesses casos o efeito da Folinerina muito se assemelha ao das estrofantinas e podem surgir fenômenos tóxicos caso a Folinerina não seja administrada com muita prudência ; se for possível, será melhor esperar alguns dias antes de reiniciar qualquer terapêutica cardiotônica ; se o caso, porém, assim o exigir, começar-se-á com pequenas doses de glicosídeo oleândrica, para tatear a tolerância do doente.

2) Ação.

No homem doente com insuficiência cardíaca congestiva, os autores compulsados são concordes em atribuir à Folinerina inteiro efeito digitálico.

A Folinerina reduz habitualmente a frequência do pulso e ativa notavelmente a diurese, com conseqüente diminuição do peso corporal e desaparecimento dos fenômenos congestivos. O seu poder diurético, que parece ser indireto, como o da digital, supera, por vezes, o desta última. Há diminuição do teor de bilirrubina no sôro sanguíneo (Schwab), o que prova diminuição da estase hepática ; e diminuição, quasi constante, radiologicamente comprovada, da imagem cardíaca (Schwab). A-par-da melhora objetiva, manifesta-se, em geral rapidamente, a melhora subjetiva. Uma variação constante da pressão arterial não foi encontrada.

Nos casos de fibrilação auricular, taquicardia e deficit do pulso, surge, em geral, uma benéfica bradicardia, com diminuição e desaparecimento mesmo do deficit ; nesses casos os seus efeitos parecem ser dos mais notáveis. Segundo Jonás e Sailerová, ela não atua satisfatoriamente, aliás, como a digital, nos casos de pronunciada insuficiência ventricular esquerda, principalmente se o ritmo sinusal estiver conservado ; nesses casos, êsses autores julgam soberano o estrofantó. Nenhum dos outros autores citados chama, porém, a atenção para êsse fato.

O efeito benéfico da cura pela Folinerina sobrevem, em geral, rapidamente, por vezes, nas primeiras 24 ou 36 horas. Êle pode, contudo, tardar 5-8 dias para aparecer (Schwab). Parece-nos, porém, que êsse efeito relativamente tardio deva ser atribuído às doses parcimoniosas empregadas por êsse A.

O efeito sôbre o eletrocardiograma também muito se assemelha ao da digital, se bem que as modificações de ritmo, atribuíveis à saturação ou intoxicação, sejam relativamente raras. Quasi todos os AA. assinalam o aparecimento de extrassístoles, que se desvanecem com a suspensão do medicamento : Schwab em 5 casos sôbre 80 ; Lepel em 10 casos sôbre 78. Thiele assinala o aparecimento de bigeminismo. Frequentemente as extrassístoles anteriormente existentes desaparecem com o tratamento. Não foi verificado nenhum caso de fibrilação auricular consequente à administração da droga. Ao contrário, Schwab assinala dois casos, Schuler e Ott um caso, Lepel um caso, em que a fibrilação auricular deu lugar, após a medicação, ao ritmo sinusal. Lepel assinala aumento de P-R ; e Schwab um caso de bloqueio aurículo-ventricular total, com forte depressão do antes fracamente desnivelado S-T, negatividade de T e bradicardia ; êsses fenômenos cessaram três dias após a suspensão da droga. Schuler e Ott registraram o desaparecimento, em um caso, de um bloqueio de ramo. Jonás e Sailerová assinalam a depressão de T, T difásico, T negativo.

3) *Tolerância.*

A Folinerina é muito bem tolerada e são raríssimos os casos em que desperta náuseas e vômitos. Por outro lado não há essa repulsa subjetiva que muitos doentes apresentam contra a digitoxina, devido, talvez, ao sabor amargo da solução. Mesmo os doentes com intensos fenômenos dispépticos devidos à estase, toleram

a glicósido oleândrica perfeitamente bem. Lepel assinala casos em que os distúrbios gástricos, que tinham permanecido com a digital, desapareceram rapidamente com a Folinerina. Sobretudo as doses elevadas costumam provocar diarréia de grau variável: esta, contudo, não deve ser interpretada como fenômeno tóxico ou como particular intolerância. O mais das vezes ela não altera o estado geral do indivíduo e, porisso mesmo, não induz à suspensão da droga, concorrendo, ao contrário, para a desidratação do doente (Jonás e Sailerová).

4) *Toxicidade e acúmulo.*

A toxicidade é muito pequena, clinicamente, sobretudo se comparada, por um lado, com a grande atividade da droga e, por outro lado, com a toxicidade da digitoxina. Vimos, aliás, como as perturbações tóxicas do ritmo, assinaladas eletrocardiograficamente, são bastante raras. Segundo Schuler e Ott, o poder de acúmulo da Folinerina é, clinicamente, intermediário entre o da digital e o do estrofantó, ainda que êsses Autores reconheçam que é difícil obter-se uma prova clínica de acúmulo. São, aliás, essas as conclusões a que chegam os outros AA.

5) *Indicações e contra-indicações.*

As indicações da Folinerina são, por enquanto, as mesmas da medicação digitálica em geral. Talvez uma experiência clínica ulterior, baseada em maior número de observações, permita que se precisem indicações preferenciais. Schwab acha que, em vista da sua fácil absorpção e rapidez de efeito, ela pode substituir as injeções endovenosas, nos casos gravíssimos, em que se torna obrigatória uma medicação urgente. Talvez haja algum exagêro nessa asserção. Por outro lado, pode-se, desde logo, admitir o seu uso indicado nos casos em que a anamnese revele intolerância para com a digital ou quando sejam manifestos fenômenos dispépticos intensos em virtude de estase venosa (Jonás e Sailerová). Êstes últimos utilizaram-na, por vezes, com sucesso, nos caquéticos e subictéricos nas fases terminais da insuficiência cardíaca, em que o seu uso seria mais indicado do que o da digitoxina, em virtude da sua menor toxicidade.

As contra-indicações, idênticas às da digital, são, segundo Schwab, o enfarte do miocárdio, a angina de peito, a miocardite infecciosa recente ; nesses casos, ou nos abstemos completamente, ou a medicação será administrada com muita cautela.

6) *Vantagens.*

As vantagens da Folinerina sôbre outros digitálicos consistem, pelo que acabámos de ver, na sua ótima tolerância, fácil absorpção e resistência ao meio ácido do estômago, pequena toxicidade e rapidez de ação. Alguns observadores a puseram em confronto direto com outros assim chamados cardiotônicos. Assim é que 5 doentes de Schwab, que haviam sido tratados em casa com digital, sem resultado, reagiram bem à Folinerina. Lepel administrou a 22 dos seus doentes, tratados com Folinerina, também digital ; em 15 dêstes doentes observou superioridade da Folinerina. Em 24 casos comparou a medicação oleândrica com a estrofantínica ; apenas em um caso a estrofantina se revelou superior, ao passo que em três casos, que antes haviam tido uma forte descompensação com estrofantina, foi possível estabelecer rapidamente a compensação com Folinerina.

PARTE II

Contribuição pessoal

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES GERAIS

Apresentamos, em seguida, para análise, 50 observações de doentes com insuficiência cardíaca de causas diversas, que foram por nós tratados com Folinerina. Desde logo queremos prestar alguns esclarecimentos gerais a respeito dêsses casos.

Em primeiro lugar, devemos tornar claro que os casos não foram escolhidos e sim tratados conforme iam dando sucessivamente entrada na Enfermaria; porisso mesmo, como veremos mais adiante, analisando detidamente as observações, incluímos no nosso material muitos casos graves e gravíssimos de doentes com alterações avançadas do aparelho circulatório e com repetidas crises de insuficiência cardíaca, cujo prognóstico era, de início, sombrio depositando-se, portanto, “a priori”, poucas esperanças no tratamento, qualquer que êle fosse.

Habitualmente, com exceção dos casos muito graves, em que a ausência de medicação pudesse pôr em risco a vida do paciente, o doente entrado era sumariamente examinado, sendo feitos os exames complementares fundamentais, particularmente o eletrocardiograma, na ausência de qualquer medicação; esta só era administrada decorridas 24 horas de estadia no Hospital, em repouso e com dieta acloretada e pobre em líquidos. Em seguida era feito o exame, quasi sempre diário, do doente, como se pode ver pelos esquemas de evolução, sendo anotados os sintomas e sinais que exprimem habitualmente o evoluir, neste ou naquele sentido, da insuficiência cardíaca: cianose, dispnéia, tosse, estertores de base, derrame pleural, edema, ascite, tamanho do fígado, frequência do pulso, pressão arterial, pêso, volume de urina eliminado, galope e certos outros sintomas, quais sejam o vômito e a diarréia, que podem exprimir ação secundária ou mesmo intoxicação pelo medicamento. Acrescentemos que o grau de dispnéia era avaliado pelo número de movimentos respiratórios por minuto,

indicando-se com as iniciais maiúsculas CS os casos em que havia respiração de Cheyne Stokes ; o tamanho do fígado era avaliado pelo número de centímetros, abaixo da reborda costal, da borda inferior do órgão, na linha hemiclavicular ; outros elementos como a cianose, tosse, estertores de base, derrame pleural, edema, ascite, vômitos, foram expressos com uma ou duas cruces, de acôrdo com a sua intensidade, e com um traço quando inexistentes, sendo aliás a hidropisia melhormente controlada pelo pêso e diurese. Queremos, porém, chamar a atenção para o fato que a diurese, nos nossos casos, nem sempre foi a expressão, por si só, da evolução da hidropisia : na realidade, os doentes, de instrução nula ou quasi, difficilmente se compenetravam das recomendações que lhes eram feitas e, muitas vezes, não colhiam a urina antes de evacuar o que, principalmente nos casos acompanhados de diarréia, falseia os resultados. Porisso mesmo os volumes de urina registrados estão por vezes aquém da real diurese do paciente. Por outro lado, concordamos em que, a-par-do volume de líquido eliminado, deveríamos ter registrado o volume de líquido ingerido e a densidade da urina ; mas encontramos difficuldades práticas para êsse registro que, aliás, se torna até certo ponto supérfluo, desde que a diurese seja assinalada juntamente com o pêso do doente.

A pressão arterial foi medida em todos os casos com o baumanômetro de mercúrio.

Só considerámos, para facilidade de registro, a diarréia como positivada, quando o número de evacuações era superior a duas e, nesse caso, a sua intensidade era apenas assinalada com o número de defecações.

Registrámos também nos esquemas de evolução o galope (G), quando presente, assim como o seu desaparecimento eventual, por efeito do tratamento.

Por último, em quasi todos os casos, os efeitos da medicação eram objetivamente registrados mediante um ou mais eletrocardiogramas sucessivos, conforme nos ia parecendo interessante retratar graficamente qualquer alteração funcional do coração. A data exata em que foram registrados os eletrocardiogramas está assinalada nos gráficos por meio de asteriscos (*). Os eletrocardiogramas aparecem nos "clichés" em tamanho natural : 1 mm. = 0,04 de segundo. Foram todos êles obtidos no Serviço de Eletrocardiografia da Faculdade de Medicina, na Santa Casa, dirigido pelo Dr. Dante

Pazzanese, ao qual também devemos a interpretação da maior parte dos traçados.

Procurámos também documentar os nossos casos com exame de urina, reação de Wassermann no sangue, dosagem de uréia no soro sanguíneo, telerradiografia do coração e vasos da base; os dados resultantes acompanham as observações. Os exames de urina e dosagens de uréia foram feitos pelo Dr. Roberto Brandi; as R.W. foram feitas no Laboratório Central da Santa Casa.

Devemos ainda acrescentar, para a interpretação dos esquemas de evolução terapêutica, que a medicação “peroral” é representada em retângulos, valendo cada quadradinho por 5 decimiligramas de Folinerina, ou 50 gotas da solução milesimal de digitalina cristalizada, ou por 1 grama de teobromina, ou ainda por 5 grs. de cloreto de amônio. A medicação parenteral é acompanhada por setas distintas e compreende essencialmente: a teofilina-etilendiamina (T.E.), administrada por via venosa em solução em soro glicosado a 20 %; o Novurit (N), também sempre utilizado por via venosa, na dose de 1 cc. por vez; em um único caso a vitamina B₁ (vit.-B₁), por via intramuscular.

Na parte referente ao diagnóstico, procurámos ser o mais completos possível, dissociando-o em diagnóstico anatômico, etiológico e funcional, de acôrdo com os dados fornecidos pela anamnese, exame físico, eletrocardiográfico, röntgenológico e outros. No diagnóstico funcional procurámos distinguir, pelo conjunto de sintomas e sinais apresentados pelo doente, o grau de insuficiência em insuficiência de grau leve, médio, grave, gravíssimo. Não há dúvida que alguns dos casos que apresentamos se prestariam a extensas e interessantes considerações relativas ao diagnóstico diferencial. Eximimo-nos, todavia, propositalmente, de tecer comentários diagnósticos nesses casos, não só porque seria demasiado longo como, sobretudo, porque seria fora de lugar, já que os propósitos dêste trabalho são outros. Não será, portanto, de admirar que, em raros casos, o diagnóstico etiológico ou anatômico seja substituído por um ponto de interrogação. Formulámos os nossos diagnósticos de acôrdo com “Criteria for the classification and diagnosis of heart disease”, publicado pela American Heart Association, na sua edição de 1935.

Ver-se-ão, nos esquemas de evolução, as indicações, precedidas por uma seta, curado (C), melhorado (M), falecido (F). Queremos aqui apenas exprimir que, quando falamos em doentes curados,

nos referimos à cura exclusiva da insuficiência cardíaca e que o *critério relativo* para considerar o doente curado consistiu na eliminação completa da maior parte, quasi sempre da totalidade, dos sintomas e sinais da insuficiência cardíaca e na estadia, após isso, de alguns dias na Enfermaria, em repouso muito relativo, com ou sem administração de uma dose de manutenção do medicamento, *sem sensível modificação do estado funcional do coração*. Aliás, e esta é uma observação importante que nos ia escapando, devemos frisar que o regime higieno-dietético, que tanto valor tem no tratamento da insuficiência cardíaca, nunca foi rigoroso nos casos por nós observados. Particularmente o repouso, a não ser nos casos gravíssimos em que o doente jazia sem fôrças prostrado ao leito, nunca foi absoluto; nem mesmo se pode afirmar com segurança que a dieta acloretada e pobre em líquidos tenha sido seguida à risca em todos os casos. Isto é devido principalmente ao fato, já assinalado, de que lidamos com doentes pouco compreensivos e sem cultura, dispostos frequentemente a burlar as recomendações que lhes são feitas.

As observações que se seguem são muito reduzidas, tendo-lhes sido retirados todos os elementos que não apresentam interesse para o caso. Quando, na anamnese, negamos antecedentes reumáticos, nos referimos, não só ao reumatismo poliarticular agudo, como às artrites isoladas e vagas, às dores de crescimento, à coréia, às anginas, ainda que com isto não queiramos assimilar a febre reumática a qualquer artrite ou angina. O exame do aparelho circulatório foi feito, via de regra, em decúbito dorsal, com os ombros ligeiramente elevados. Por economia de espaço, no exame do aparelho respiratório, em caso de derrame, escrevemos apenas “derrame pleural” direito ou esquerdo. Pela mesma razão não descrevemos pormenorizadamente, em cada caso, os sinais de ascite e indicamos apenas “ascite” de maior ou menor grau.

OBSERVAÇÕES

N.º 1 — S. M., de 32 anos de idade, casado, lavrador, brasileiro. Ha 6 meses, pela primeira vez, começou a apresentar edema dos membros inferiores, oligúria e nictúria, dispnéia de esfôrgo e ortopnéia, com acessos de asma cardíaca, acompanhados de expectoração escassa, espumosa e, por vezes, de côr rósea. Internou-se, nessa ocasião, em um Hospital, onde lhe administraram gotas, com as quais melhorou em poucos dias. A segunda crise de insuficiência cardíaca sobreveio ha 3 meses e recorreu então a êste Serviço. Era tabagista e etilista moderado, antes do início da atual doença.

Trata-se de um indivíduo de côr preta, mesostênico, emagrecido, apresentando edema duro, depressível, mais acentuado nas pernas e partes em declive. Ortopnéia e polipnéia; roncos e sibilos generalizados; estertores crepitantes em ambas as bases. O choque da ponta é localizável no 6.º intercosto esquerdo, na linha hemiclavicular e é pouco impulsivo e amplo; duplo sôpro diástolo-sistólico mesosternal, bastante intenso e com propagação para toda a área precordial; aorta palpável na fúrcula esternal; pulsos radiais isócronos, tensos e amplos. A dentadura é muito mal conservada, com várias caries e algumas raízes dentárias infeccionadas. Sinais de ascite moderada; borda inferior do fígado palpável, com dificuldade, dois cms. para baixo da reborda costal, na linha hemiclavicular.

A R. W. no sangue foi negativa. O exame de urina revelou quantidade apreciável de albumina. Dosagem de uréia no soro: 25 mgrs. %. O eletrocardiograma revelou: desvio do eixo para a esquerda; QRS espessada; T pequena; extrassístoles ventriculares.

Diagnóstico etiológico: febre reumática (?); anatômico: insuficiência aórtica; funcional: insuficiência cardíaca (média); diagnóstico secundário: hipertensão arterial.

A evolução terapêutica do caso está resumida à fig. 1.

N.º 2 — M. dos S., de 55 anos, viuvo, operário, português. Ha 4 dias notou, ao acordar, edema dos membros inferiores, que se foi acentuando durante o dia até atingir o escroto nessa mesma noite. Nos dias que se seguiram sentiu palpitações precordiais sob a forma de pancadas isoladas e tosse com escassa expectoração; oligúria e urina avermelhada. Teve impaludismo aos 7 anos de idade. E' tabagista e etilista moderado.

Trata-se de um indivíduo de côr branca, tipo morfológico mesostênico, apresentando edema generalizado, considerável, mais acentuado nos membros inferiores e partes em declive. Ortopnéia; sinais de derrame pleural bilateral. Alguns estertores subcrepitan-tes em ambas as bases. Não se percebe o choque da ponta; sôpro sistólico doce, pouco intenso no foco mitral. Pulsos radiais isócronos, pouco amplos, tensos e rítmicos. Artérias radiais de paredes endu-recidas. A dentadura é mal conservada, com muitas caries e falhas.

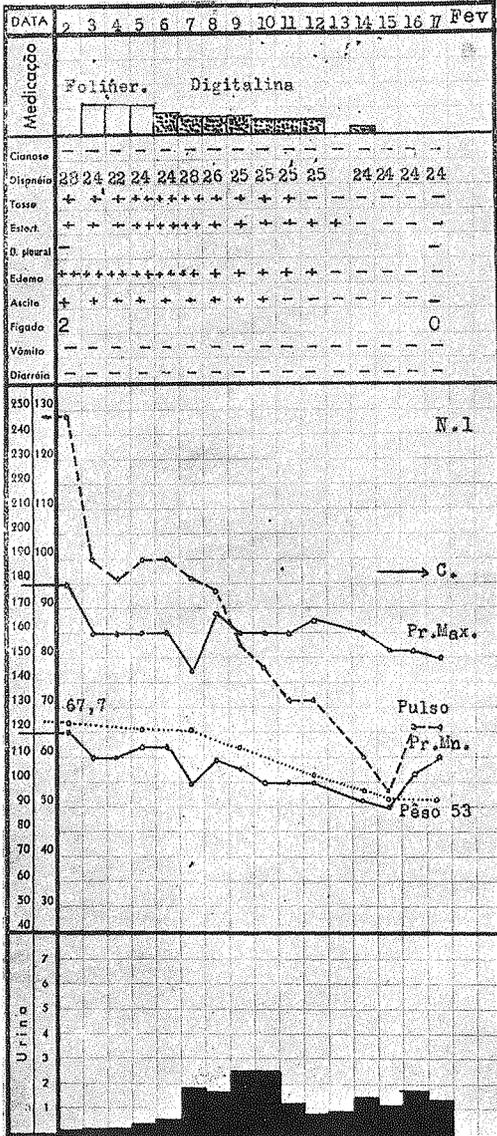


Fig. 1

A borda inferior do fígado é palpável a 1 cm. da reborda costal, na linha mamilar, um tanto dura e dolorosa.

R. W. no sangue negativa. Exame de urina : traços leves de albumina. Dosagem de uréia no soro sanguíneo : 30 mgrs. %. O eletrocardiograma revela : QRS espessada, T pequena. A radiografia do coração (fig.2) e vasos da base revela ligeiro aumento da área cardíaca, apresentando-se os vasos da base normais ; derrame bilateral da grande cavidade, mais pronunciado à direita (Dr. Carmo Mazzilli).

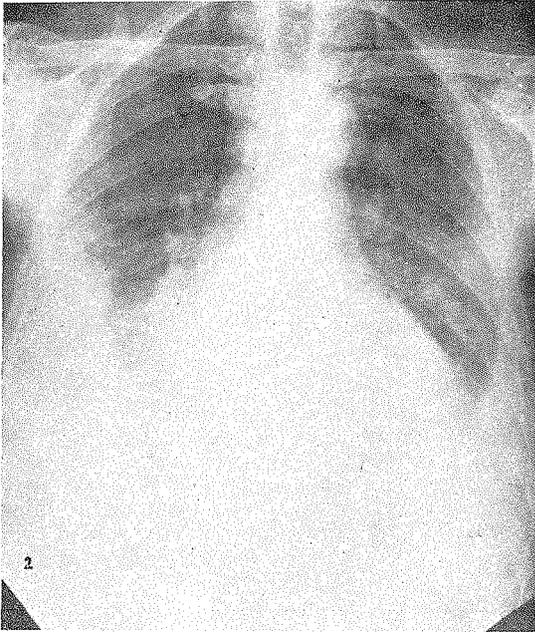


Fig. 2

Diagnóstico etiológico : hipertensão e arteriosclorose ; anômico : aumento do coração e provável esclerose das artérias coronárias ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

A evolução terapêutica do caso está resumida na fig. 3.

N. 3 — A. J., de 50 anos, solteiro, funcionário postal, brasileiro. Há 6 meses começou a sentir dispnéia de esforço e tosse pouco intensa com alguma expectoração branca ; dificilmente dormia à noite e, assim mesmo, sentado, devido à falta de ar. Ha 3 meses começou a perceber edema dos membros inferiores, que se foi acentuando, ao mesmo tempo que os outros sintomas se agravavam,

obrigando o doente a abandonar o trabalho e, por fim, a recolher-se ao Hospital. Aos 12 anos de idade teve impaludismo. Ha anos, por duas vezes, contraiu caneros venéreos suspeitos. E' etilista; tabagista moderado.

Trata-se de um indivíduo de côr parda escura, mesostênico, emagrecido, com edema acentuado dos membros inferiores, escroto, penis e partes em declive. Ortopnéia e forte polipnéia; sinais de derrame pleural direito; alguns estertores subcrepitantes audíveis

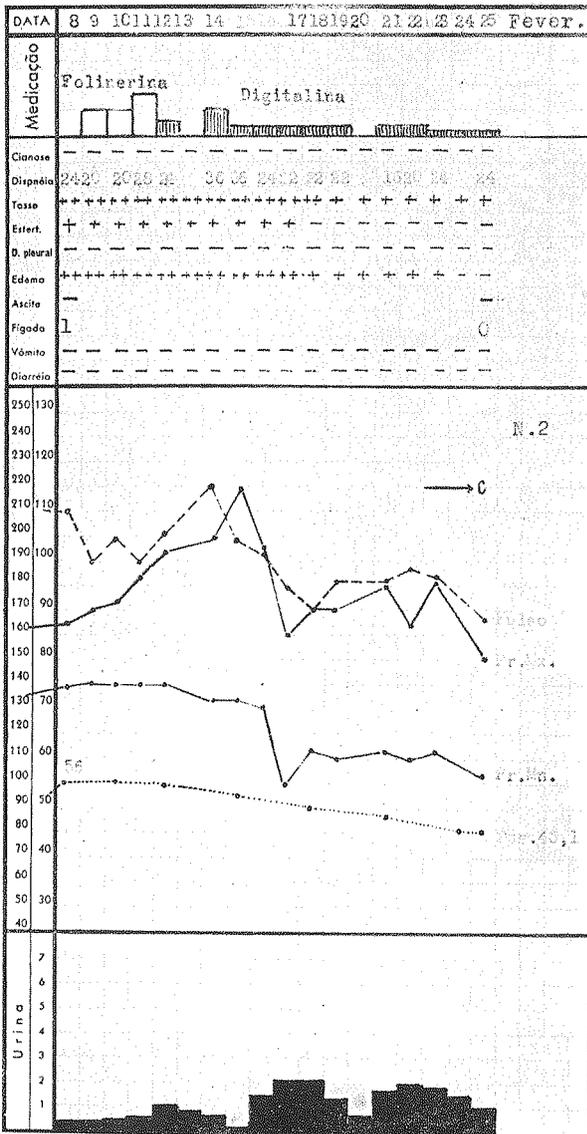


Fig. 3

na base esquerda. Choque da ponta visível e palpável no 6.º intercosto esquerdo, 1 cm. para fora da linha hemiclavicular, um tanto impulsivo, regularmente amplo; ruído de galope na ponta, onde se ouve também um sôpro sistólico doce, de pequena intensidade e sem propagação. Os pulsos radiais são isócronos, amplos, muito tensos. Artérias radiais de paredes duras e pouco depressíveis. Batimentos arteriais supra-esternais, carotidianos e supra-claviculares. Fígado com borda inferior dura e pouco dolorosa, palpável a 1 cm. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

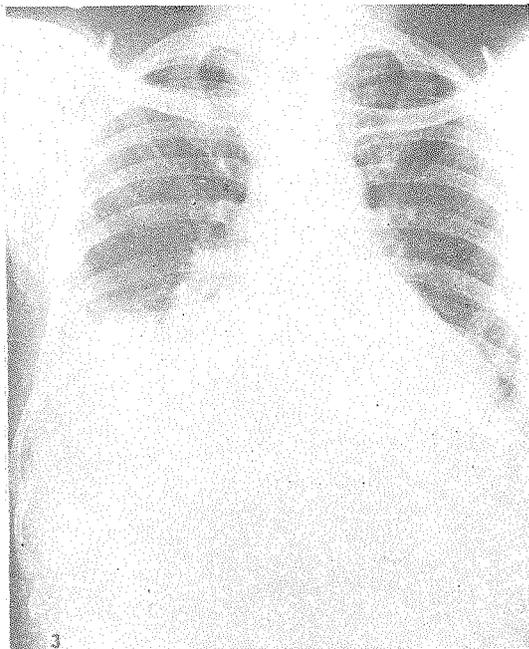


Fig. 4

O exame de urina revelou traços leves de albumina. R. W no sangue negativa. Uréia no soro : 50 mgrs. ‰. Eletrocardiograma : desvio do eixo para a esquerda ; T negativa em D₂ e D₃ ; QRS espessada ; extrassístoles ventriculares. Radiografia (fig. 4) registra : espessamento pleural em todo o hemitorax direito ; derrame da base direita ; aumento global da área cardíaca ; aorta medindo na crosta 36 mms., bastante aumentada em relação à idade. (Dr. Marcelo Soares).

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose e hipertensão ; anatómico : aumento do coração, provável esclerose das artérias coronárias ; funcional : insuficiência cardíaca (média).

A evolução terapêutica do caso pode ser observada na fig. 5.

N.º 4 — J. B., de 28 anos, casado, brasileiro, lavrador. Ha 2 anos começou a sentir palpitações e vagas dores precordiais. Ha 6 meses começou a notar edema dos membros inferiores, acompanhado de oligúria e urinas avermelhadas, dispnéia de esforço, ortopnéia e tosse sêca; nesse estado deu entrada nesta Enfermaria. Seus antecedentes não apresentam interesse.

Trata-se de um indivíduo de cõr parda escura, tipo morfológico mesostênico, edema acentuado, mole, depressível dos membros

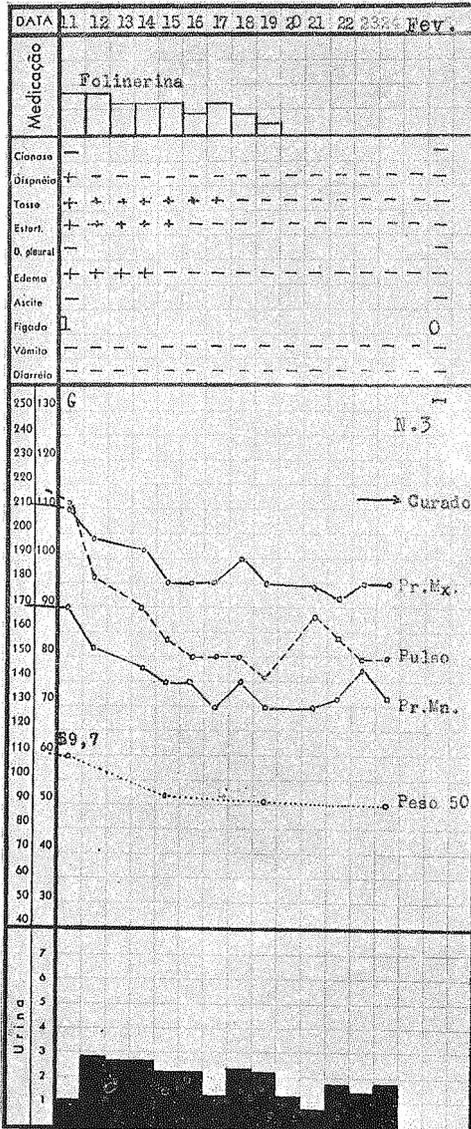


Fig. 5

eixo para a esquerda; QRS espessada; T pequena; ST desnívelada. Sinais radiológicos (fig. 8) de grande aumento global da área cardíaca e pronunciamento do arco aórtico; estase pulmonar (Dr. A. Orsini). Esta radiografia foi tirada a 4 de Março e isso explica a ausência de sinais radiológicos de derrame pleural.

Diagnóstico etiológico: arteriosclerose e hipertensão arterial; anatômico: esclerose das artérias coronárias; diagnóstico funcional: insuficiência cardíaca (grave); diagnóstico secundário (?): sífilis.

A evolução do caso está esquematizada à figura 9.

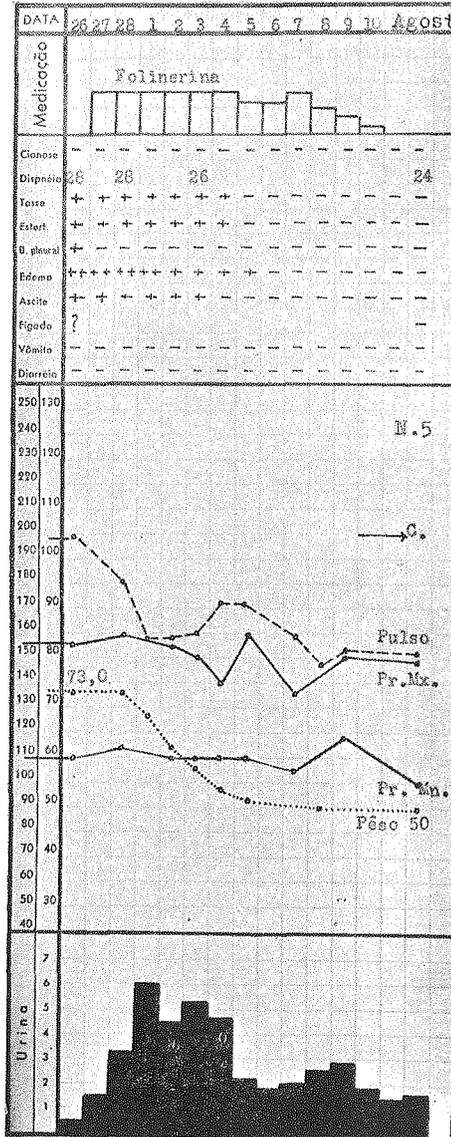


Fig. 9

eixo para a esquerda ; QRS espessada ; T pequena ; ST desnívelada. Sinais radiológicos (fig. 8) de grande aumento global da área cardíaca e pronunciamento do arco aórtico ; estase pulmonar (Dr. A. Orsini). Esta radiografia foi tirada a 4 de Março e isso explica a ausência de sinais radiológicos de derrame pleural.

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose e hipertensão arterial ; anatómico : esclerose das artérias coronárias ; diagnóstico funcional : insuficiência cardíaca (grave) ; diagnóstico secundário (?) : sífilis.

A evolução do caso está esquematizada à figura 9.

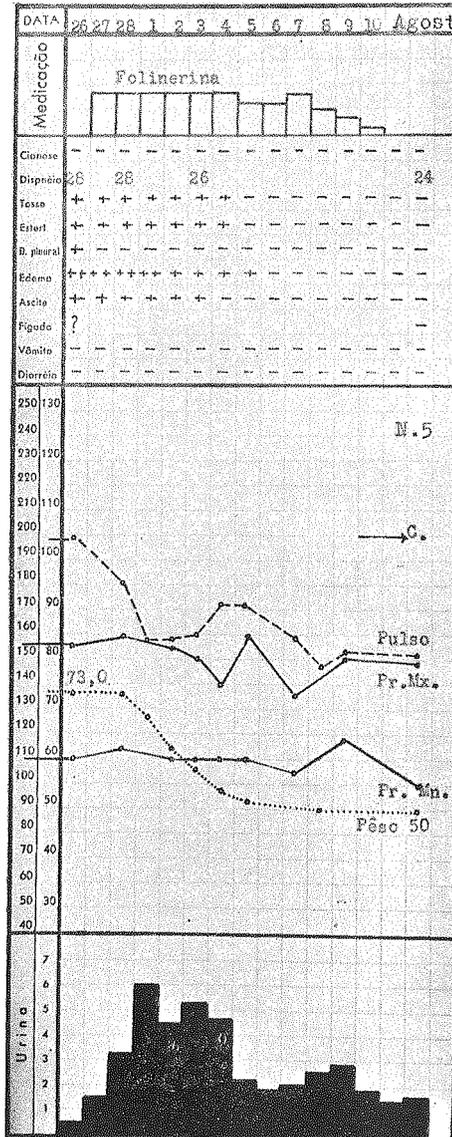


Fig. 9

N.º 5 — R. F., de 50 anos, casado, lavrador, brasileiro. Ha 8 meses, pela primeira vez, começou a apresentar edema dos membros inferiores, urina avermelhada e escassa, dispnêia de esforço e crises de asma cardíaca ; êsses fenômenos eram acompanhados de tosse, com expectoração pouco abundante, por vezes rósea e espumosa, palpitações precordiais e inapetência, sentindo o doente sensação de peso epigástrico após as refeições. Melhorou após tratamento médico. Recaiu depois de alguns meses e esteve, nessa ocasião, em

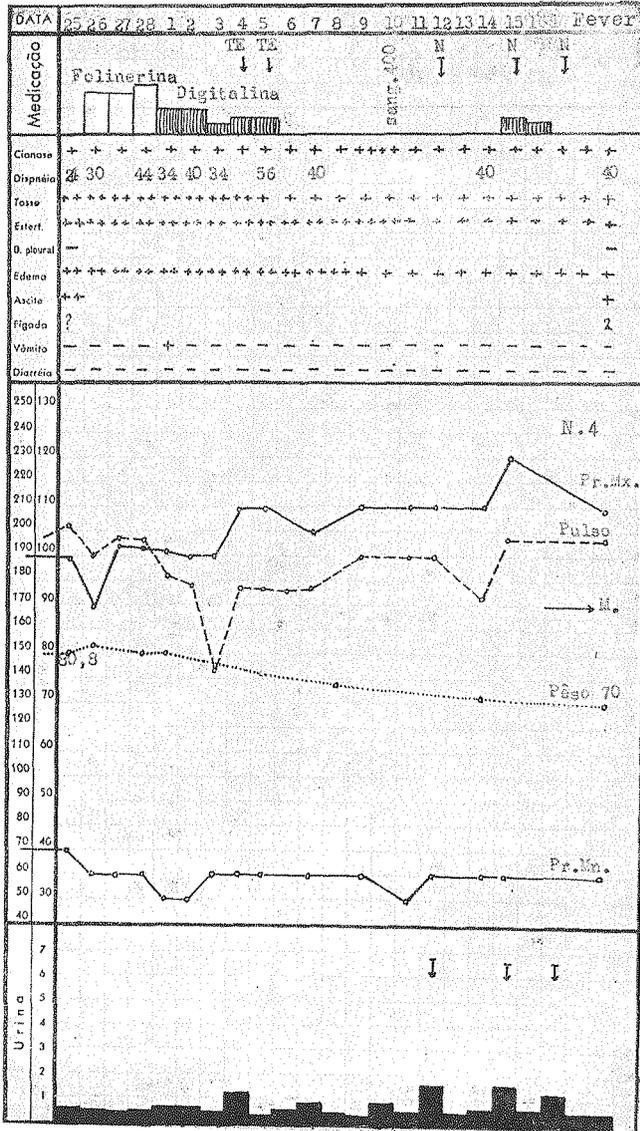


Fig. 7

tratamento neste Hospital, de onde saiu melhorado. Ha dias voltou a adoecer com os mesmos sintomas, internando-se então neste Serviço. Teve febre tifoide ha uns 25 anos e um canero venéreo, provavelmente sifilítico ha 30 anos. Bebe bastante bebidas alcoólicas e é tabagista moderado.

Trata-se de um indivíduo de côr preta, tipo morfológico mesos-tênico, emagrecido, com edema acentuado, mole, depressível, generalizado, mas mais intenso nos membros inferiores. Sinais de mo-

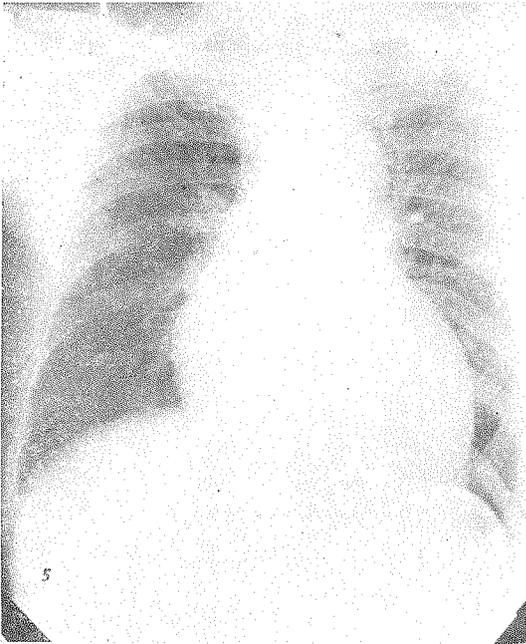


Fig. 8

derado derrame pleural direito; numerosos estertores subrepitantes em ambas as bases pulmonares. Ictus cordis no 5.º intercosto esquerdo, meio cm. para dentro da linha hemiclavicular, ligeiramente impulsivo e um tanto amplo; hiperfonese do segundo tom aórtico; sôpro sistólico doce, pouco intenso, sem propagação, no foco mitral. Jugulares túrgidas; batimentos carotidianos. Pulsos radiais isócronos, tensos e amplos, rítmicos, apresentando-se as artérias radiais duras à pressão. Dentadura mal conservada. A ascite não permite a palpação da borda inferior hepática.

Reação de Wassermann no sangue fortemente positiva. Na urina traços de albumina e glóbulos de pús. Taxa de uréia no soro sanguíneo, 50 mgrs. %. O eletrocardiograma registra desvio do

eixo para a esquerda ; QRS espessada ; T pequena ; ST desnívelada. Sinais radiológicos (fig. 8) de grande aumento global da área cardíaca e pronunciamento do arco aórtico ; estase pulmonar (Dr. A. Orsini). Esta radiografia foi tirada a 4 de Março e isso explica a ausência de sinais radiológicos de derrame pleural.

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose e hipertensão arterial ; anatômico : esclerose das artérias coronárias ; diagnóstico funcional : insuficiência cardíaca (grave) ; diagnóstico secundário (?) : sífilis.

A evolução do caso está esquematizada à figura 9.

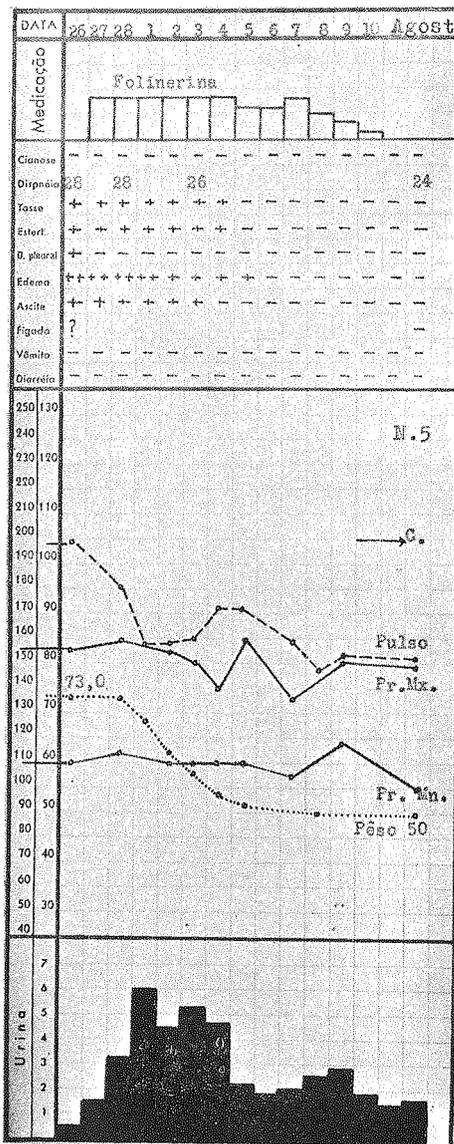


Fig. 9

N.º 6 — J. F. G., de 38 anos, solteiro, brasileiro, lavrador. Ha 9 anos o doente começou a sentir palpitações precordiais, sob a forma de pancadas fortes e rítmicas, principalmente após esforço, assim como dispnéia de esforço e ortopnéia; nictúria e tosse, com escassa expectoração amarelada. Não abandonou, contudo, o trabalho. Ha 8 meses começou a apresentar edema, inicialmente dos membros inferiores e só à tarde; êsse edema, aos poucos, foi-se generalizando, obrigando o paciente a abandonar o trabalho e a internar-se no Hospital, de onde saiu quasi bom. Mas, tendo vol-

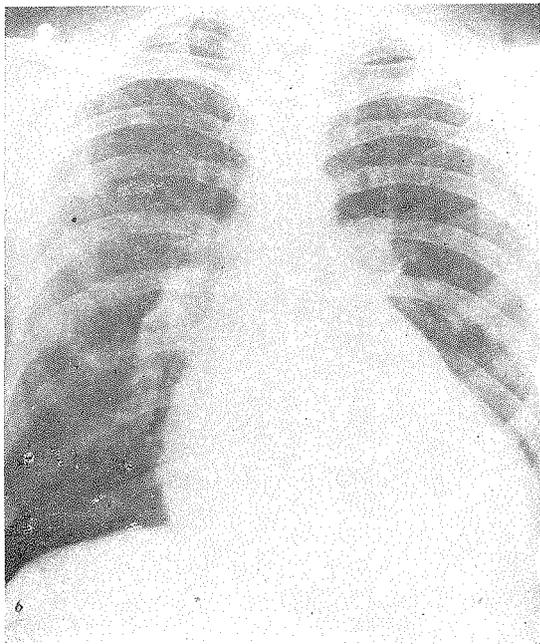


Fig. 10

tado ao trabalho, novamente adoeceu com os mesmos sintomas. Em 1922 teve um cancro venéreo com os caracteres do cancro sifilítico; ha 10 anos teve impaludismo que julga ter curado. E' etilista e tabagista moderado.

Indivíduo de côr branca, mesostênico, emagrecido, apresentando edema acentuado dos membros inferiores e partes em declive. Pele muito pálida e ligeira cianose dos lábios e extremidades. Ortopnéia; estertores subcrepitantes de base. Choque da ponta em cúpula, com sede no 7.º intercosto esquerdo, 3 cms. para fora da linha hemiclavicular; bulhas abafadas em todos os focos; duplo sôpro diástolo-sistólico, de intensidade média, audível em toda a área,

R. W. no sangue negativa. Dosagem de uréia no soro sanguíneo, 50 mgrs. %. Traços acentuados de albumina na urina. O aspecto radiológico do coração (fig. 10) é de dilatação enorme, com um excesso aproximado de 200 % sobre o volume normal para o pêso, sendo o aumento global ; saliência pronunciada do arco auricular esquerdo ; aorta medindo 30 mms. de diâmetro na crossa (máximo normal 25 mms.). (Dr. P. A. Toledo).

Diagnóstico etiológico : sífilis ; anatômico : insuficiência aórtica ; funcional : insuficiência cardíaca (grave) ; diagnóstico secundário : hipertensão arterial.

A figura 11 esquematiza a evolução terapêutica do caso.

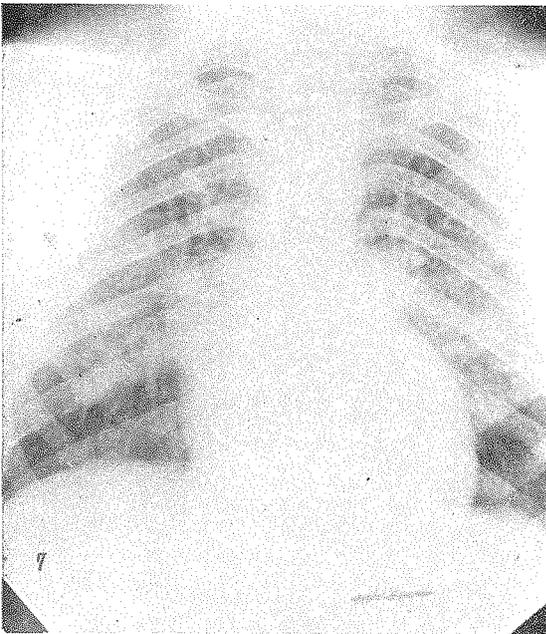


Fig. 12

N.º 7 — V. F. S., de 25 anos, solteiro, brasileiro, operário. Ha muito tempo apresenta nictúria. Ha um mês e meio começou a notar edema vespertino dos membros inferiores, acompanhado de oligúria e dispnéia de esforço. Ha 15 dias vem notando, ao acordar, pela manhã, edema do rosto. Só deixou contudo de trabalhar ao dar entrada para este Serviço. E' tabagista moderado e alcoo-
latra.

Indivíduo de côr branca, mesostênico, fortemente edemaciado até a altura da cintura. Sinais de derrame pleural direito e ester-

tores crepitantes em ambas as bases ; alguns roncosparsos. O choque da ponta é localizável, à palpação, no 5.º intercosto esquerdo, linha hemiclavicular, um tanto difuso, regularmente amplo e não impulsivo ; sôpro sistólico doce, de pequena intensidade, sem propagação, no foco mitral. Jugulares túrgidas. Pulsos radiais isôcronos, amplos, tensos e rítmicos. Sinais de ascite moderada ; não se palpa a borda inferior do fígado na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue negativa. Exame de urina : grande quantidade de albumina (3,5 grs. por litro) ; numerosas hematias. Teor de uréia no soro sanguíneo : 50 mgrs. ‰. Radiografia do coração e vasos da base (fig. 12), em 22 de Abril de 1938 : coração muito aumentado de volume, com um excesso aproximado de 80 ‰ sôbre

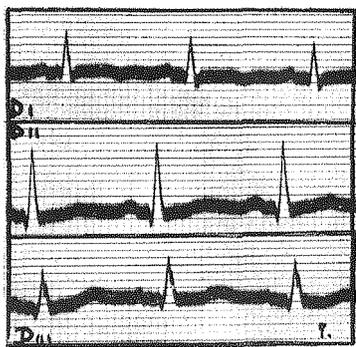


Fig. 13

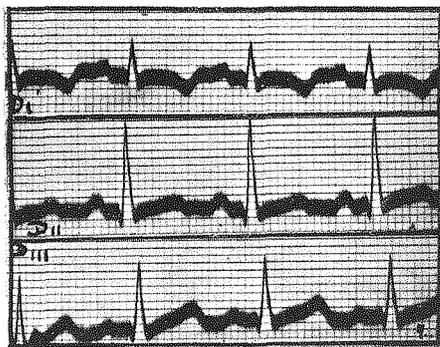


Fig. 14

o volume normal para o pêsso e com aspeto de aumento predominante do ventrículo esquerdo ; espessamento pronunciado do desenho vaso-brônquico em ambas as bases (Dr. Paulo de A. Toledo). O primeiro eletrocardiograma (fig. 13), registrado antes de qualquer medicação revela T_1 negativa ; ST ligeiramente convexa ; QRS espessada. O segundo eletrocardiograma (fig.14), tirado 14 dias após, tendo o doente ingerido 7,2 mgrs. de Folinerina, revela ST mais convexo ; T_1 mais negativa ; T_2 e T_3 mais amplas ; QRS em D_2 e D_3 mais amplas.

Diagnóstico etiológico : hipertensão arterial (glomérulo-nefrite crônica) ; anatômico : aumento do coração ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

Evolução terapêutica na figura 15.

N.º 8 — P. de A., de 38 anos, solteiro, cocheiro, brasileiro. Ha 15 meses, após uma corrida, começou a sentir palpitações precordiais sob a forma de pancadas fortes e rítmicas, acompanhadas de dispnéia intensa. Desde então sente dispnéia e palpitações, ao

menor esforço, assim como tosse com pouca expectoração, por vezes espumosa. Tinha acessos de asma cardíaca e, uns dois meses depois, começou a apresentar edema dos membros inferiores, pelo que se internou em um Hospital, onde melhorou rapidamente. Ha dois meses adoeceu novamente com os mesmos sintomas e recolheu-se a êste Serviço. Ha anos teve um cancro venéreo provavelmente sífilítico. E' etilista e tabagista habitual.

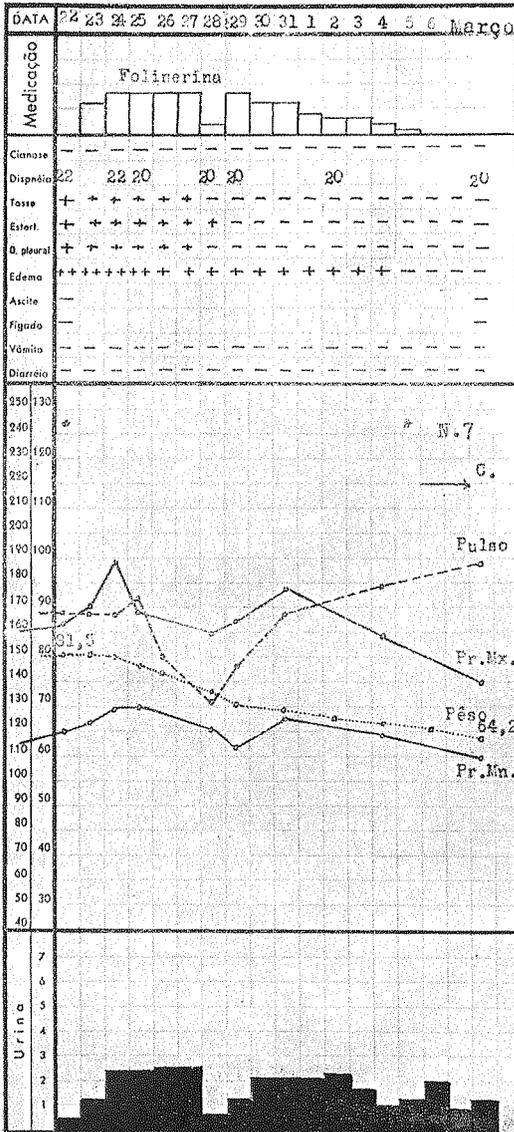


Fig. 15

Indivíduo de côr branca, mesostênico, emagrecido, apresentando edema até a altura da parte média das coxas ; palpam-se gânglios epitrocleanos ; ha esternalgia e tibialgia. Pupilas anisocóricas. Estertores de congestão em ambas as bases pulmonares e roncos exparsos. O ictus cordis é difuso, sendo palpável no 6.º e 7.º intercostos esquerdos ; dois cms. para fora da linha hemiclavicular, com os caracteres do choque em cúpula. Ouve-se em toda a área precordial, mas com maior intensidade na região mesosternal, um duplo sôpro diástolo-sistólico, bastante intenso e com caráter mu-

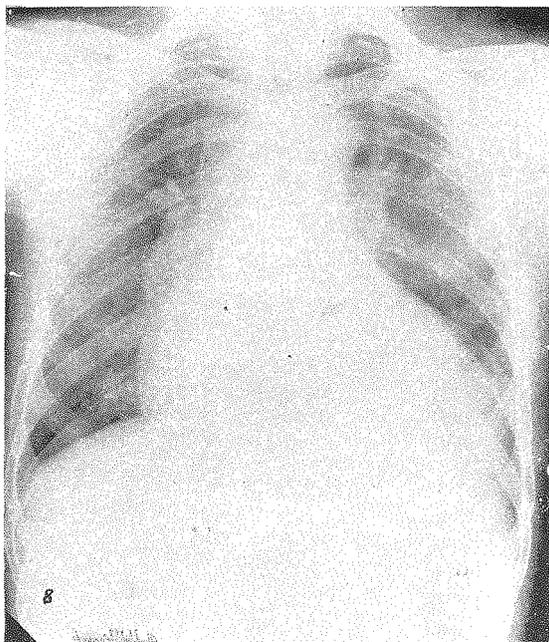


Fig. 16

sical. Jugulares túrgidas apresentando pulso venoso. Dansa das artérias. Duplo sôpro crural. Pulsos radiais isócronos, amplos tensos e rítmicos, com os caracteres do pulso em martelo de água. Artérias radiais de paredes um tanto endurecidas. A borda inferior do fígado, dura, dolorosa, é palpável a 3 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular. Reflexo pupilar à luz ausente, sendo presente o da acomodação.

Reação de Wassermann no sangue positiva. Teor de uréia no soro : 50 mgrs. %. Traços acentuados de albumina na urina. Exame radiológico (fig. 16) : considerável aumento da área cardíaca ; sinais radiológicos de insuficiência aórtica (Dr. Carmo Maz-

zilli). O eletrocardiograma anterior à medicação revela (fig. 17): desvio do eixo para a esquerda, QRS espessada, T de pequena amplitude, ST desnivelada em D₂ e D₃. O segundo eletrocardiograma (fig. 18), registrado 5 dias depois, com um total de 3,1 mgrs. de Folinerina, apresenta as seguintes modificações: aumento da amplitude de P, de QRS, de T; acentuado desnivelamento de ST em D₂.

Diagnóstico etiológico: sífilis; antômico: insuficiência aórtica; funcional: insuficiência cardíaca (grave).

A figura 19 mostra a evolução deste caso.

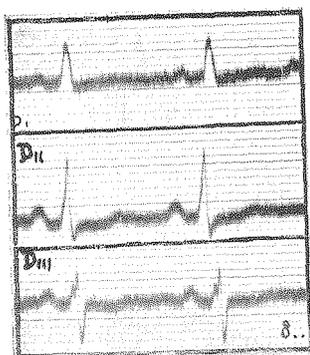


Fig. 17

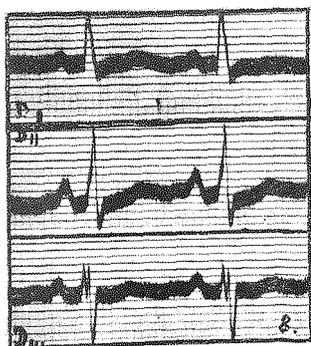
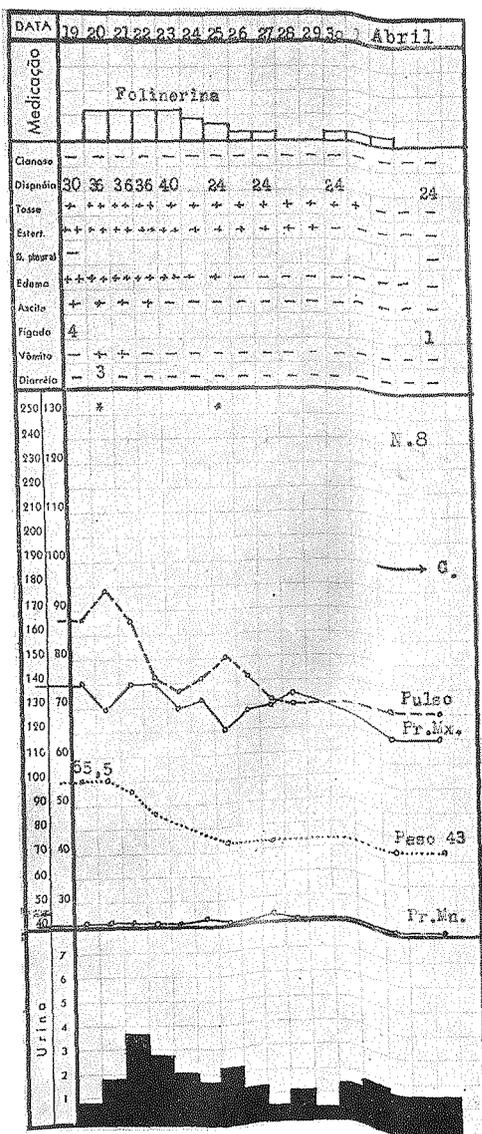


Fig. 18



zilli). O eletrocardiograma anterior à medicação revela (fig. 17) : desvio do eixo para a esquerda, QRS espessada, T de pequena amplitude, ST desnivelada em D₂ e D₃. O segundo eletrocardiograma (fig. 18), registrado 5 dias depois, com um total de 3,1 mgrs. de Polinerina, apresenta as seguintes modificações : aumento da amplitude de P, de QRS, de T ; acentuado desnivelamento de ST em D₂.

Diagnóstico etiológico : sífilis ; antômico : insuficiência aórtica ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

A figura 19 mostra a evolução dêste caso.

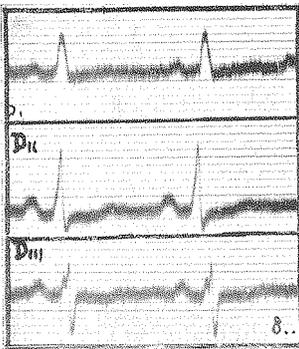


Fig. 17

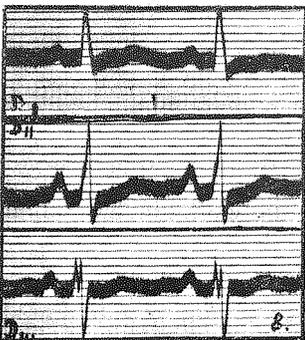


Fig. 18

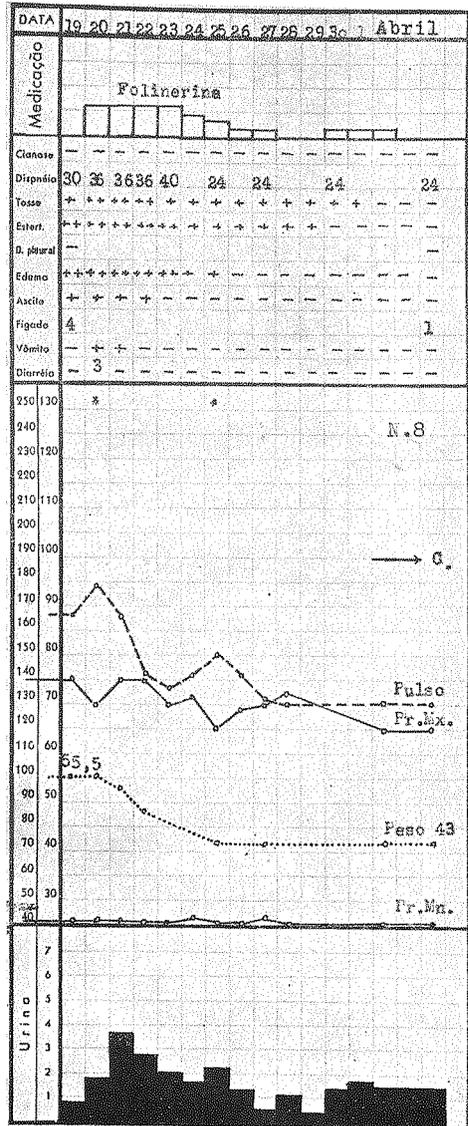


Fig. 19

N.º 9 — J. M. E., de 53 anos, solteiro, português, vidraceiro. Sua moléstia iniciou-se em 1934, com leves pontadas precordiais, que se irradiavam para todo o torax e palpitações, sob a forma de pancadas contínuas, acompanhadas de falta de ar, por ocasião do esforço físico. Tinha tosse sêca e levantava-se varias vezes à noite para urinar. Por todos êsses fenômenos internou-se no Hospital, de onde saiu, dois meses após, ligeiramente melhorado. Ha meses, aos sintomas enumerados, juntou-se edema dos membros inferiores, e, como não pudesse mais trabalhar, recolheu-se novamente ao Hospital. Teve impaludismo aos 18 anos e, ha algum tempo, uma ulceração venérea, cujos caracteres não sabe precisar. Etilista e tabagista moderado.



Fig. 20

Indivíduo de côr branca, hiperestênico; edema duro e deparável dos membros inferiores e das partes em declive; ligeira cianose dos lábios e extremidades; esternalgia e tibialgia; gânglios epitrocleanos palpáveis. Ortopnéia; polipnéia; sinais de derrame pleural direito; numerosos estertores crepitantes, bem audíveis na base esquerda. Choque da ponta em cúpula, no 5.º intercosto esquerdo, um centímetro para fora da linha mamilar; duplo sôpro diástolo-sistólico, de média intensidade e de maior audibilidade na região mesosternal; ruído de galope na ponta. Jugulares túrgidas. Aorta palpável na fúrcula. Dansa das artérias. Duplo sôpro femural. Pulsos radiais isócronos, rítmicos, tensos, em martelo de água. Sinais de ascite, a qual dificulta a palpação das vísceras abdominais.

R. W. no sangue fortemente positiva. Traços evidentes de albumina na urina, cuja densidade é 1,010. Teor de uréia no soro sanguíneo, antes do tratamento, 70 mgrs. %; após o tratamento 40 mgrs. %. Radiologicamente (fig. 26), observa-se aumento considerável da área cardíaca, mais pronunciado à esquerda, característico de insuficiência aórtica; sinais de derrame pleural direito (Dr. Carmo Mazzilli). O eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 21) apresenta: QRS difásico, com Q₃ amplo; T ligeiramente negativo nas 3 derivações; QRS espessado. O segundo exame, efetuado 5 dias após, tendo o doente tomado 2,8 mgrs. de Folinerina, revela (fig. 22): aumento da negatividade de T₁ e T₂; positividade de T₃.

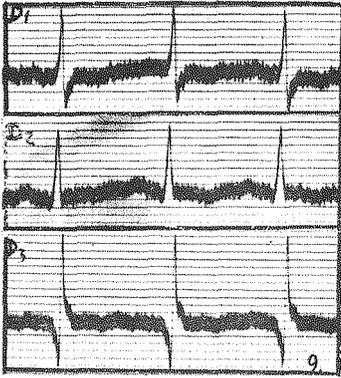


Fig. 21

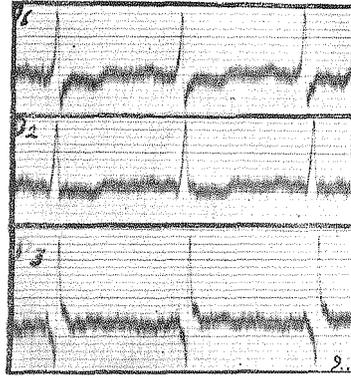


Fig. 22

Diagnóstico etiológico: sífilis; anatômico: insuficiência aórtica; funcional: insuficiência cardíaca (gravíssima); diagnóstico secundário: hipertensão arterial.

Evolução terapêutica à figura 23.

N.º 16 — J. F. A., de 45 anos, viuvo, operário, brasileiro. Adoeceu ha 4 anos com dispnéia de esforço e acessos noturnos de falta de ar, acompanhada de chiado no peito, que o obrigavam a levantar-se e procurar ar à janela. Apresentava também tosse, com expectoração escassa, contendo, por vezes, estrias de sangue vermelho vivo. Ha um ano e meio começou a sentir palpitações precordiais, sob a forma de 2-3 pancadadas fortes, seguidas de pausa. Nessa ocasião submeteu-se a um tratamento hospitalar, com o qual melhorou, tendo tornado ao trabalho. Pouco tempo depois, porém, voltava a apresentar todos os sintomas anteriores, acrescidos agora de edema dos membros inferiores, oligúria e nictúria. Teve febre tifóide em 1914. E' etilista e tabagista.

Indivíduo de côr preta, ligeiramente emagrecido, de tipo morfológico mesostênico, com forte edema duro e depressível dos membros inferiores. Roncos e sibilos exparsos em ambos os campos pulmonares; estertores congestivos de base. O choque da ponta não é localizável; sôpro sistólico de fraça intensidade, sem propagação, no foco mitral. Palpa-se a aorta na fúrcula esternal e as jugulares são túrgidas na região cervical. Pulsos radiais isócronos, pouco amplos, tensos e rítmicos; artérias radiais de paredes endu-

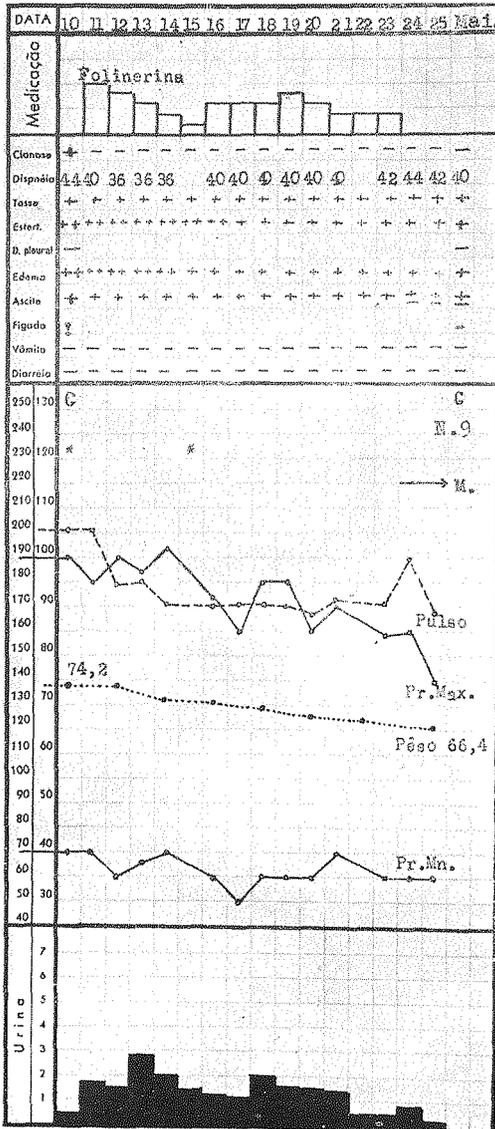


Fig. 23

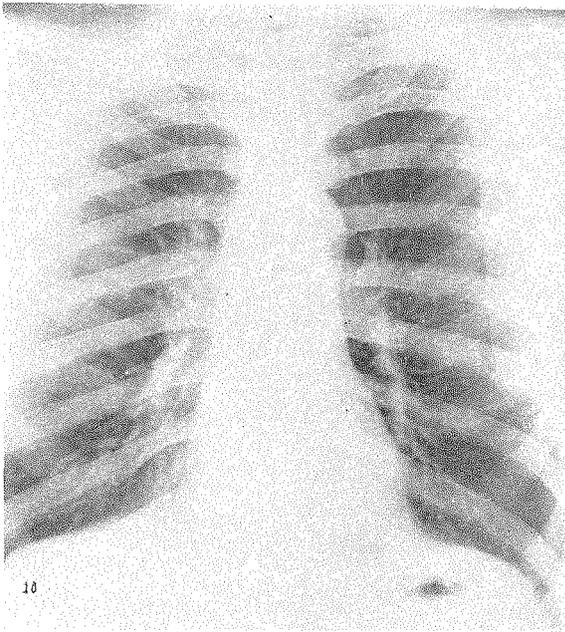


Fig. 24

recidas. Palpa-se o limite inferior do fígado na linha mamilar, duro e doloroso, a 4 cms. da reborda costal.

A R. W. no sangue é fortemente positiva. Traços de albumina na urina. Uréia no soro sanguíneo; 20 mgrs. $\%$. Radiologicamente (fig. 24) constatou-se área cardíaca e vasos da base de contornos e dimensões normais; espessamento hilar e vaso-brônquico bilateral (Dr. Rafael da Lima Filho). O eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 25) não apresenta modificações dignas de re-

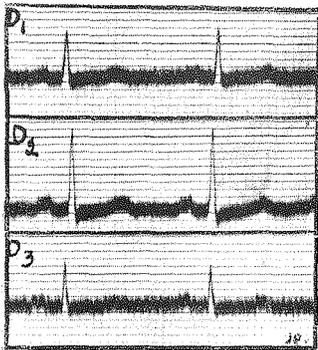


Fig. 25

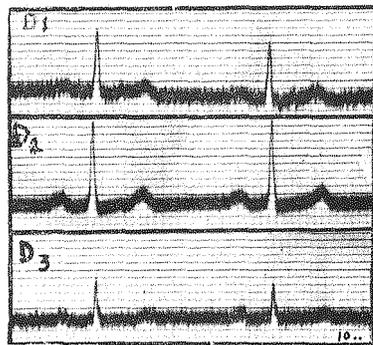


Fig. 26

gistro. O eletrocardiograma registrado 9 dias depois, com um total de 2,8 mgrs. de Folinerina (fig. 26) apresenta apenas um aumento da amplitude de T nas 3 derivações.

Diagnóstico etiológico: ?; diagnóstico anatômico: ? (provavelmente há aumento do coração não demonstrável); diagnóstico funcional: insuficiência cardíaca (grave).

A evolução do caso está esquematizada na figura 27.

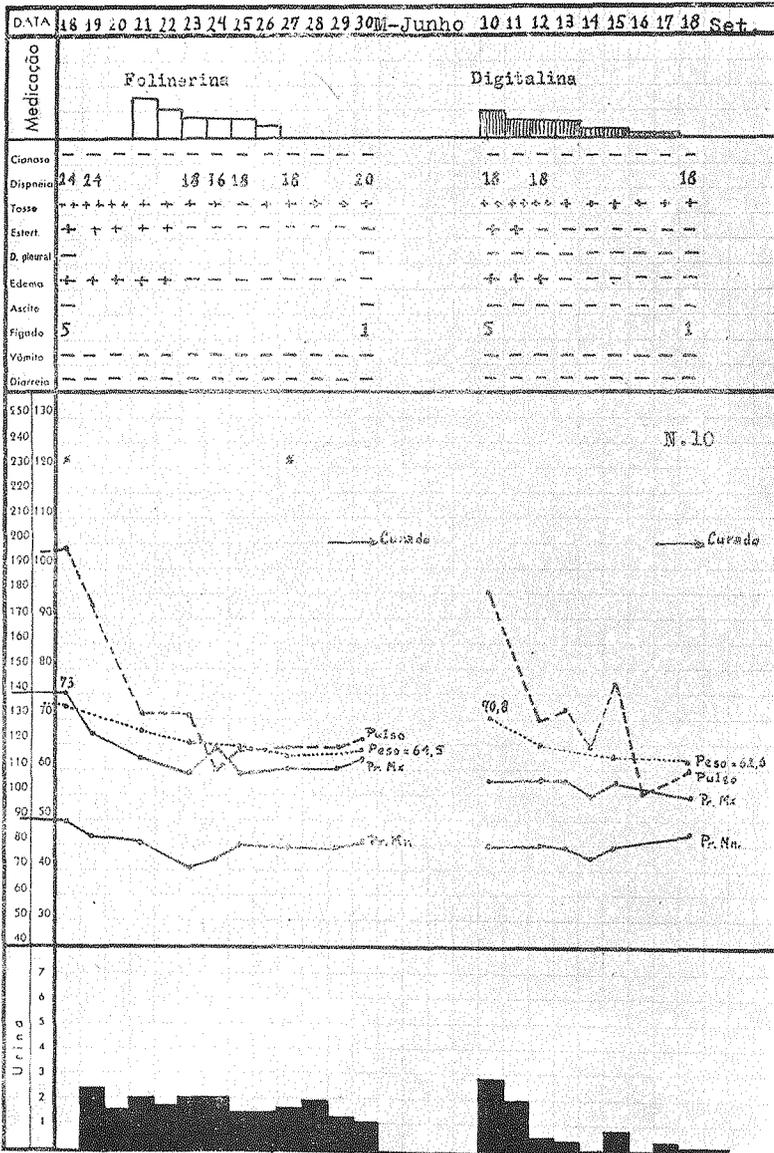


Fig. 27

N.º 11 — C. P., de 68 anos, lavrador, casado, brasileiro. Adoeceu há um mês com dispnéia de esforço e ortopnéia. Uma semana depois começou a apresentar também tosse com escassa expectoração contendo, por vezes, algumas estrias sanguíneas, e edema que, em breve, se generalizou por todo o corpo, obrigando o doente a abandonar o trabalho. Desde moço sofre de dores articulares vagas e dores de garganta. Há tempos vem apresentando sensações parastésicas nas extremidades. E' etilista e tabagista moderado.

Indivíduo de côr parda escura, hiperestênico, emagrecido, com edema nos membros inferiores, partes em declive e rosto. Pequeno

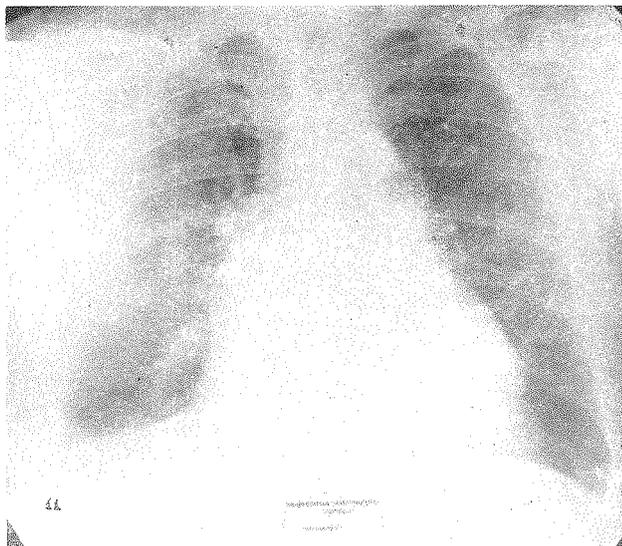


Fig. 28

derrame pleural direito e estertores suberepitantes em ambas as bases pulmonares. O ictus cordis é bem palpável, em decúbito lateral esquerdo, no 5.º intercosto, 3 cms. para fora da linha hemiclavicular, um tanto impulsivo, localizado. Sôpro sistólico doce, pouco intenso, sem propagação, no foco mitral, e abafamento das bulhas em todos os focos; galope na ponta. Jugulares cheias na região cervical, com pulso venoso; batimentos carotidianos e supraclaviculares; aorta palpavel na fúrcula. Pulsos radiais isócronos, rítmicos, tensos, amplos; artérias radiais de paredes duras e pouco depressíveis. Raízes dentárias infeccionadas. Ascite moderada. Fígado com borda inferior dura e dolorosa a 2 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue negativa. Uréia no soro : 50 mgrs. ‰. Urina normal, a não ser na sua densidade que é de 1,006. Radiografia



Fig. 29

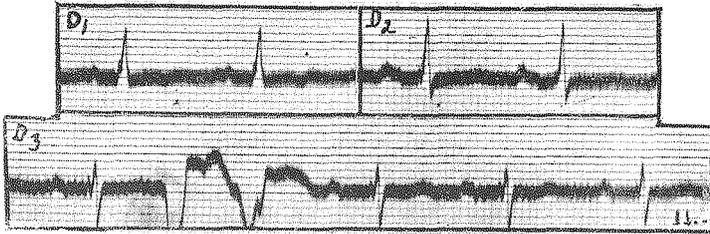


Fig. 30

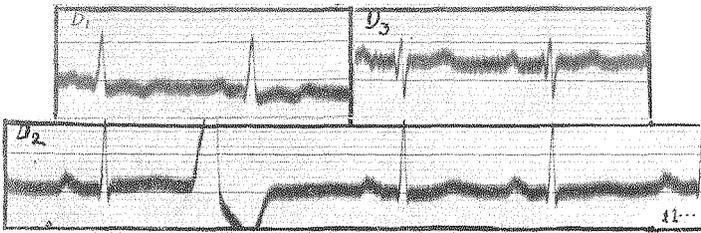


Fig. 31

do coração e vasos da base (fig. 28) : coração apresentando um excesso de 100 % sôbre o volume normal para o pêso ; com aspeto radiológico de aumento predominante do ventrículo esquerdo ; aorta alongada e dilatada, medindo aproximadamente 32 mms. de diâmetro na crossa ; pequeno derrame no seio costo-frênico direito (Dr. P. A. Toledo). O traçado elétrico, registrado antes de qualquer medicação (fig. 29) revela uma onda T de pequena amplitude e negativa em D₁ ; extrassístoles ventriculares raras. O segundo traçado, feito 4 dias depois, tendo o doente tomado 2,8 mgrs. de Folinerina, apresenta (fig. 30) aumento de P-R e duas extrassístoles ventriculares seguidas. O terceiro traçado (fig. 31) foi registrado por ocasião da segunda passagem do doente pelo Hospital, após ter sido medicado, durante 8 dias, com 7,4 mgrs.

de Folinerina : acentuação da negatividade de T₁; P-R ainda aumentada; pequeno aumento da amplitude de T₂ e T₃, persistindo ainda uma extrassístole ventricular.

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose ; anatômico esclerose das artérias coronárias ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

A evolução dêste caso, nas suas duas passagens pela Enfermaria, pode ser acompanhada na figura 32.

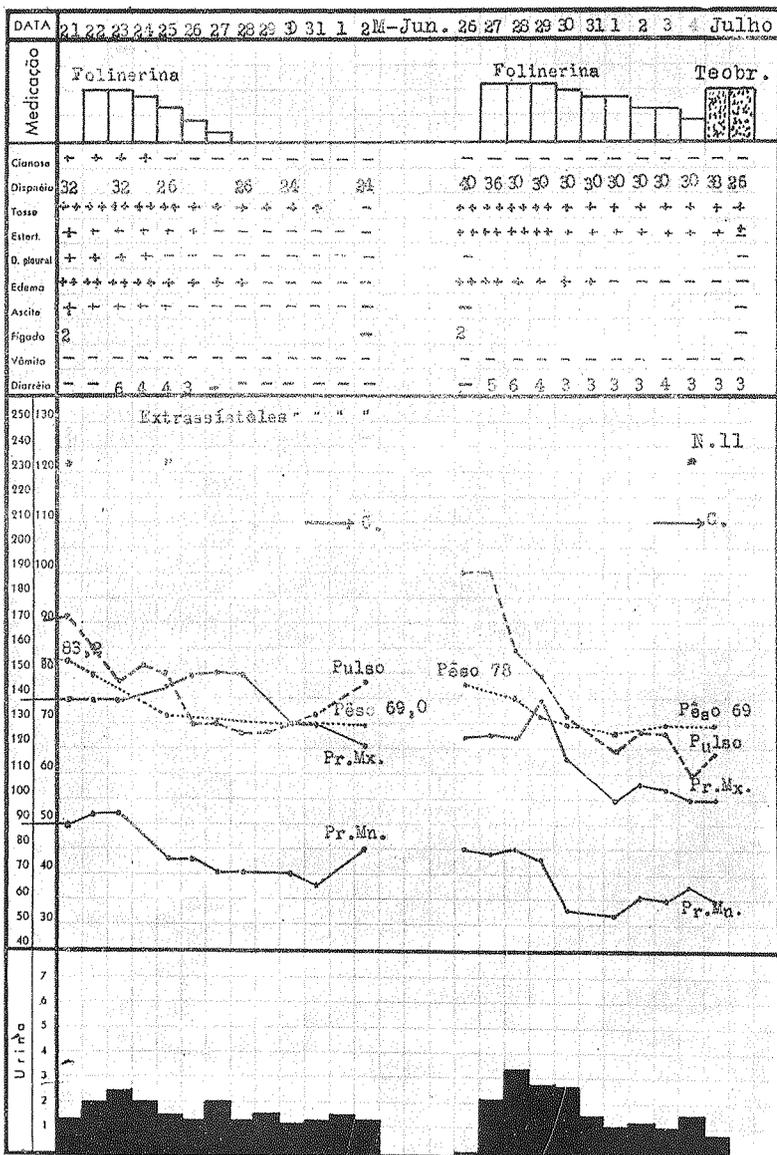


Fig. 32

N.º 12 — M. C. S., de 22 anos, lavrador, brasileiro, solteiro. Pela quinta vez adoece agora com insuficiência cardíaca. Ha 7 meses teve um resfriado (sic), com febre, tosse intensa e sêca, com escassa expectoração branca e uma pontada na região mamária direita que se exacerbava muito com a tosse e a inspiração profunda ; nessa ocasião foi obrigado a manter-se no leito por uns 10 dias. Ao reiniciar o seu trabalho, começou a sentir dispnéia de esforço e fraqueza generalizada. Tinha, também, após as refeições, uma

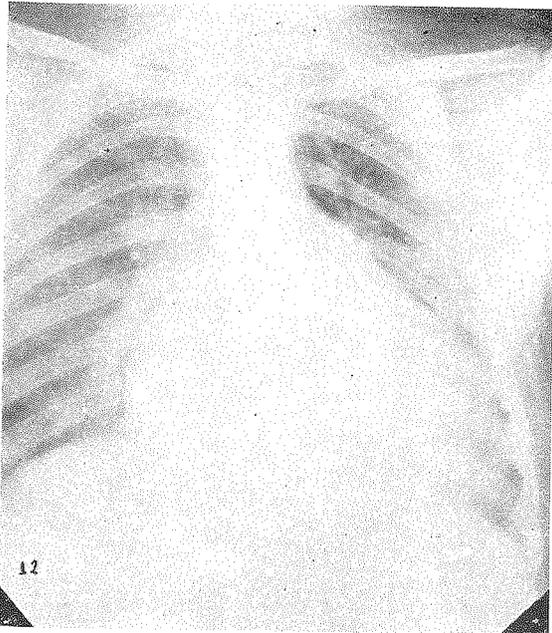


Fig. 33

desagradável sensação de pêso epigástrico e, por vezes, vomitava o alimento ingerido acompanhado de um líquido amarelado e amargo como fel. Levantava-se várias vezes à noite para urinar, mas não notou modificações nos caracteres da urina. Esteve várias vezes internado em serviços hospitalares, mas ao voltar para o trabalho, os seus sintomas tornavam com a primitiva intensidade. Na terceira recaída apresentou edema dos membros inferiores, acompanhado de oligúria ; na quinta recaída, que o trouxe a êste Hospital, apresentou também edema do resto. Na infância adoeceu frequentemente com dôr de garganta acompanhada de febre pouco intensa ; nega dores articulares. Um mês antes de se iniciar a atual doença teve uma disenteria apirética que diz ter curado com magnésia, ao

cabo de poucos dias. Ha anos teve um cancro venéreo, com caracteres vagos. E' etilista e tabagista habitual.

Trata-se de um individuo de côr parda escura, hiperestênico, generalizadamente edemaciado; extremidades um pouco cianosadas; esternalgia e tibialgia. Ortopnéia e forte polipnéia; roncocos e sibilos numerosos e exparsos; estertores subcrepitantes em ambas as bases. Choque da ponta em cúpula, visível e palpável no



Fig. 34

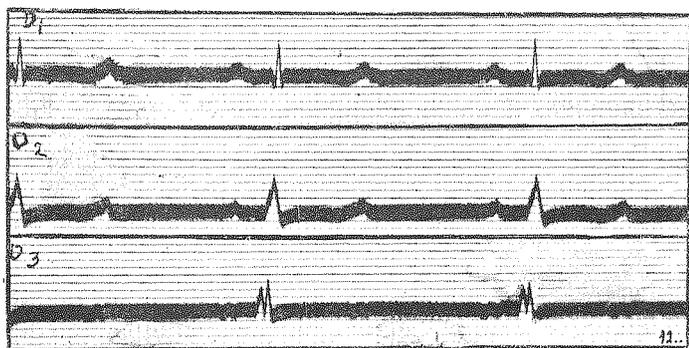


Fig. 35

6.º intercosto esquerdo : 3 cms. para fora da linha hemiclavicular. Sôpro sistólico bem audível no foco mitral, mais intenso, todavia, para fora da ponta, onde occupa todo o pequeno silêncio e assume um caráter muito rude, com nítida propagação para a axila; hiperfonese acentuada do 2.º tom pulmonar; extrassístoles frequentes. Jugulares túrgidas, com pulso venoso. Pulsos radiais isócronos, pouco tensos e pouquíssimo amplos, irregulares em tempo e amplitude. Ascite moderada; limite inferior do fígado doloroso, a 4

ems. da reborda costal, na linha hemiclavicular. Reflexos tendinosos dos membros inferiores muito diminuídos.

R. W. no sangue negativa. Traços evidentes de albumina na urina. Taxa de uréia no soro sanguíneo : 40 mgrs. $\%$. A radiografia (fig. 33) evidencia um grande aumento da área cardíaca e arco da pulmonar ligeiramente abaulado (Dr. Cabelo Campos). O primeiro traçado elétrico (fig. 34) na ausência de medicação,



Fig. 36

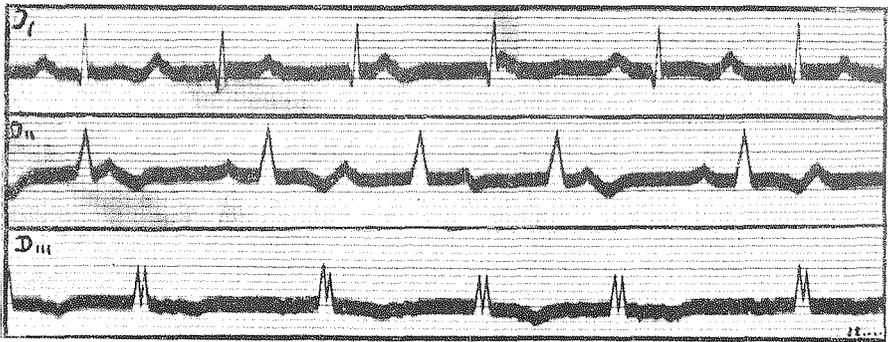


Fig. 37

revela : QRS espessada e de pequena amplitude ; T de fraca acuplitude e ligeiramente negativo em D_2 ; uma extrassístole ventricular ; espaço P-R no extremo limite normal. O segundo traçado (fig. 35), nos apresenta T negativo em D_1 e D_2 e um bloqueio auriculoventricular $2/1$: êste traçado foi registrado 4 dias depois do primeiro, tendo o doente tomado 2,4 mgrs. de Folinerina. O terceiro traçado (fig. 36) foi registrado três dias após o segundo, tendo o doente tomado mais 0,2 mgr. de Folinerina : T é negativa nas três derivações ; períodos de Wenckebach ; escape ventricular em

D₃. O último traçado foi registrado passados mais 5 dias (fig. 37), sem medicação : o bloqueio tornou-se menos acentuado.

Diagnóstico etiológico (muito provável) : febre reumática ; anatômico : miocardite crônica (e provável insuficiência mitral ou mesmo moléstia mitral) ; funcional : insuficiência cardíaca (gravíssima).

A evolução do caso acha-se registrada na figura 38.

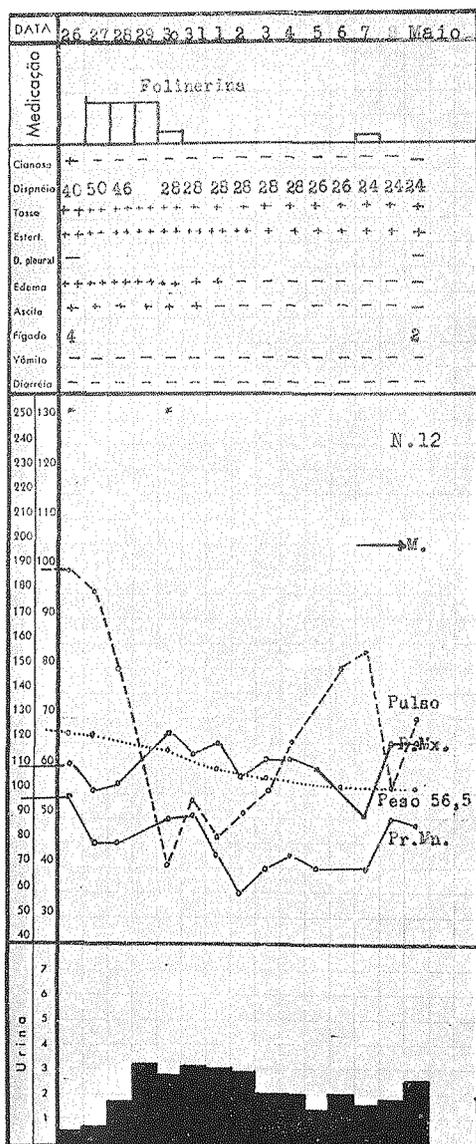


Fig. 38

D₃. O último traçado foi registrado passados mais 5 dias (fig. 37), sem medicação : o bloqueio tornou-se menos acentuado.

Diagnóstico etiológico (muito provável) : febre reumática ; anatômico : miocardite crônica (e provável insuficiência mitral ou mesmo moléstia mitral) ; funcional : insuficiência cardíaca (gravíssima).

A evolução do caso acha-se registrada na figura 38.

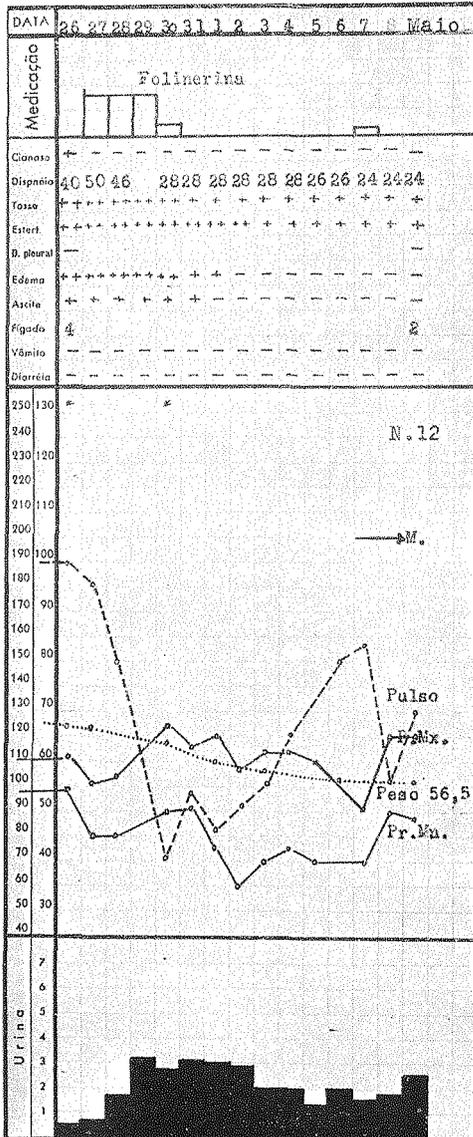


Fig. 38

N.º 13 — F. A. R., de 52 anos, casado, português, padeiro. Ha um ano começou a sentir falta de ar por ocasião do esforço físico e acessos de falta de ar à noite; sentia também uma dor pouco intensa, contínua, sem irradiação, no hipocôndrio direito, que se manifestava apenas quando andava; e sensação de peso epigástrico após as refeições. Apresentava também nictúria e urinas avermelhadas e, um mês depois, edema dos membros inferiores. Por duas vezes já se submeteu a tratamento médico, com o qual melhorou muito. Ao voltar ao trabalho, porém, seus sintomas

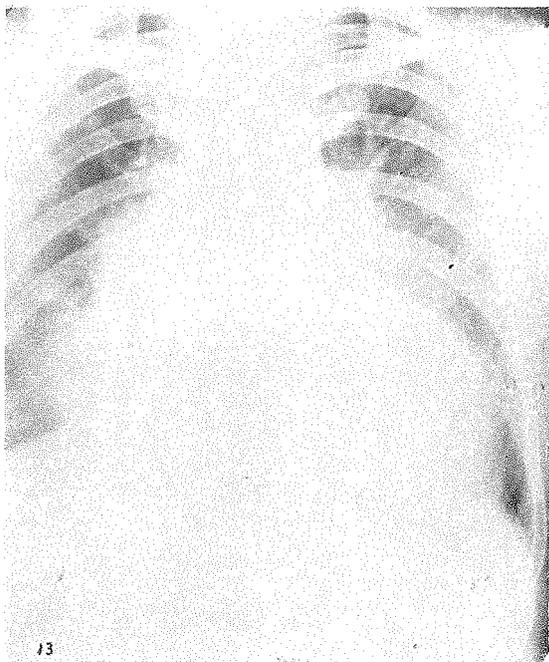


Fig. 39

se renovavam, passados alguns dias. Aos 18 anos teve uma artrite isolada do joelho esquerdo, não acompanhada de febre, mas com todos os sinais de inflamação local, tendo durado dois anos. Ha 15 anos contraiu um cancro venéreo provavelmente sífilítico, tendo uma R. W. ulterior resultado positiva. Aos 12 anos teve impaldismo que julga ter curado.

Trata-se de um indivíduo de côr branca, mesostênico, com edema considerável dos membros inferiores e partes em declive. Ortopnéia e polipnéia; estertores húmidos finos em ambas as bases pulmonares. O choque da ponta é localizável no 6.º intercosto esquerdo, 4 cms. para fora da linha hemiclavicular, amplo, mas não impulsivo.

Ouve-se um sôpro sistólico de média intensidade, doce, com propagação axilar, no foco mitral; bulhas abafadas, particularmente a primeira, em todos os focos; numerosas extrassístoles. Turgescência das jugulares na região carvical. Pulsos radiais isócronos, bastante tensos, mas pouco amplos, apresentando-se as artérias radiais duras à pressão. Dentadura mal conservada. Sinais de ascite. Borda inferior do fígado palpável, com dificuldade, a 5 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular.



Fig. 40

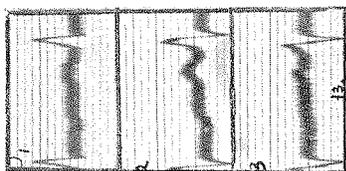


Fig. 41

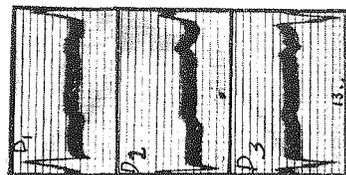


Fig. 43



Fig. 44

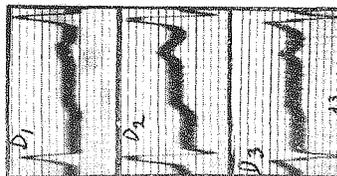


Fig. 45



Fig. 42



Fig. 46

R. W. no sangue negativa. A urina contém traços evidentes de albumina e a sua densidade é 1,008. Dosagem de uréia no soro sanguíneo : 55 mgrs. %. A radiografia do coração (fig. 39) revela grande aumento da área cardíaca (Dr. Carmo Mazzilli). O primeiro eletrocardiograma (figs. 40 e 41) anterior à medicação, apresenta desvio do eixo para a esquerda ; QRS espessada ; T negativa em D₁ e D₂ ; ST desnivelada ; frequentes extrassístoles ventriculares. Nos eletrocardiogramas que se seguiram (figs. 42, 43, 44, 45),

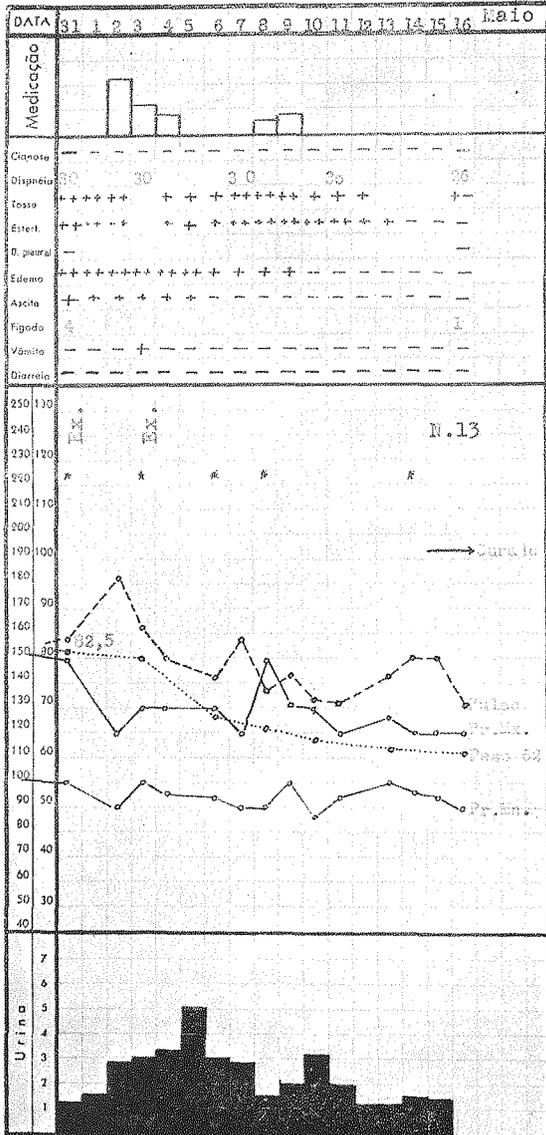


Fig. 47

notam-se aumento da amplitude de QRS, aumento da negatividade de T e do desnivelamento de ST; quanto ao ritmo, na fig. 42, vemos extrassístoles frequentes e polimorfos, ao passo que na figura 46 já se nota um ritmo regular.

Diagnóstico etiológico: arteriosclerose; anatômico: esclerose das artérias coronárias; funcional: insuficiência cardíaca (grave).

A evolução terapêutica do caso está esquematizada à fig. 47.

N.º 14 — F. L. M., de 28 anos, brasileiro, operário, casado. Ha 6 meses, mais ou menos, após um grande esforço físico, começou a sentir dispnéia e palpitações precordiais, sob forma de pancadas

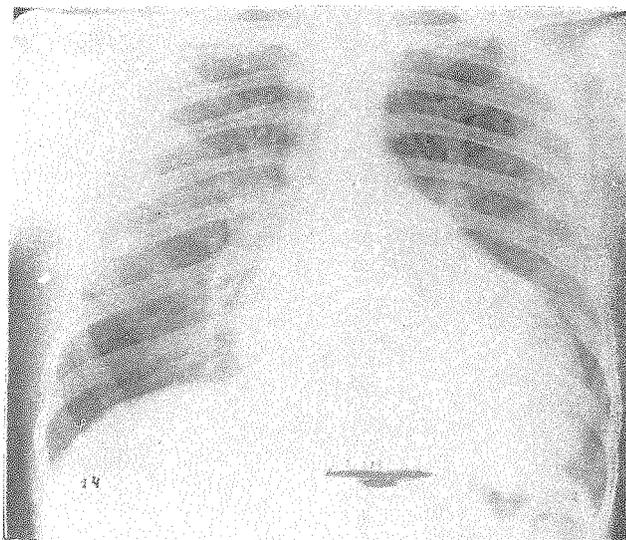


Fig. 48

isoladas, e tosse acompanhada de alguma expectoração branca, contendo, por vezes, estrias de sangue vermelho vivo. Por duas vezes submeteu-se a tratamento hospitalar, com nítidas melhoras, mas tornava a piorar ao voltar para o trabalho. Ha um ano teve uma angina febril; nega, em qualquer ocasião, dores articulares, mas, enquanto permanecia em tratamento na Enfermaria, teve um acesso típico de reumatismo poliarticular agudo.

Trata-se de um indivíduo de cor preta, mesostênico, apresentando edema discreto dos membros inferiores. Ortopnéia e polipnéia; roncosparsos e estertores húmidos finos em ambas as bases pulmonares. A área precordial apresenta-se ligeiramente abaulada à esquerda e o choque da ponta é visível e palpável no



Fig. 49

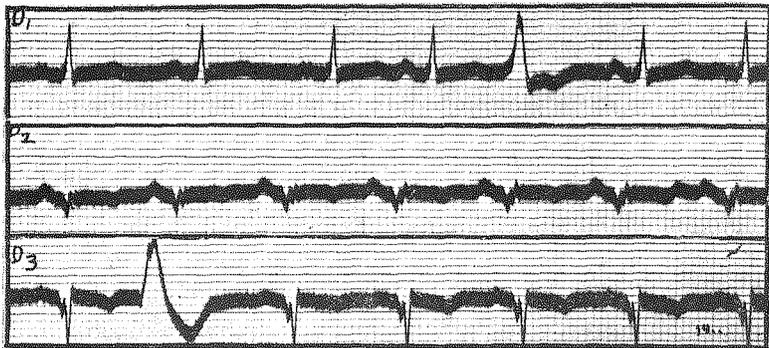


Fig. 50

6.º intercosto esquerdo, linha axilar anterior, amplo e impulsivo. As bulhas são abafadas em todos os focos, havendo apenas hiperfonese relativa do segundo tom pulmonar; sôpro sistólico mitral, de média intensidade, doce e com nítida propagação axilar. Extrasístoles frequentes. Jugulares túrgidas. Pulsos radiais isócronos, irregulares em tempo e amplitude, regularmente tensos. Amígdalas congestionadas e aumentadas de volume. Limite inferior do fígado a 4 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue negativa. Teor de uréia no soro : 75 mgrs. %. Traços leves de albumina na urina. Radiologicamente (fig. 48), observa-se um coração enormemente aumentado de volume, com um excesso de 200 % sôbre o volume normal para o pêso, aparentando aumento global (Dr. P. A. Toledo). O primeiro traçado elétrico (fig. 49) revela : desvio do eixo para a esquerda ; QRS em W em D₂ ; T de pequena amplitude ; extrassístoles auriculares e ventriculares polimorfos. O segundo eletrocardiograma (fig. 50),

N.º 15 — D. A. C., de 25 anos, solteiro, brasileiro, lavrador. Há um mês, mais ou menos, começou a sentir como que uma bola que subia do epigastro à região esternal, não sabendo precisar outros detalhes relativos a essa sensação. Ao mesmo tempo, começou a notar, de manhã, quando acordava, que as pálpebras e o rosto se apresentavam edemaciados. Assim passou alguns dias sem deixar de trabalhar. Passados 10 dias, porém, aos sintomas descritos juntaram-se dispnéia de esforço, muito intensa, e fortes palpitações precordiais, a ponto de ter tido que abandonar o trabalho várias

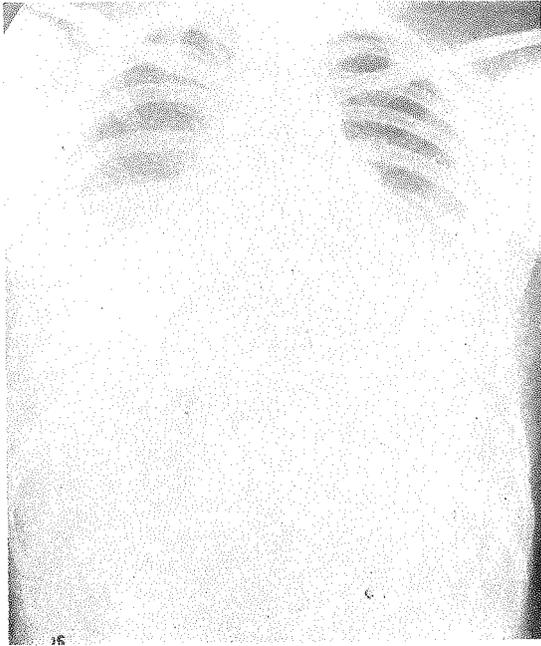


Fig. 52

vezes. Ao mesmo tempo a urina tornou-se escassa, de cor vermelha, deixando um depósito pastoso e avermelhado; o doente levantava-se várias vezes à noite para urinar. Após a ingestão de alimento sentia peso no epigastro. Seu estado agravou-se ainda mais há 1 semana, quando notou edema dos membros inferiores e aumento de volume do abdômen, sendo então obrigado a abandonar definitivamente o trabalho. Nos últimos dias vem sentindo também dor nos membros inferiores. Durante todo o decurso da doença vem sentindo cefalalgia. Etilista e tabagista habitual. Alimentava-se com feijão, arroz, mandioca, carne, poucas verduras e raras frutas.

Trata-se de um indivíduo de cor branca, mesostênico, aspecto geral doentio; massa muscular das panturrilhas dolorosa e flácida;

edema considerável, mole, depressível, não doloroso dos membros inferiores e partes em declive ; ligeiro edema do rosto ; mucosas visíveis ligeiramente descoradas ; tem preferência pelo decúbito lateral esquerdo, semi-sentado ; estação e marcha dificultadas pelo edema, dispnéia, fraqueza e dor nos membros inferiores. Seios da face ligeiramente dolorosos. Tireóide aumentada de volume, não dolorosa. Ortopnéia e polipnéia ; a base direita, abaulada, apre-

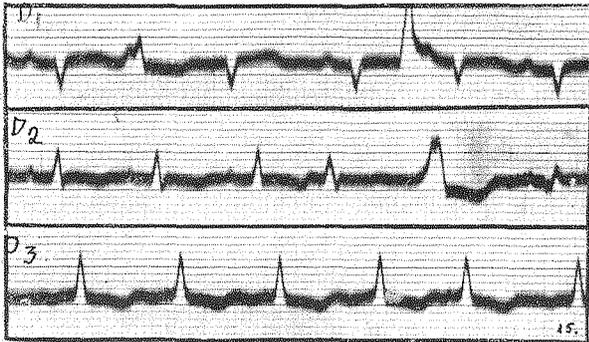


Fig. 53



Fig. 54

sentu sinais de grande derrame pleural ; estertores subcrepitantes numerosos na base esquerda. Estando o doente em posição sentada, nota-se abaulamento generalizado do precórdio ; o choque da ponta é visível e palpável no 6.º intercosto esquerdo, 3 cms. para fora da linha hemiclavicular, impulsivo, amplo, localizado ; ouvem-se bulhas abafadas em todos os focos, com exceção do tricúspide, e um sôpro sistólico, doce, pouco intenso, sem propagação, no foco mitral. Na região cervical notam-se as jugulares túrgidas, com pulso venoso. Pulsos radiais pouquíssimo amplos e pouco tensos. A língua apresenta impressões dentárias : dentadura mal conservada

com cáries, falhas e raízes infeccionadas; faringe hiperemiada e amígdalas aumentadas de volume. Sinais de ascite considerável, não se notando circulação colateral na parede abdominal; com dificuldade consegue-se palpar o limite inferior do fígado a 2 cms. da reborda costal na linha hemiclavicular. Reflexos patelares e aquilianos ausentes; reflexos pupilares à luz lerdos, à acomodação

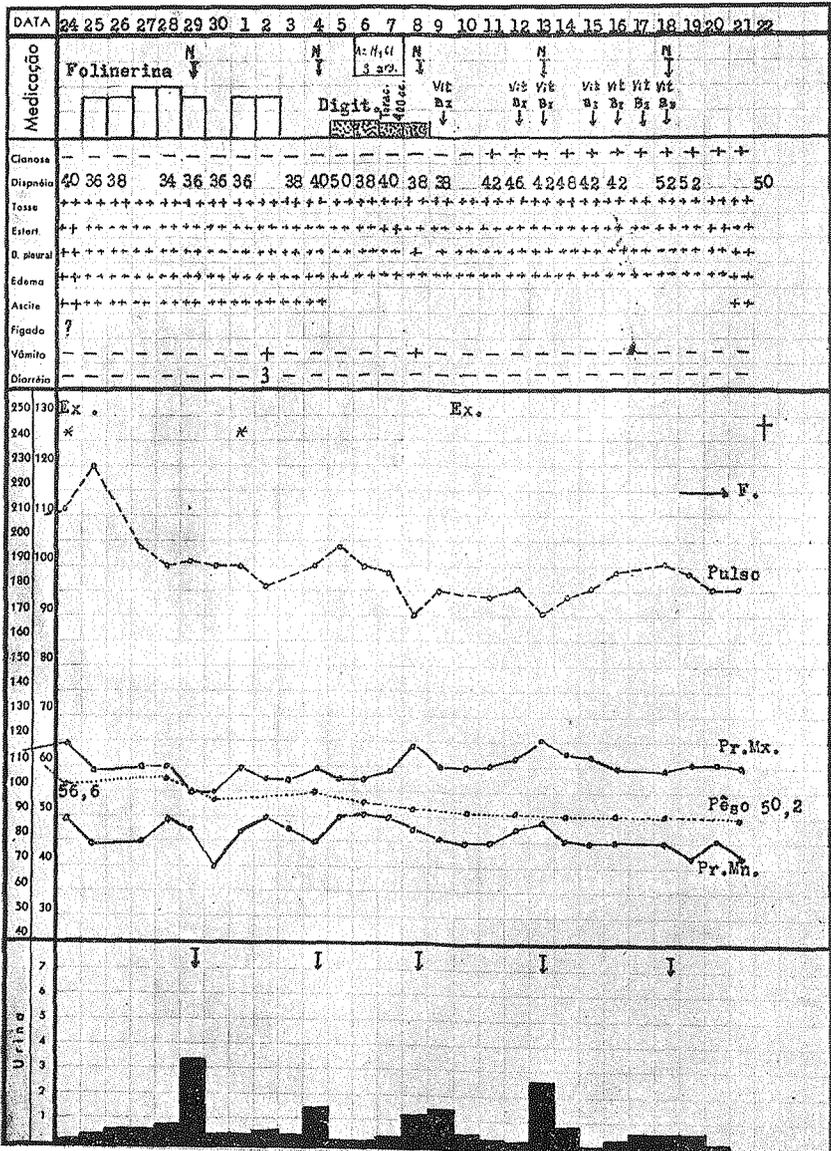


Fig. 55

normais ; o estado grave do doente não permitiu que se fizesse a pesquisa da sensibilidade.

R. W. no sangue negativa. Taxa de uréia no soro sanguíneo : 50 mgrs. %. O exame de urina revela apenas traços de albumina. Metabolismo basal + 0,2 % (Dr. Samuel L. Ribeiro). A radiografia do coração e vasos da base (fig. 52) revela aumento da área cardíaca ; derrame pleural direito (Dr. Rafael de Lima). O primeiro eletrocardiograma (fig. 53), anterior à medicação, revela desvio do eixo para a direita, QRS pequena e espessada, T negativo em D₂ e D₃ ; extrassístoles ventriculares. O segundo eletrocardiograma

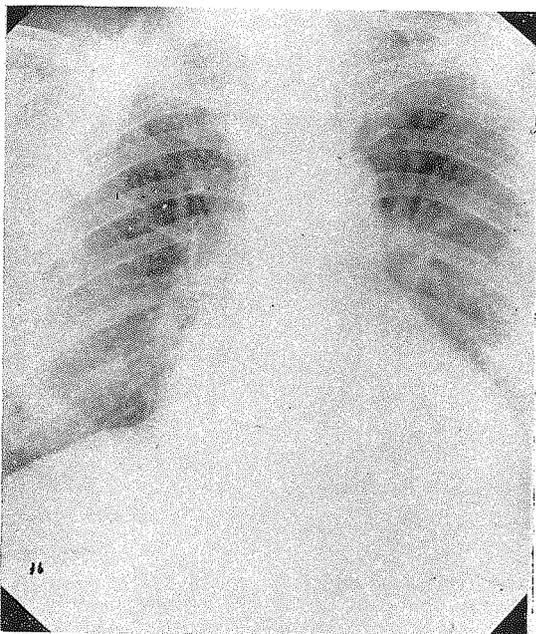


Fig. 56

(fig. 54), registrado uma semana depois, tendo o doente tomado 4,4 mgrs. de Folinerina, não apresenta sensíveis modificações de forma e apenas diminuição do número de extrassístoles.

Diagnóstico etiológico : beri-beri ; anatômico : aumento do coração ; funcional : insuficiência cardíaca (gravíssima).

A evolução do caso está esquematizada à figura 55.

N.º 16 — I. D., casado, brasileiro, branco, chacareiro. Ha 5 anos teve a primeira crise de insuficiência cardíaca, com dispnêia de esforço, nictúria, edema dos membros inferiores e oligúria. Sub-

metido a tratamento médico, melhorou, tendo passado alguns anos relativamente bem, só lhe tendo restado, dos sintomas anteriores, a nictúria. Há meses, porém, tornou a adoecer, tendo-se então recolhido a êste Serviço.

Trata-se de um indivíduo de côr branca, hiperestênico, muito emagrecido e abatido, apresentando edema considerável dos membros inferiores e partes em declive. Gânglios epitrocleanos enfartados. Ortopnéia e polipnéia; sinais de derrame pleural direito e estertores subcrepitantes bem audíveis na base esquerda. Choque da ponta localizável no 6.º intercosto esquerdo, 2 cms. para fora da linha hemiclavicular, pouco impulsivo e pouco amplo. As bulhas são abafadas em todos os focos e ouve-se um sôpro sistólico doce, de média intensidade, com propagação para fora, no foco mitral.

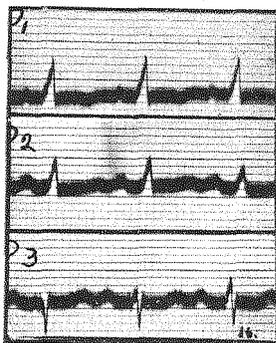


Fig. 57

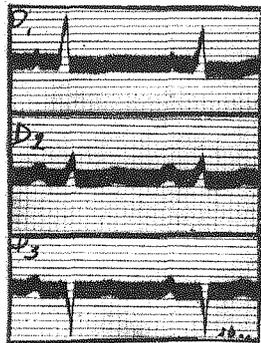


Fig. 58

Pulsos radiais isócronos, rítmicos, tensos e amplos; artérias radiais de paredes endurecidas. Raízes dentárias infeccionadas. Sinais de ascite considerável, conseguindo-se palpar, com dificuldade, o limite inferior do fígado a 5 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue negativa. Traços de albumina e raras hematias na urina. Taxa de uréia no soro: 70 mgrs. %. A radiografia do coração e vasos da base (fig. 56) revela um coração enormemente aumentado de volume, com um excesso de 100 % sôbre o volume normal para o pêso e com aspeto radiológico de aumento global; aorta alongada e ligeiramente dilatada, medindo aproximadamente 30 mms. de diâmetro na crossa, onde apresenta placas de ateroma calcificadas (Dr. Paulo de A. Toledo). Esta radiografia foi tirada uma semana após a entrada do doente. O primeiro eletrocardiograma (fig. 57), registrado antes da medicação, revela QRS ligeiramente espessado e pouco amplo; T₁ negativa e desvio do eixo para a esquerda. No segundo traçado (fig. 58) nota-se um pequeno

aumento da amplitude de QRS, assim como aumento do espaço P-R: êste traçado foi feito 6 dias após o primeiro, tendo o doente tomado, nesse lapso de tempo, 5,2 mgrs. de Folinerina.

Diagnóstico etiológico: arteriosclerose e hipertensão arterial; anatômico: esclerose das artérias coronárias; funcional: insuficiência cardíaca (gravíssima).

Evolução do caso à figura 59.

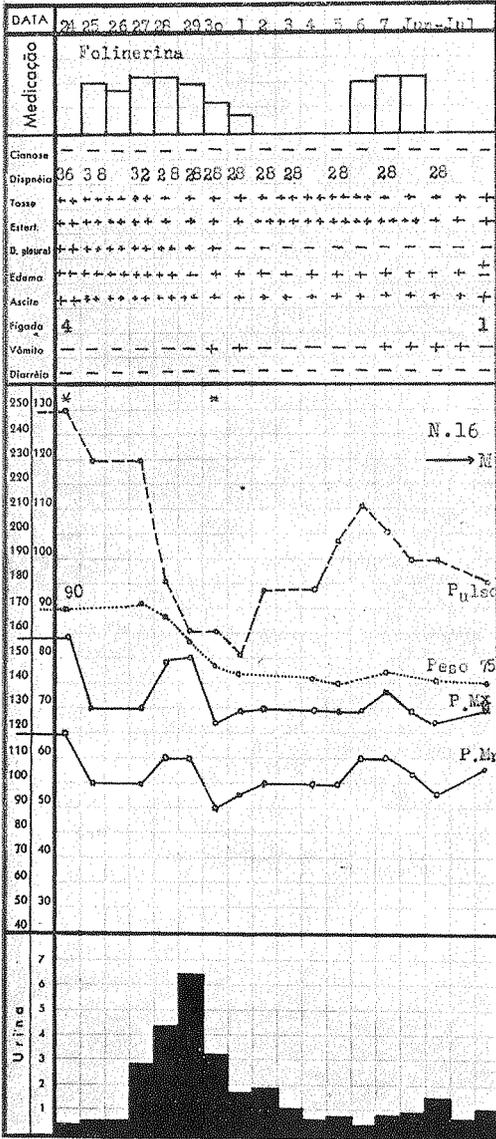


Fig. 59

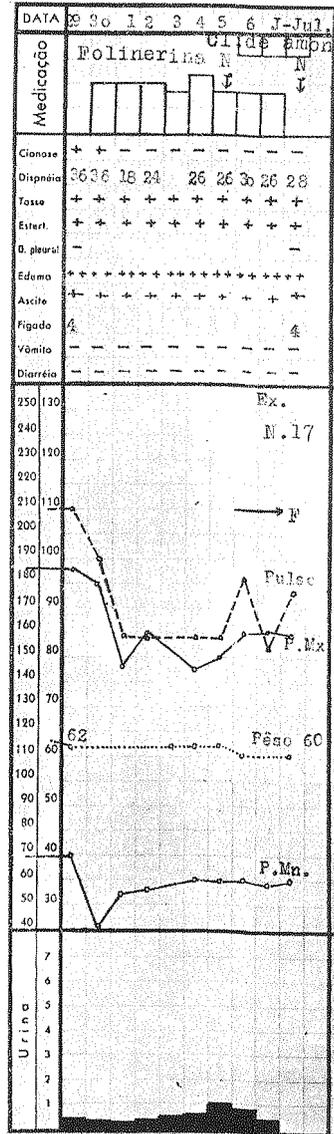


Fig. 61

N.º 17 — M. E., de 35 anos de idade, solteiro, brasileiro, ferroviário. Apresenta, há dois anos, dispnéia e ortopnéia, seguidos de edema dos membros inferiores; certa ocasião teve também um acesso de dispnéia noturna, acompanhada de tosse com emissão de escarro espumoso, mas sem sangue. Fez tratamento médico com o qual melhorou notavelmente. Ha dias, porém, os mesmos sintomas tornaram, acompanhados agora de palpitações precordiais, que assumem a forma de pancadas fortes e isoladas que chegam a causar tonturas. Aos 23 anos teve uma poliartrite, no decurso do

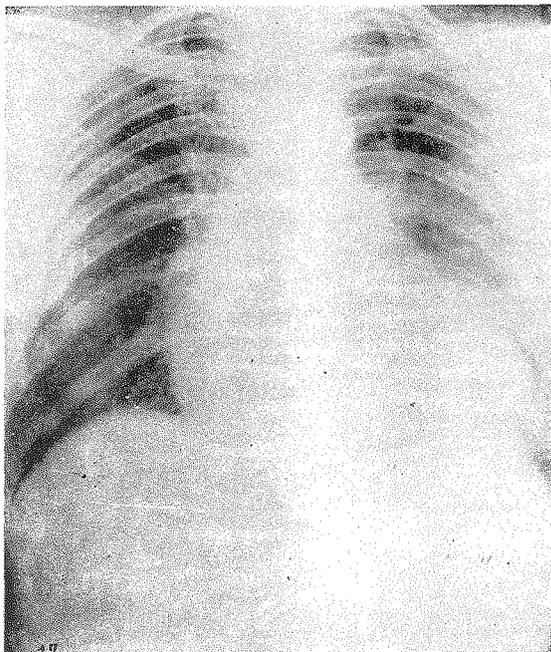


Fig. 60

tratamento de uma blenorragia. Ha 13 anos teve um cancro venéreo de natureza provavelmente sífilítica. E' tabagista e etilista habitual.

Indivíduo de côr branca, mesostênico, apresentando edema acentuado dos membros inferiores. Gânglios epitrocleanos enfiados. Dores osteócopas. Ortopnéia, polipnéia e estertores congestivos de base. O choque da ponta é localizável no 6.º intercosto esquerdo, linha axilar anterior, com os caracteres do choque em cúpula. Duplo sôpro diástolo-sistólico, bastante intenso, audível em toda a área, mas com maior intensidade no foco aórtico; sôpro pressistólico na ponta (Flint). Jugulares muito túrgidas na região cervical. Dansa das artérias. Aorta palpável na fúrcula. Duplo

sôpro femural. Pulsos radiais isócronos, tensos, rítmicos, com os caracteres do pulso de Corrigan. Borda inferior do fígado dura, dolorosa, palpável a 4 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue fortemente positiva. A urina apresenta traços acentuados de albumina e a taxa de uréia sanguínea é de 70 mgrs. %. O aspeto radiológico do coração (fig. 60) é de grande aumento da área cardíaca, com acentuada predominância das cavidades esquerdas; perfil cardíaco característico de insuficiência aórtica; estase da pequena circulação (Dr. Rafael de Lima). Este doente fez apenas um traçado elétrico, pois que faleceu antes que pudéssemos verificar os efeitos da medicação sobre o eletrocardiograma; nesse traçado apresentava desvio do eixo para a esquerda; espessamento de QRS; ST desnivelada; T₁ pequena.

Diagnóstico etiológico: sífilis; anatômico: insuficiência aórtica; funcional: insuficiência cardíaca (gravíssima).

Evolução à figura 61.

N.º 18 — C. P., de 58 anos, viúvo, alemão, cozinheiro. Há um ano começou a sentir falta de ar ao esforço e acessos de dispnéia noturna, fenômenos estes que foram seguidos, após alguns meses, de tosse, com abundante expectoração branca, e edema dos membros inferiores que, em breve, se generalizou por todo o corpo. Por três vezes submeteu-se a tratamento médico, em virtude do reaparecimento dos mesmos fenômenos e esta é a quarta vez que adoece com o mesmo mal. Tabagista e etilista moderado.

Indivíduo branco, hiperestênico, obeso, apresentando considerável edema dos membros inferiores e partes em declive e edema moderado do rosto. Ortopnéia, polipnéia e raros estertores crepitantes de base. Não se consegue localizar o choque da ponta. Abafamento generalizado das bulhas e hiperfonese relativa do segundo tom aórtico; sôpro sistólico, doce, pouco intenso, sem propagação, no foco mitral. Pulsos radiais isócronos, tensos, amplos, rítmicos. Paredes das artérias radiais duras e pouco depressíveis. Abdomen globoso, devido à obesidade e ascite, que é considerável, não permitindo a palpação do fígado.

R. W. no sangue negativa. Dosagem de uréia no soro sanguíneo: 50 mgrs. %. Urina com densidade 1,012, com traços acentuados de albumina. Exame radiológico (fig. 62): aumento considerável da área cardíaca, principalmente à custa do diâmetro longitudinal; considerável reforço das sombras hilares e da trama vaso-brônquica a partir dos hilos para as bases; opacidade difusa das bases pulmonares (Dr. Moretzsohn de Castro). O primeiro eletrocardiograma (fig. 63), anterior à medicação, não apresenta alterações dignas de nota. O segundo traçado (fig. 64), obtido 3 semanas depois, tendo o doente ingerido cerca de 13 mmgs. de



Fig. 62

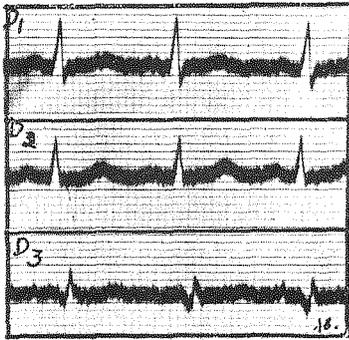


Fig. 63

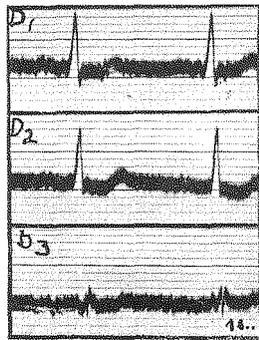


Fig. 64

Folinerina, revela aumento da amplitude de QRS e acentuado difasismo de T₂.

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose e hipertensão arterial ; anatômico : aumento do coração ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

A figura 65 apresenta a evolução do caso.

N.º 19 — J. A. D., de 38 anos, solteiro, lavrador, brasileiro. Há já três anos vem apresentando dispnéia de esforço e palpitações precordiais, assim como tosse seca. Seu estado, porém, só

se agravou realmente há um ano, com o aparecimento de edema dos membros inferiores e acentuação dos outros sintomas, sendo que, desde essa data, o doente é obrigado a manter-se quasi constantemente no leito. Há três anos e meio teve uma artrite de ambos os joelhos, não acompanhada de febre ou outros fenômenos inflamatórios locais além da dor. Há anos teve também uma ulceração venérea, com caracteres imprecisos.

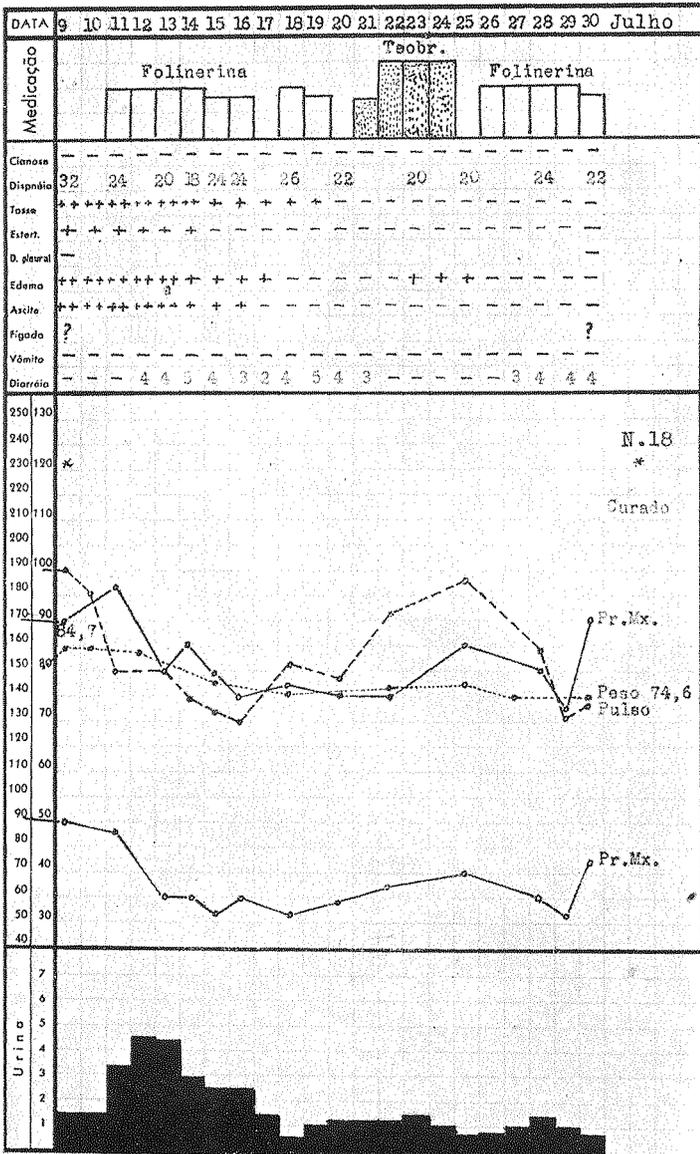


Fig. 65

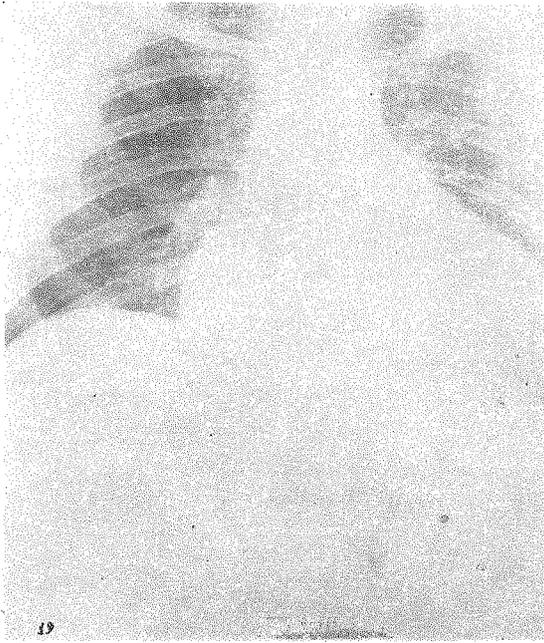


Fig. 66

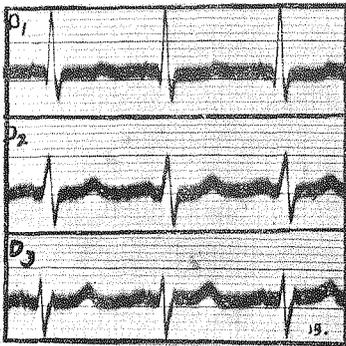
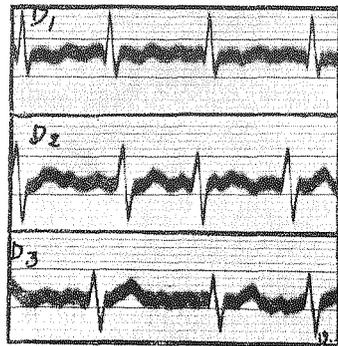


Fig. 67



67-a

Trata-se de um indivíduo de cor parda, mesostênico, extremamente emagrecido e abatido. Ortopnéia e polipnéia; sinais de derrame pleural bilateral, mais acentuado à direita; chuva de estertores subcrepitantes nas bases. O ictus cordis é visível no 4.º, 5.º e 6.º intercostos esquerdos, para dentro e para fora da linha mamilar, sendo palpável, com a sua maior intensidade, no 5.º intercosto, 3 cms. para fora da linha hemiclavicular, amplo e um tanto

impulsivo. Duplo sôpro diástolo-sistólico, de maior audibilidade no foco aórtico, bastante intenso. Jugulares túrgidas em posição sentada. Dança das artérias. Pulsos radiais isócronos, com os caracteres do pulso de Corrigan. A ascite considerável dificulta o exame dos órgãos abdominais.

R. W. no sangue fortemente positiva. Uréia no soro : 45 mgrs. %_o. Traços acentuados de albumina na urina. A imagem radiográfica do coração (fig. 66) revela aumento da área cardíaca,

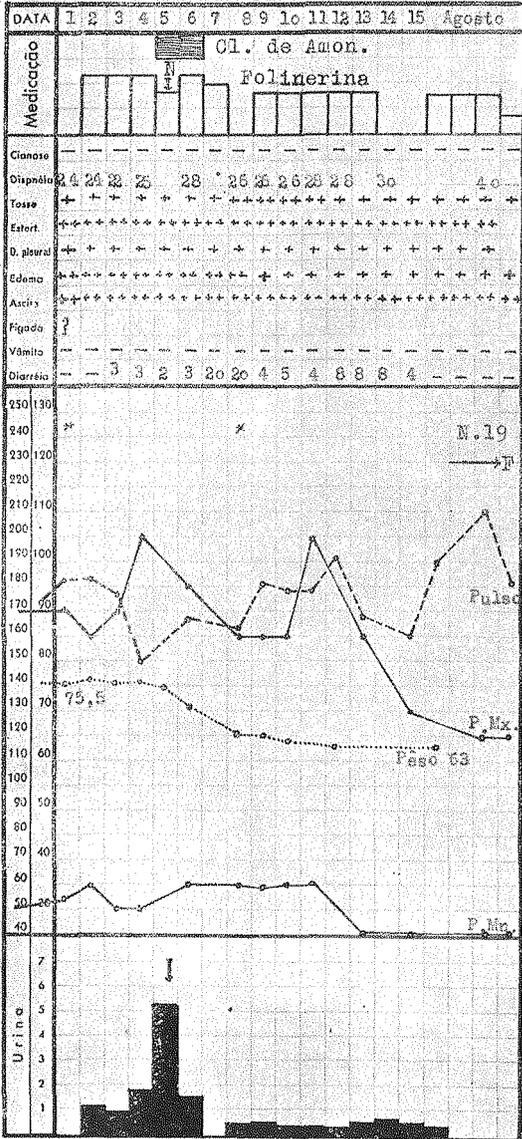


Fig. 68

à custa de todas as cavidades com predominância do ventrículo esquerdo ; imagem cardíaca típica de insuficiência aórtica (Dr. Rafael de Lima). Esta radiografia foi tirada no dia 10 de Agosto. O primeiro eletrocardiograma, na ausência de medicação (fig. 67) revela desvio do eixo para a esquerda ; QRS espessada ; T₁ pequena ; ST desnivelada em segunda e terceira derivações. O segundo eletrocardiograma (fig. 67 a), tirado uma semana depois, tendo o doente tomado nesse intervalo de tempo, 6,6 mgrs. de Folinerina, revela fibrilação auricular.

Diagnóstico etiológico : sífilis ; anatômico : insuficiência aórtica ; funcional : insuficiência cardíaca (gravíssima).

Evolução do caso à figura 68.

N.º 20 — B. de L., de 51 anos, casado, brasileiro, operário. Há 3 meses começou a apresentar tosse, com pouca expectoração, e edema, inicialmente localizado apenas nos membros inferiores, estendendo-se porém, pouco depois, para todo o corpo, ao mesmo tempo que as urinas escasseavam e se tornavam avermelhadas. Teve febre tifóide há 20 anos e pneumonia 3 vezes. E' etilista e tabagista habitual.

Indivíduo de côr preta, hipostênico, emagrecido, com edema dos membros inferiores e partes em declive. Ortopnéia e polipnéia ; estertores crepitantes, pouco numerosos nas bases ; sinais de derrame pleural esquerdo. O choque da ponta é pouco amplo, localizável, à palpação, no 6.º intercosto esquerdo, 3 cms. para fora da linha hemiclavicular. Sôpro sistólico curto, pouco intenso, doce, sem propagação, no foco mitral, onde é também audível um ruído de galope ; hiperfonese da segunda bulha aórtica. Artérias radiais de paredes muito duras e não depressíveis, sendo os pulsos radiais isócronos, amplos, muito tensos e rítmicos. Ascite moderada, apresentando-se o fígado com o seu limite inferior palpável a 4 cms, da reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue negativa. A uréia no soro atinge a 90 mgrs. ‰. A urina tem por densidade 1,010 e contém traços acentuados de albumina. O aspeto radiológico do coração (fig. 69) é de grande aumento da área cardíaca, envolvendo todas as cavidades ; a silhueta cárdio-vascular inferior esquerda está apagada por provável derrame da base desse lado ; dilatação difusa da aorta ; espessamento da cissura horizontal (Dr. Olavo Pazzanese). O primeiro eletrocardiograma (fig. 70), registrado antes que o doente fosse medicado, revela : desvio do eixo para a esquerda ; QRS espessada ; T₁ e T₂ negativas ; ST ligeiramente desnivelada. O segundo traçado (fig. 71), 5 dias após, com um total de 5,8 mgrs. de Folinerina, demonstra grande aumento da amplitude de QRS em D₁ e D₃ ; ST desnivelada em D₁ para baixo, em D₃ para cima, confundindo-se com T ; aumento de P-R.

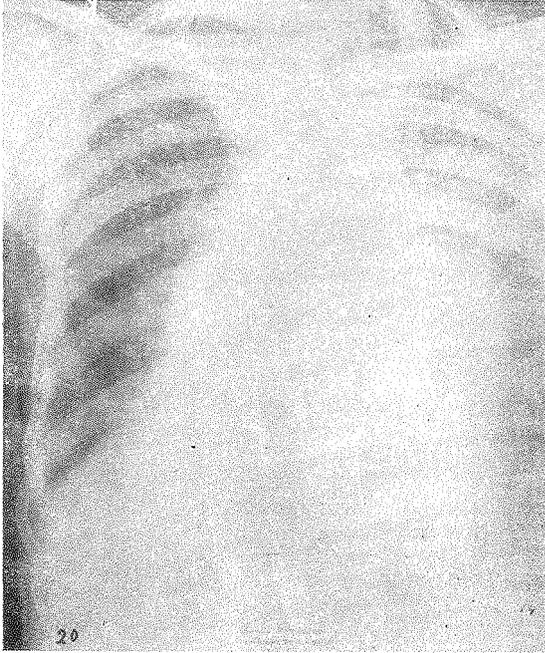


Fig. 69

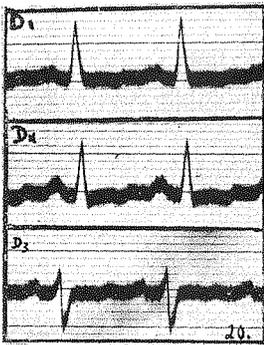


Fig. 70

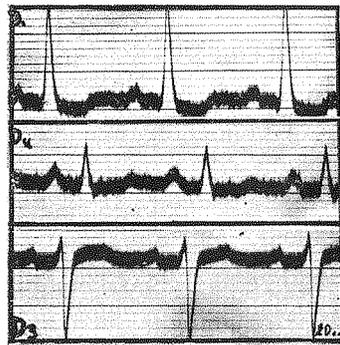


Fig. 71

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose e hipertensão arterial ;
anatômico : esclerose das artérias coronárias ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

A evolução dêste caso pode ser acompanhada na fig. 72.

N.º 21 — N. F., de 38 anos, solteiro, brasileiro, lenhador. Há 2 meses sente dispnéia de esforço e apresenta edema que, iniciando-se pelos membros inferiores, em breve se generalizou por todo o corpo. Ao mesmo tempo começou a notar oligúria, nictúria e tosse, por vezes acompanhada de catarro sanguinolento. Por todos êsses fenômenos foi obrigado a abandonar o trabalho, recolhendo-se ao Hospital. Há 20 anos teve uma artrite apirética e isolada do joelho esquerdo, que durou 2 meses.

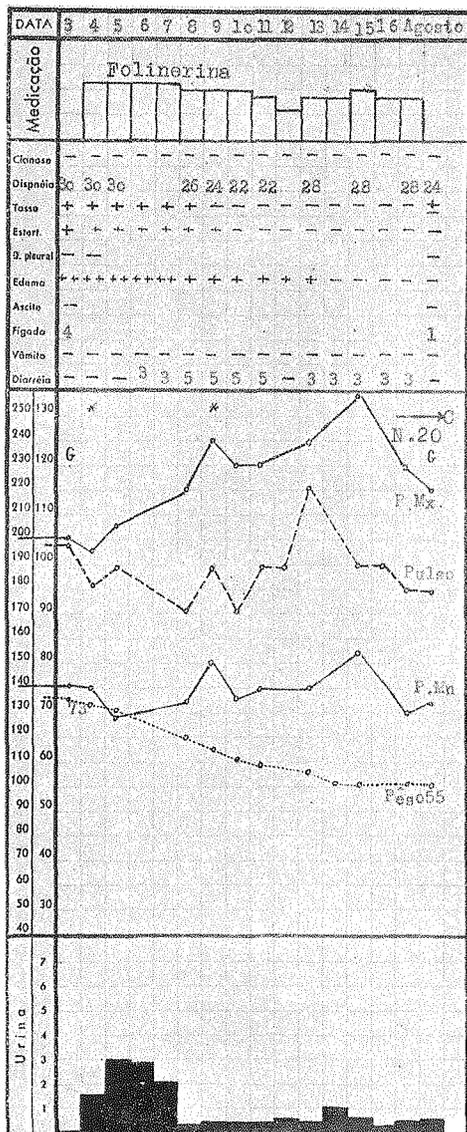


Fig. 72

Indivíduo de côr branca, hipostênico, com acentuado edema dos membros inferiores. Ortopnéia e polipnéia ; sinais de derrame pleural em ambas as bases e numerosos estertores congestivos nas mesmas. Choque da ponta em cúpula, no 6.º intercosto esquerdo, 2 cms. para fora da linha hemiclavicular. Duplo sôpro diástolístico no foco aórtico, de média intensidade, irradiando-se obliquamente para baixo e para a esquerda. Jugulares túrgidas e apresentando pulso venoso. Aorta palpável na fúrcula esternal. Pulsos

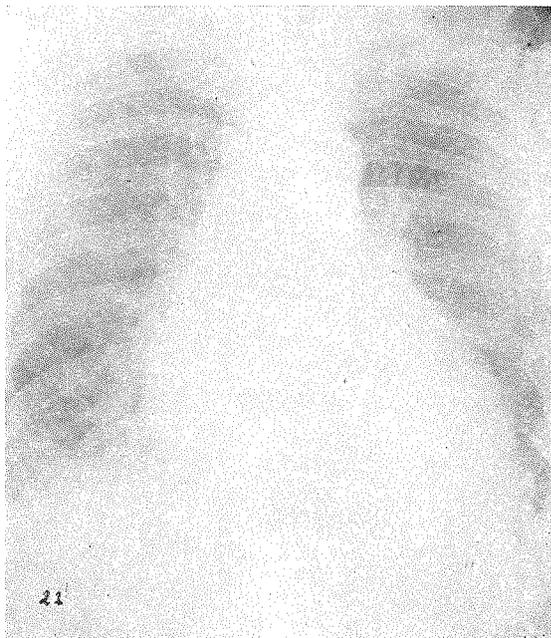


Fig. 73

radiais isócronos, com os caracteres do pulso de Corrigan. Duplo sôpro crural. Dentadura mal conservada. Piorrécia alveolar. Ascite moderada e fígado com seu limite inferior palpável a 4 cms. da reborda costal na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue fortemente positiva. Uréia no soro : 35 mgrs. ‰. O exame de urina não evidencia nenhuma anormalidade. Radiografia do coração e vasos da base (fig. 73): considerável aumento da área cardíaca, com aspeto de aumento global ; opacidade difusa de ambas as bases, com sinais de derrame (Dr. Carmo Mazzilli). O primeiro traçado elétrico do coração (fig. 74), revela, na ausência de medicação, desvio do eixo para a esquerda ; QRS espessada ; T₁ pequena. O segundo traçado (fig. 75), realizado 6 dias

N.º 22 — A. G. F., de 49 anos, casado, lavrador, brasileiro. E' a segunda vez que adoece com os mesmos sintomas : dispnéia de esforço, oligúria, nictúria, edema dos membros inferiores; atribue o início dos seus sintomas, há dois anos, a um forte esforço que dispendeu para levantar um saco de café. Há anos teve um cancro venéreo com os caracteres do protossifiloma. E' tabagista inveterado.

O exame físico dêste doente nos revela tratar-se de um indivíduo preto, tipo morfológico mesostênico, fortemente abatido,

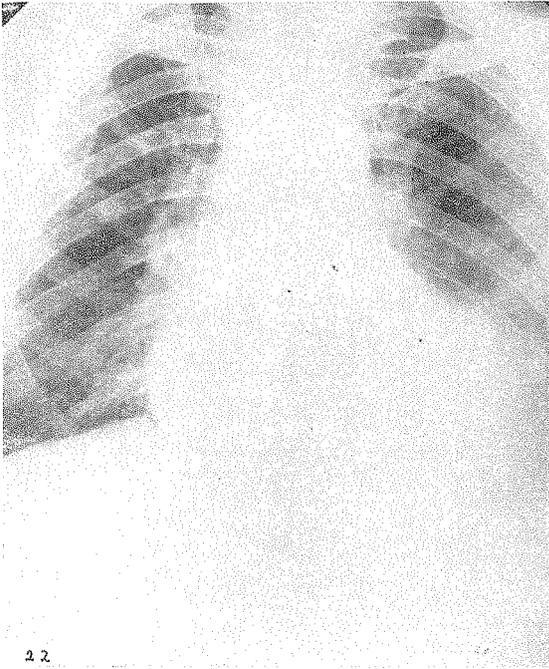


Fig. 77

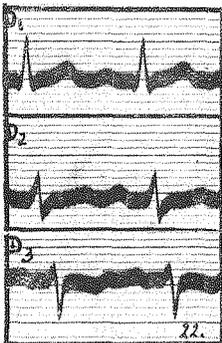


Fig. 78

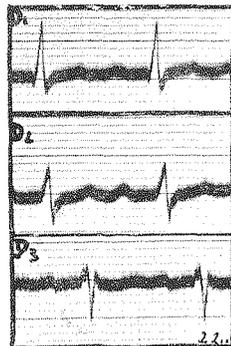


Fig. 79

com idéias delirantes ; membros inferiores fortemente edemaciados ; gânglios epitrocleanos enfartados. Ortopnéia e polipnéia. Moderado derrame pleural direito ; estertores subcrepitantes em ambas as bases pulmonares. Choque da ponta em cúpula, no 5.º intercosto esquerdo, 2 cms. para fora da linha hemiclavicular. Duplo sôpro diástolo-sistólico mesosternal, de média intensidade e sem propagação. Duplo sôpro crural. Pulsos de Corrigan, isôcronos, regu-

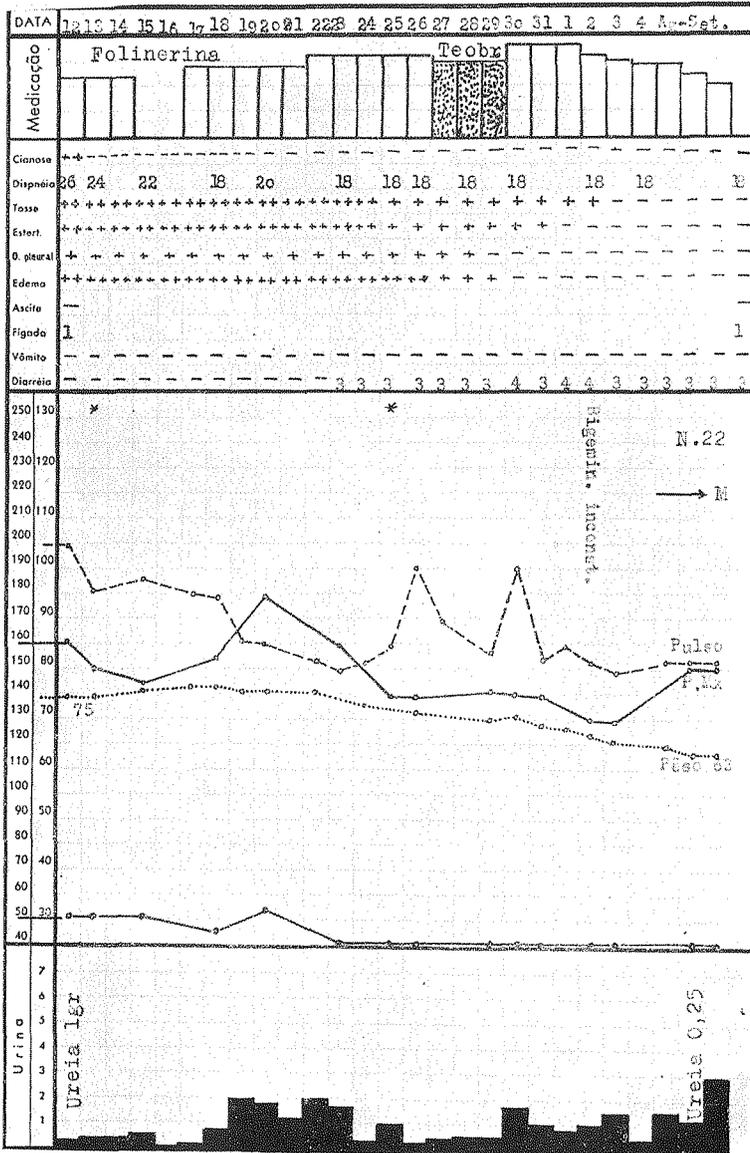


Fig. 80

lares em tempo e amplitude. Dansa das artérias. A ascite considerável dificulta a palpação do fígado.

R. W. no sangue positiva. O teor de uréia no soro, na data da entrada era de 100 mgrs. ‰, tendo descido, após 20 dias de tratamento a 30 mgrs. ‰. A urina apresenta traços acentuados de albumina e algumas hematias. O aspeto radiológico (fig. 77) é de grande aumento da área cardíaca, à custa, principalmente, do ventrículo esquerdo; aorta mede, ao nível da crossa, aproximadamente 40 mms. (aumento de 12 mms. em relação à idade); os sinais radiológicos são de insuficiência aórtica provavelmente de origem arterial; opacidade da base esquerda (congestão passiva) (Dr. Moretzsohn de Castro). Esta radiografia foi tirada após vários dias de estadia do doente na Enfermaria. O primeiro eletrocardiograma (fig. 78) revela desvio do eixo para a esquerda, sendo QRS pequena e espessada. O segundo eletrocardiograma (fig. 79), registrado 12 dias após, (15,4 mgrs de Folinerina) apresenta aumento da amplitude de QRS e sensível diminuição da amplitude de T em D₁; T₃, que era negativa, deixou de sê-lo.

Diagnóstico etiológico: sífilis; anatômico: insuficiência aórtica; funcional: insuficiência cardíaca (gravíssima).

Evolução à figura 80.

N.º 23 — E. F. L., de 30 anos, solteiro, brasileiro, operário. Sofre, há 3 semanas, de palpitações precordiais, em forma de acessos, com a duração de alguns minutos e, por vezes, chega a perder os sentidos, durante o acesso, voltando a si subjetivamente bem, mas banhado em suor; não sabe informar sobre o ritmo e a frequência dessas palpitações. Tosse e dispnéia dificultam-lhe o sono, sendo obrigado a manter-se sentado no leito ou recostado à janela. Há uma semana notou, pela primeira vez, edema que, aos poucos, se estendeu pelos membros inferiores e tronco. E' etilista moderado e tabagista habitual. Nega antecedentes reumáticos ou outros antecedentes mórbidos dignos de nota.

Indivíduo melanodérmico, mesostênico, emagrecido, intensamente edemaciado até a altura do tronco. Gânglios epitrocleanos palpáveis. Ortopnéia com intensa polipnéia. Roncos e sibilos generalizados; estertores subcrepitantes em ambas as bases. Ictus cordis em cúpula, no 6.º intercosto esquerdo, 2 cms. para fora da linha hemiclavicular; leve frêmito pressistólico na ponta. Sôpro diástolo-sistólico na região mesosternal, propagando-se para o segundo intercosto direito, de média intensidade; no foco mitral o sôpro diastólico é quasi inaudível, ouvindo-se, ao contrário um sôpro sistólico intenso, rude, propagando-se para fora e para a axila; hiperfonese do 2.º tom pulmonar. Jugulares túrgidas. Aorta palpável na fúrcula. Discreta dansa das artérias. Duplo sôpro crural. Pulsos radiais isócronos, em martelo de água. Raízes den-

tárias infeccionadas. Limite inferior do fígado identificável a 4 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue fortemente positiva. Taxa de uréia no soro : 50 mgrs. $\%$. Traços acentuados de albumina na urina. Aspeto radiológico (fig. 81) de aumento global da área cardíaca, com um excesso de 100 $\%$ sobre as dimensões normais para o pêso ; aorta dilatada, medindo aproximadamente 35 mms. na crassa ; congestão de ambas as bases pulmonares ; pequeno derrame no seio

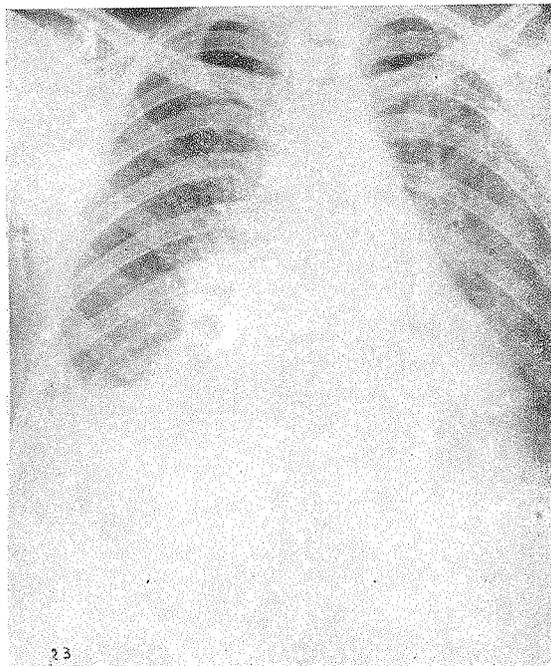


Fig. 81

costo-frênico direito ; espessamento da cissura horizontal direita (Dr. P. de A. Toledo). O primeiro eletrocardiograma (fig. 82), registrado antes de qualquer medicação, apresenta um pequeno desvio do eixo para a direita ; QRS espessada e T_1 de fraca amplitude ; P_1 entalhada. O segundo eletrocardiograma (fig. 83), uma semana depois (8,2 mgrs. de Folinerina) apresenta um sensível aumento da amplitude de QRS.

Diagnóstico etiológico : sífilis e, provavelmente, febre reumática ; anatômico : insuficiência aórtica e moléstia mitral ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

Evolução : figura 84.

N.º 24 — A. S., de 55 anos, lavrador, brasileiro, viuvo. Há 3 meses vem sentindo dispnéia de esforço e, há um mês, mais ou menos, edema dos membros inferiores, acompanhado de oligúria e palpitações precordiais, por ocasião do exercício físico; desde o início apresenta uma dôr pouco intensa, com sensação de pêscoço, no epigastro e no hipocôndrio direito, após as refeições. Sente também tosse sêca, principalmente à noite. Etilista habitual. Nega antecedentes reumáticos.

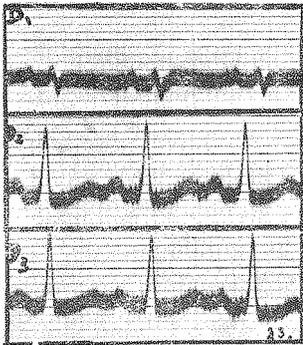


Fig. 82

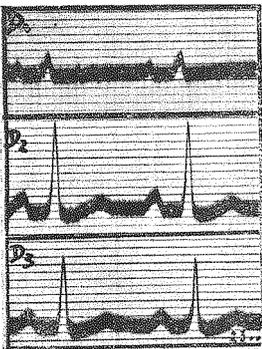


Fig. 83

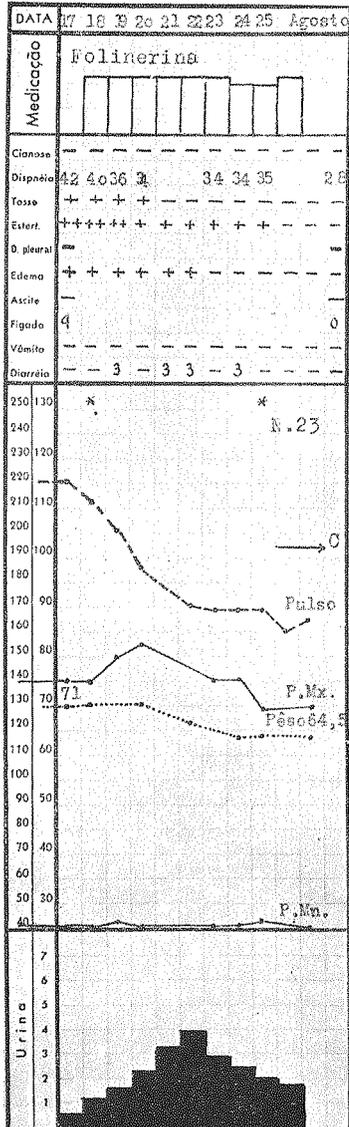


Fig. 84

Trata-s
tensamen
is de der
hoque da
édia amp
tenso, de
tensidade
igeira dan

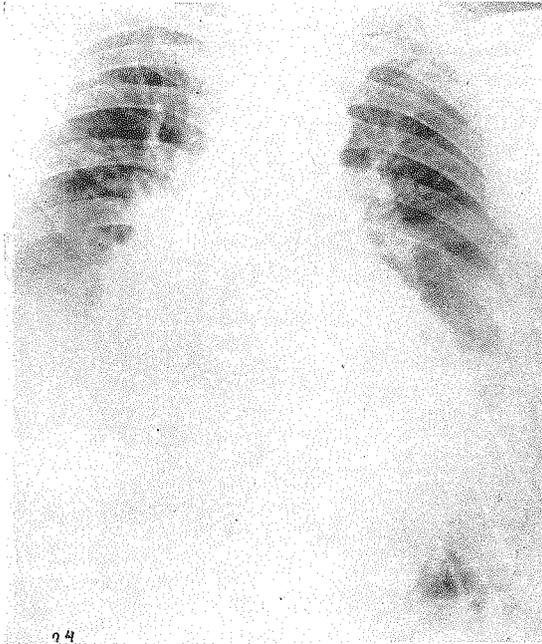


Fig. 85

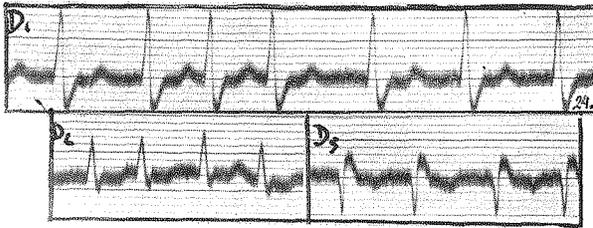


Fig. 86

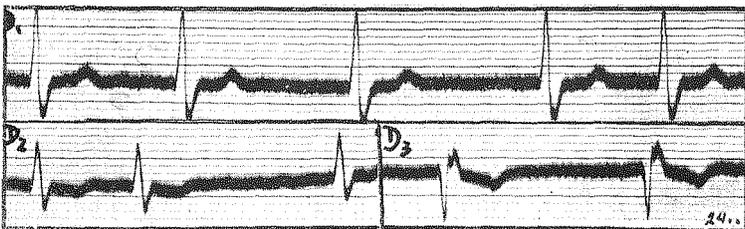


Fig. 87

Trata-se de um indivíduo branco, mesostênico, emagrecido, intensamente edemaciado da cintura para baixo. Ortopnéia. Sinais de derrame pleural bilateral; estertores congestivos de base. Choque da ponta no 5.º intercosto, sôbre o mamilo esquerdo, de média amplitude, ligeiramente impulsivo. Sôpro sistólico bastante intenso, de timbre musical, audível em toda a área, mas com maior intensidade no foco mitral. Jugulares fortemente turgescentes. Ligeira dansa das artérias, apresentando-se as artérias radiais duras

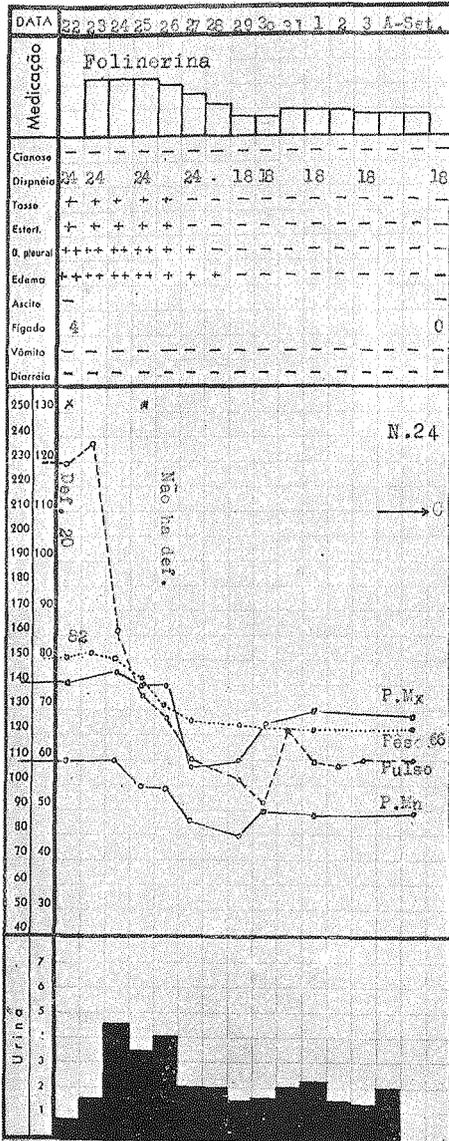


Fig. 88

e não depressíveis. Pulso radial irregular em tempo e amplitude, um tanto tenso, apresentando um deficit, em relação aos batimentos cardíacos de 20, aproximadamente. Fígado ultrapassando de 4 cms. a reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue negativa. 50 mgrs. de uréia % de soro sanguíneo. Urina com densidade 1,005, contendo traços levíssimos de albumina. A sombra radiológica do coração (fig. 85) está grandemente aumentada, principalmente à custa do ventrículo esquerdo; aorta medindo, ao nível da crassa, em O. A. D., 37 mms., com um aumento de 8 mms., em relação à idade; opacidade homogênea na base direita e difusa na base esquerda, com apagamento dos seios costo e cárdio-frênicos. (Dr. Moretzsohn de Castro). O eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 86), revela desvio do eixo para a esquerda; QRS espessada e alargada; T₂ e T₃ negativas; fibrilação auricular. O segundo traçado (fig. 87), registrado 3 dias após (2,4 mgrs. de Folinerina), apresenta aumento da amplitude de QRS e uma notável diminuição da frequência ventricular, que ficou reduzida à metade, aproximadamente, da anterior.

Diagnóstico etiológico: arteriosclerose; anatômico: esclerose das artérias coronárias; funcional: insuficiência cardíaca (grave) e fibrilação auricular.

Evolução: figura 88.

N.º 25 — F. G., de 58 anos, brasileiro, operário, viúvo. Há 10 anos adoeceu, pela primeira vez, com os sintomas característicos de insuficiência cardíaca, tendo melhorado com tratamento médico e passado relativamente bem até há alguns meses, quando tornou a adoecer com dispnéia de esforço, tosse seca, edema dos membros inferiores e oligúria. Além disso apresenta uma vaga sensação de malestar no precórdio, não relacionada com o esforço, sem irradiação, mas contínua, durando algumas horas. Dores articulares vagas na mocidade. Tabagista e etilista habitual.

Indivíduo branco, hiperestênico, com edema muito moderado dos membros inferiores. Torax enfisematoso; roncos e sibilos generalizados; alguns estertores subcrepitantes em ambas as bases. Ictus cordis localizável no 6.º intercosto esquerdo, linha mamilar, ligeiramente impulsivo. Abafamento generalizado das bulhas cardíacas, com desdobramento constante da segunda mitral. Ligeira dança das artérias. Pulsos radiais isócronos, tensos, amplos, rítmicos. Artérias radiais duras. Algumas raízes dentárias infeccionadas. Borda inferior do fígado a 1 cm. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue negativa. Uréia no soro: 45 mgrs. %. Urina sem alterações patológicas. Aspetto radiológico (fig. 89) de aumento global da imagem cardíaca; aorta sinuosa, alongada, saliente à esquerda da coluna vertebral. Eletrocardiograma anterior à medi-

cação (fig. 90) grande alargamento de QRS (bloqueio de arborização). O segundo traçado (fig. 91), registrado uma semana depois (7,2 mgrs. de Folinerina) revela uma aumento da amplitude de QRS em D₁ e D₂; bloqueio de ramo.

Diagnóstico etiológico; arteriosclerose e hipertensão pulmonar (enfisema pulmonar); anatômico: esclerose das artérias coronárias; funcional: insuficiência cardíaca (leve).

Evolução: figura 92.

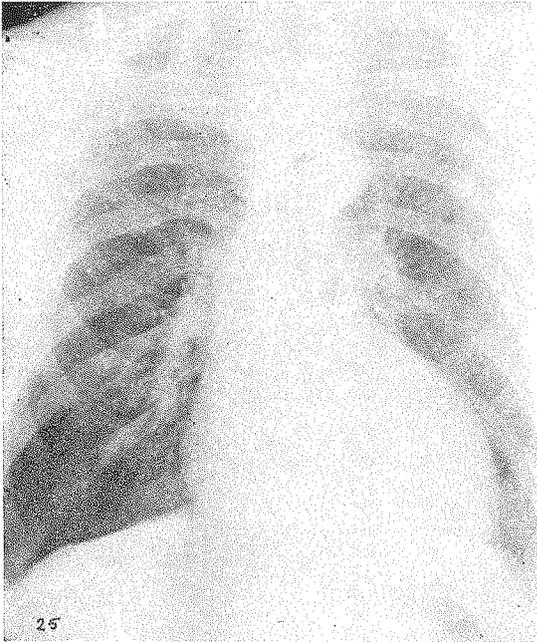


Fig. 89

N.º 26 — F. B., de 70 anos, espanhol, casado, operário. Apresenta nictúria há muito tempo e, há 3 meses, oligúria e edema dos membros inferiores assim como tosse com escassa expectoração. Há 6 meses vem sofrendo de diarreia, evacuando 3-4 vezes ao dia fezes aquosas, com mau cheiro, sem catarro ou sangue e sem tenesmo. Etilista e tabagista. Sua mulher teve 3 abortos de alguns meses.

Indivíduo branco, mesostênico, emagrecido, apresentando edema dos membros inferiores até a altura dos joelhos, assim como das partes em declive. Torax enfisematoso. Polipnéia. Raros roncosparsos; estertores subcrepitanes em ambas as bases. Choque da ponta dificilmente localizável no 5.º intercosto esquerdo, 1 cm. para

fora da linha hemiclavicular, em decúbito semilateral esquerdo. Sôpro sistólico na ponta, sem propagação, doce, de pequena intensidade. Jugulares túrgidas. Moderada dansa das artérias. Pulsos radiais isócronos, pouco amplos e pouco tensos, arritmicos. Artérias radiais muito duras e de superfície irregular (traquéia de ave). Restam poucos dentes, mal conservados. Fígado com o seu limite inferior palpável a 1 cm. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

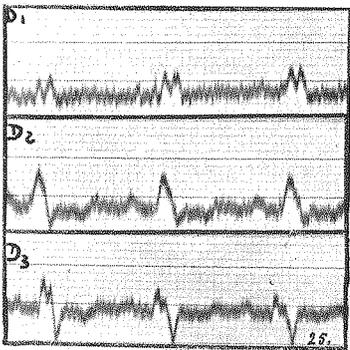


Fig. 90

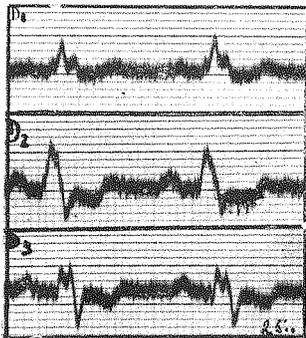


Fig. 91

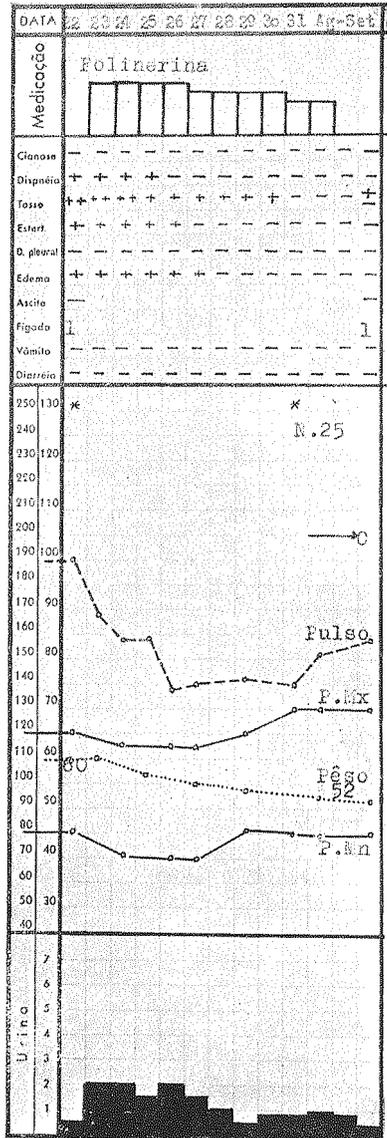


Fig. 92

R. W. no sangue negativa. Taxa de uréia no soro : 45 mgs. %
A urina tem por densidade 1,010 e apresenta traços acentuados de albumina. A radiografia do coração e vasos da base (fig. 93) revela : aumento da área cardíaca ; aorta sinuosa saliente à esquerda da coluna vertebral, com placas de esclerose ; aortite (Prof. Rafael de Barros). O primeiro eletrocardiograma, registrado quando o doente já tinha tomado 2,4 mgrs. de Folinerina (fig. 94), revela desvio do eixo para a esquerda ; QRS alargada e espessada ; fibrilação auri-

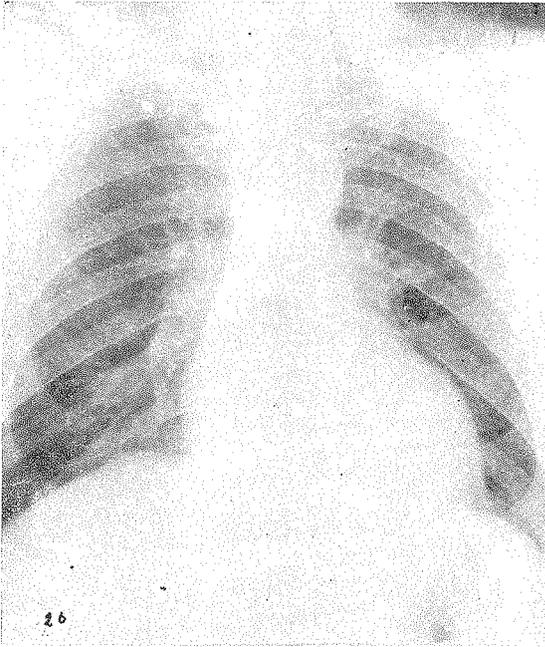


Fig. 93

cular. O segundo traçado (fig. 95), 5 dias após, tendo o doente ingerido 6,6 mgrs. de Folinerina, revela já nítida diminuição da frequência ventricular, com dois escapes ventriculares. O terceiro traçado (fig. 96), 8 dias após o início do tratamento (8,5 mgrs. de Folinerina ao todo) revela certa tendência ao ritmo autônomo ventricular, com períodos de ritmo lento e regular.

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose ; anatômico : esclerose das artérias coronárias ; funcional : insuficiência cardíaca (grave) e fibrilação auricular ; diagnóstico secundário : enfisema pulmonar.

Evolução à figura 97.

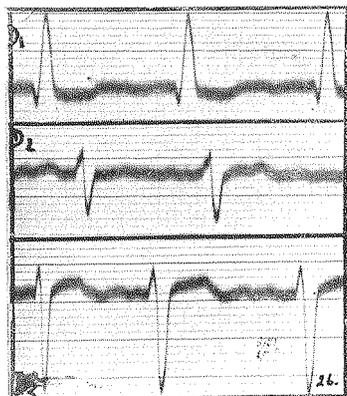


Fig. 94

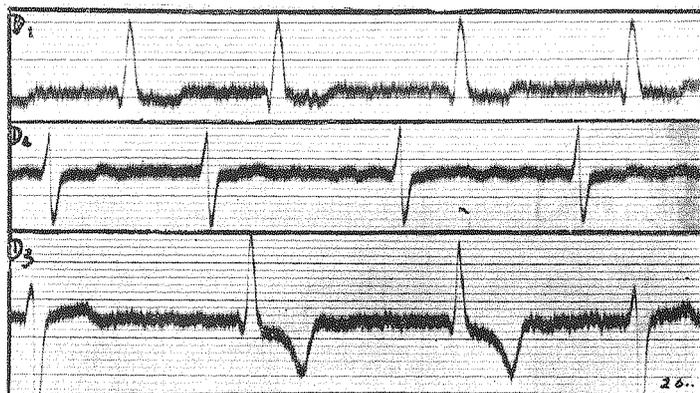


Fig. 95

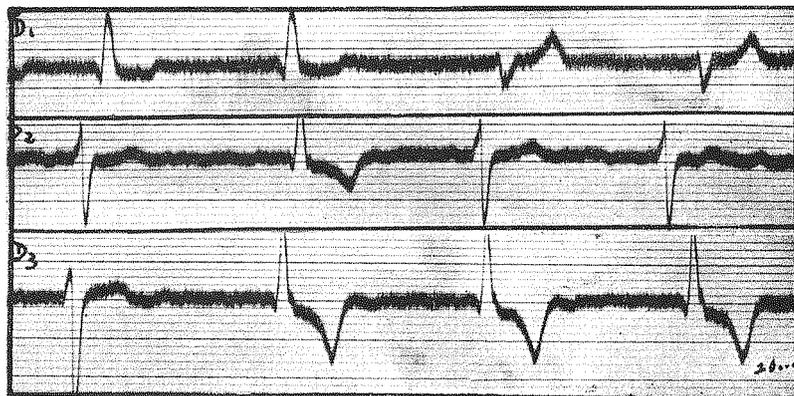


Fig. 96

N.º 27 — J. P., de 46 anos, português, casado, operário. Há 2 anos iniciou-se a sua doença com dispnéia de esforço e dispnéia paroxística noturna, acompanhada de tosse com expectoração espumosa. A isso seguiu-se edema dos membros inferiores que, em poucos dias, se estendeu até a cintura. Por três vezes foi obrigado a internar-se em Serviços hospitalares porquê, uma vez restabelecido, voltando ao trabalho, seus sintomas tornavam com a primitiva intensidade. Agora dá entrada nesta Enfermaria com a

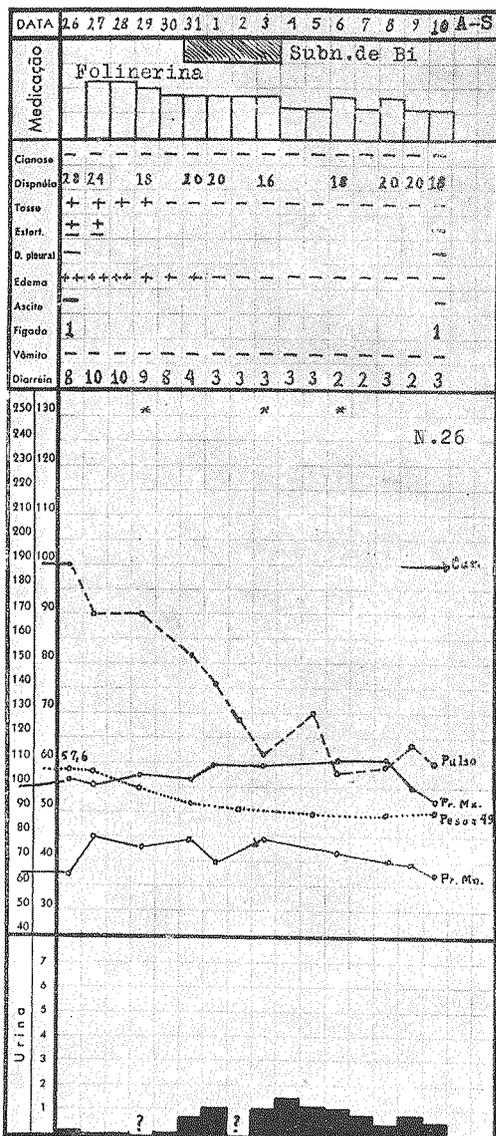


Fig. 97

quarta crise de insuficiência cardíaca. Ha 10 anos teve uma ulceração venérea suspeita. Tabagista moderado.

Indivíduo branco, mesostênico, emagrecido e muito abatido, apresentando os membros inferiores e as partes do corpo em declive fortemente edemaciados. Escabiose. Ortopnéia.; polipnéia. Desenho das veias cutâneas muito pronunciado no peito, ombros e membros superiores, particularmente à esquerda. Sinais de derrame pleural esquerdo e estertores subcrepitantes em ambas as bases pulmonares. Choque da ponta no sexto intercosto esquerdo, dois

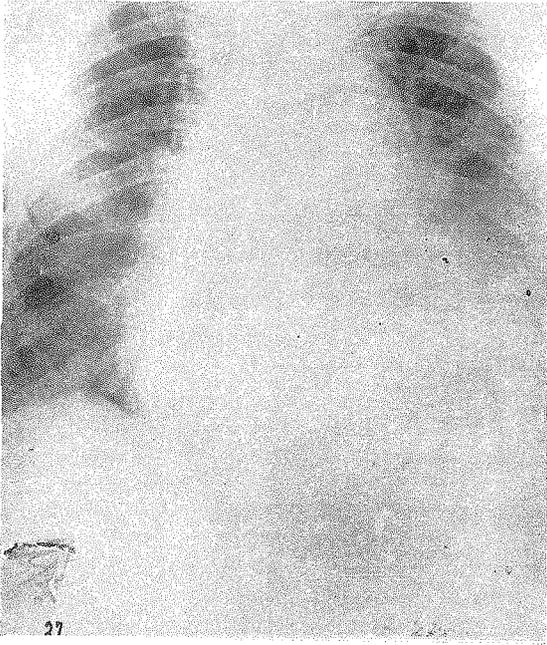


Fig. 98

cms. para fora da linha hemiclavicular, em cúpula. Sôpro sistólico rude, intenso, em jacto de vapor, na ponta, com propagação para fora e para a axila; duplo sôpro diástolo-sistólico na região mesosternal, também rude, de média intensidade. Jugulares cheias. Aorta palpável na fúrcula. Dança das artérias. Pulso de Corrigan. Duplo sôpro de Alvarenga-Duroziez. Artérias radiais de paredes endurecidas. Borda inferior do fígado a 4 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue positiva. Urina com densidade 1,010, contendo 7 grs. de albumina por litro e várias hematias. Uréia no soro: 150 mgrs. ‰. Radiografia (fig. 98): aumento da área cardíaca;

alongamento e dilatação da aorta ; opacidade da metade inferior do pulmão esquerdo ; espessamento da cissura horizontal (Dr. Morretzsohn de Castro). O eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 99) apresenta desvio do eixo para a esquerda ; QRS alargada e espessada ; T_1 negativo e T_2 de pequena amplitude ; extrassístoles auriculares. O segundo traçado (fig. 100), registrado 11 dias depois (12,6 mgrs. de Folinerina), apresenta diminuição da frequência das extrassístoles, aumento da amplitude de QRS, acentuação da negatividade de T_1 e ligeiro aumento de PR.

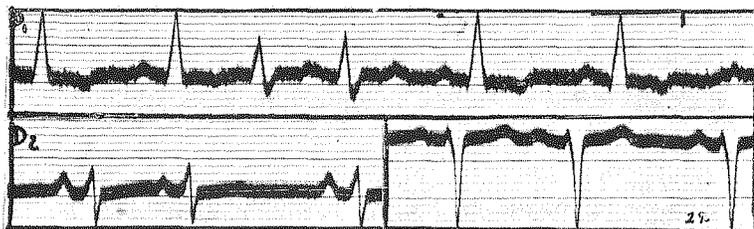


Fig. 99

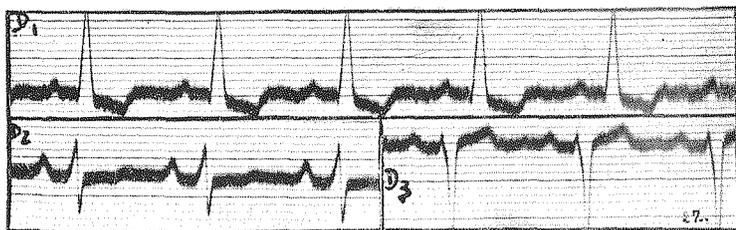


Fig. 100

Diagnóstico etiológico : sífilis ; anatômico : insuficiência aórtica ; funcional : insuficiência cardíaca (gravíssima) ; diagnóstico secundário : glomérulo-nefrite crônica (com componente nefrótico).

Evolução : figura 101.

N.º 28 — S. B., de 45 anos, brasileiro, casado, pedreiro. Há dois meses adoeceu com dispnéia de esforço e ortopnéia, oligúria e edema dos membros inferiores, pelo que recorreu a este Hospital. Há já oito anos vinha sentindo palpitações precordiais, por ocasião de esforços ou emoções, sob a forma de pancadas fortes contínuas e rápidas, com a duração de alguns minutos. Aos 18 anos teve uma artrite isolada do joelho esquerdo, sem febre, mas com aumento de volume e vermelhidão da articulação. Há anos contraiu uma ulceração venérea suspeita. Sua mulher teve 4 abortos de alguns meses.

Indivíduo de côr preta, mesostênico, emagrecido, com edema moderado dos membros inferiores e partes em declive. Ortopnêia e polipnêia. Numerosos estertores subcrepitantes em ambas as bases pulmonares; alguns roncos exparsos. Choque da ponta em cúpula, no quinto intercosto esquerdo, 1 cm. para fora da linha hemiclavicular. Sôpro diástolo-sistólico mesosternal e abafamento das bulhas. Jugulares cheias. Dança das artérias. Aorta palpável na fúrcula esternal. Duplo sôpro crural. Pulso de Corrigan, rítmico. Fígado duro e doloroso a 4 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

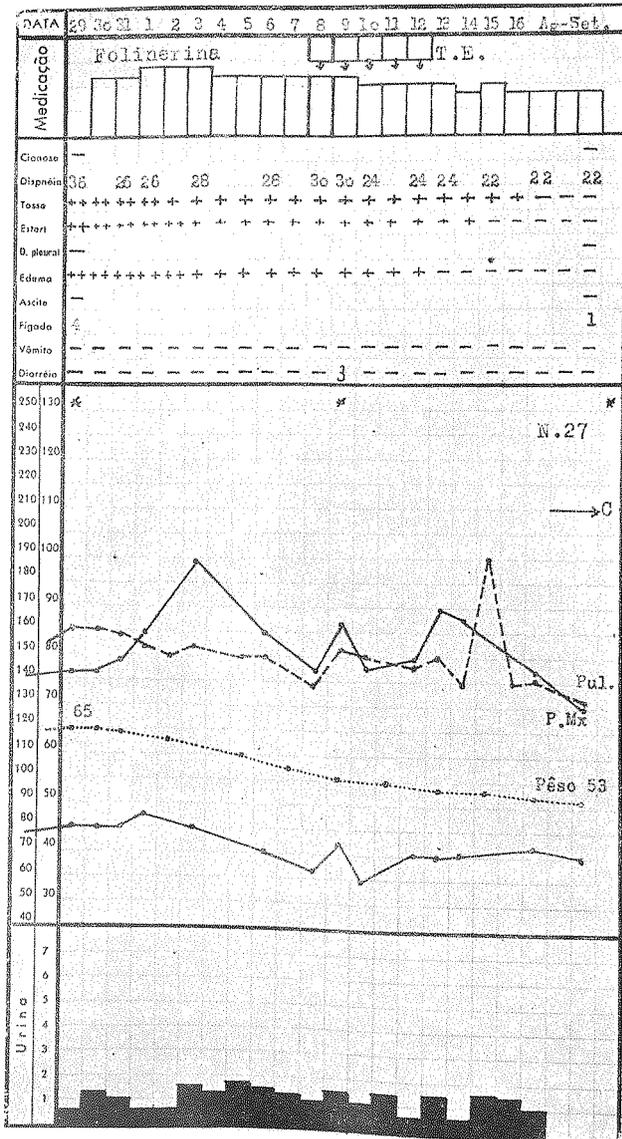


Fig. 101

R. W. no sangue fortemente positiva. Teor de uréia no soro : 60 mgrs. $\%$. Traços acentuados de albumina na urina. Imagem radiográfica (fig. 102) revelando um coração enormemente dilatado, com um excesso de 206 $\%$ sôbre o volume normal para o pêso ; aspeto radiológico típico de predominância esquerda ; aorta dilatada, medindo aproximadamente 35 mms. de diâmetro na crossa ; estase pulmonar (Dr. Paulo de A. Toledo). Eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 103) : QRS espessada ; negativa em D₂ e D₃

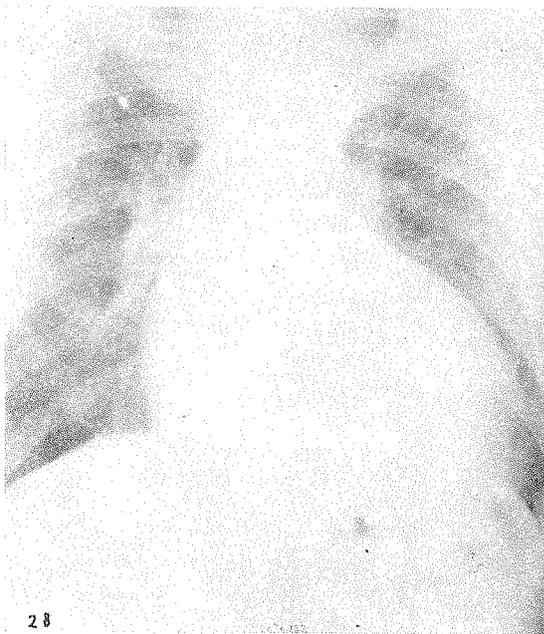


Fig. 102

Eletrocardiograma ulterior á medicação (fig 104), 4 dias depois (3,8 mgrs. de Folinerina) : T₁ e T₂ negativos ; T₃ ligeiramente difásico ; sensível aumento de PR.

Diagnóstico etiológico : sífilis ; anatômico : insuficiência aórtica ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

A evolução do caso pode ser acompanhada na figura 105.

N.º 29 — F. M. G., de 60 anos, viuvo, lavrador, brasileiro. Adoeceu pela primeira vez, há dois anos, com dispnéia de esforço, oligúria, edema dos membros inferiores, tendo melhorado com tratamento médico. De Abril para cá o seu mal tornou a agravar-se e recolheu-se então a este Serviço. Sofreu de dores articulares vagas na mocidade.

Artérias radiais de paredes endurecidas. O limite inferior do fígado ultrapassa de 4 cms. a reborda costal na linha mamilar.

R. W. no sangue positiva. Taxa de uréia no soro : 30 mgrs. $\%$. Urina contendo traços acentuados de albumina. À radiografia (fig. 106) nota-se aumento acentuado da área cardíaca, predominantemente da zona ventricular esquerda; dilatação difusa da aorta, notando-se placas de calcificação no joelho aórtico; diâmetro aórtico na crossa igual a 40 mms., com um aumento aproximado de 10 mms.; espessamento da cissura horizontal no seu $\frac{1}{3}$ externo

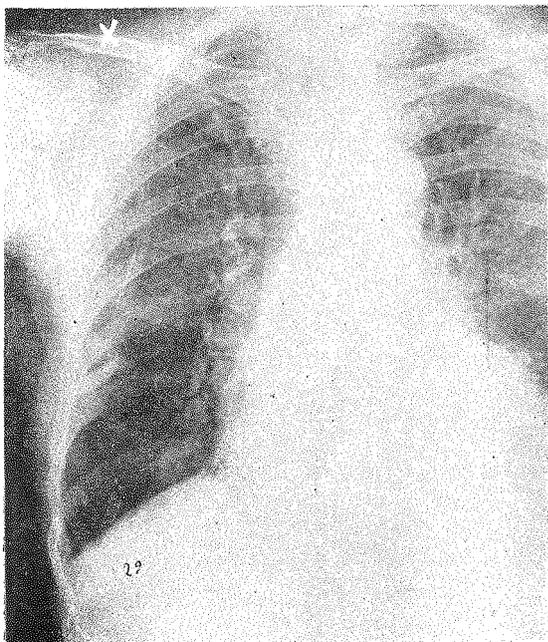


Fig. 106

(Dr. Olavo Pazzanese). O eletrocardiograma anterior à medicação apresenta (fig. 107): desvio do eixo para a esquerda; QRS espessada e com largura nos limites extremos do normal; extrassístoles ventriculares; ligeiro desnivelamento de ST. O 2.º traçado (fig. 108), 4 dias depois, com um total de 5 mgrs. de Folinerina, revela fibrilação auricular.

Diagnóstico etiológico: arteriosclerose; anatômico: esclerose das artérias coronárias; funcional: insuficiência cardíaca (muito grave).

Evolução à figura 109.

N.º 30 — O. J. S. A., de 50 anos, casado, lavrador, brasileiro. Há 8 meses começou a sentir falta de ar, que o acordava durante a noite, a-pesar-de o doente dormir com o travesseiro alto. Sentia também palpitações precordiais em ritmo acelerado, sem causa aparente, acompanhadas de uma vaga sensação de angústia, durante alguns minutos. Nictúria. Dispnéia de esforço. Com tratamento médico conseguia melhorar, mas nunca completamente, até que, há dois meses, começou a notar edema do rosto, ao acordar, e edema vespertino dos membros inferiores, apresentando-se então as urinas



Fig. 107

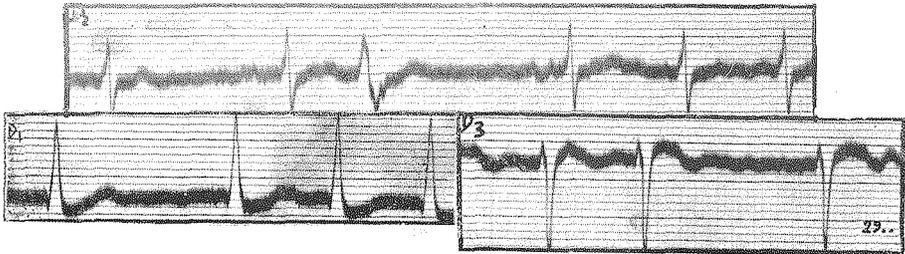


Fig. 108

avermelhadas. Por todos êsses sintomas procurou internar-se no Hospital. E' tabagista.

Indivíduo de côr parda, mesostênico, emagrecido, com edema acentuado dos membros inferiores e moderado do rosto. Ortopnéia. Estertores subcrepitantes em ambas as bases pulmonares. Choque da ponta um tanto impulsivo e amplo, no 6.º intercosto esquerdo, 1 cm. para fora da linha hemiclavicular. Desdobramento constante da primeira bulha mitral e sôpro sistólico pouco intenso, sem propagação, na ponta. Jugulares túrgidas e ligeira dausa das artérias. Pulsos radiais isócronos, tensos, amplos e rítmicos. Dentadura mal conservada. Ascite. Limite inferior do fígado dificilmente palpável a 2 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

N.º 30 — O. J. S. A., de 50 anos, casado, lavrador, brasileiro. Há 8 meses começou a sentir falta de ar, que o acordava durante a noite, a-pesar-de o doente dormir com o travesseiro alto. Sentia também palpitações precordiais em ritmo acelerado, sem causa aparente, acompanhadas de uma vaga sensação de angústia, durante alguns minutos. Nictúria. Dispnéia de esforço. Com tratamento médico conseguia melhorar, mas nunca completamente, até que, há dois meses, começou a notar edema do rosto, ao acordar, e edema vespertino dos membros inferiores, apresentando-se então as urinas



Fig. 107

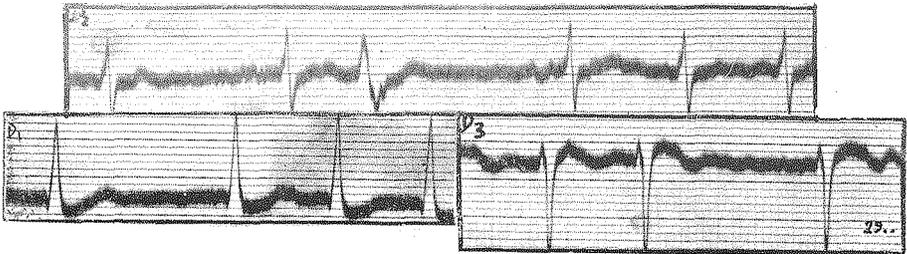


Fig. 108

avermelhadas. Por todos êsses sintomas procurou internar-se no Hospital. E' tabagista.

Indivíduo de côr parda, mesostênico, emagrecido, com edema acentuado dos membros inferiores e moderado do rosto. Ortopnéia. Estertores subrepitantes em ambas as bases pulmonares. Choço da ponta um tanto impulsivo e amplo, no 6.º intercosto esquerdo, 1 cm. para fora da linha hemiclavicular. Desdobramento constante da primeira bulha mitral e sôpro sistólico pouco intenso, sem propagação, na ponta. Jugulares túrgidas e ligeira dança das artérias. Pulsos radiais isócronos, tensos, amplos e rítmicos. Dentadura mal conservada. Ascite. Limite inferior do fígado dificilmente palpável a 2 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue negativa. Uréia no soro : 20 mgrs. %. Urina : densidade 1,005, traços acentuados de albumina. Radiograficamente (fig. 110) área cardíaca aumentada de volume, principalmente à custa do ventrículo esquerdo ; alongamento do pedículo com aumento de volume da aorta ao nível da crassa (Dr. Marcelo Soares). O eletrocardiograma anterior a medicação (fig. 111) revela desvio do eixo para a esquerda ; QRS espessada e alargada ; T₁

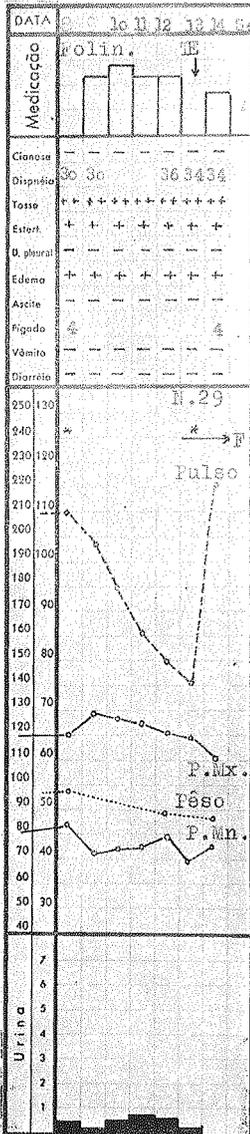


Fig. 109

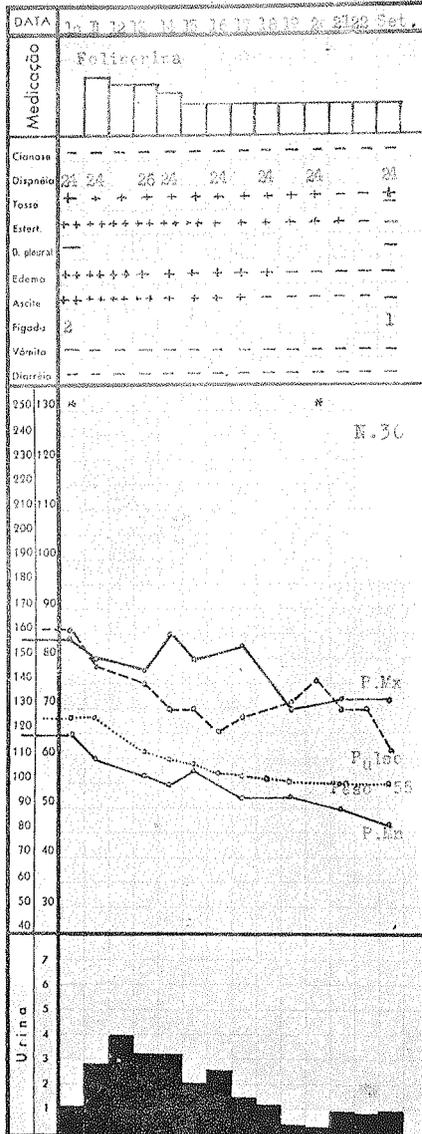


Fig. 113

negativo. O 2.º traçado (fig. 112), 10 dias depois (7 mgrs. da Foline-rina), revela aumento da amplitude de QRS e um pequeno aumento de negatividade de T₁.

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose ; anatômico : esclerose das artérias coronárias ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

Evolução : figura 113.

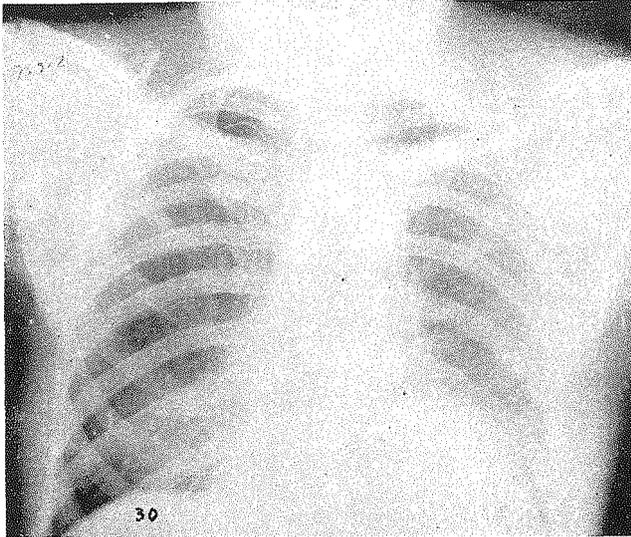


Fig. 110

N.º 31 — J. P., de 35 anos, português, branco. Deu entrada na Enfermaria em estado de gravidade extrema, altamente dispnéico, a ponto de mal poder falar, e fortemente cianosado, não só nas extremidades, mas em toda a superfície corporal.

Trata-se de um indivíduo de baixa estatura, com forte cifoescoliose dorsal que lhe deforma inteiramente o torax e o corpo : sofre dêste defeito desde a infância. Apresenta-se muito emagrecido e com acentuado edema nos membros inferiores e nas partes em declive. Submassicez no hemitorax esquerdo e hipersonoridade no direito ; chuva de estertores finos, inspiratórios e expiratórios até a altura média de ambos os campos pulmonares. Jugulares fortemente túrgidas. Pulsos radiais pouco amplos e pouco tensos, rítmicos e isócronos. Fígado com limite inferior a 3 cms. da reborda costal na linha hemiclavicular, duro, doloroso. O choque da ponta não é localizável nem são audíveis as bulhas cardíacas.

O eletrocardiograma revela desvio do eixo para a direita e T negativa em D₂ e D₃. Outros exames complementares não chegaram a ser feitos devido ao estado gravíssimo do doente e ao seu rápido falecimento.

Diagnóstico etiológico : hipertensão pulmonar (cifoesciose) ; anatômico : aumento do coração ("cor pulmonale") ; funcional : insuficiência cardíaca (gravíssima).

Evolução : figura 114.

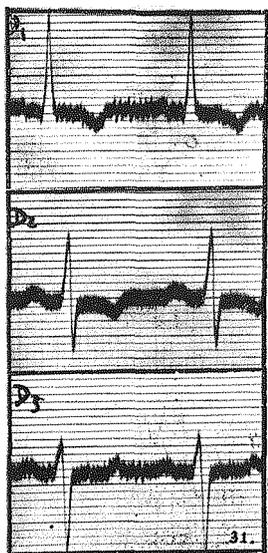


Fig. 111

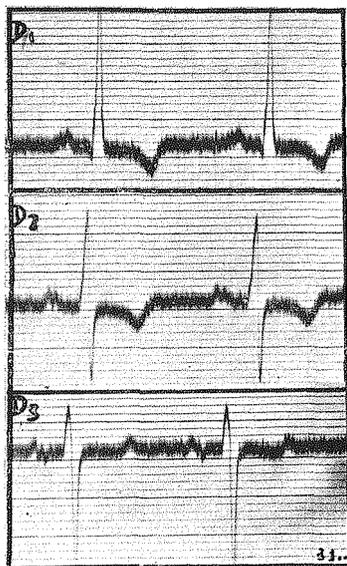


Fig. 112

N.º 32 — F. T. M., de 27 anos, solteiro, brasileiro, operário. Sua doença iniciou-se há 15 dias, com falta de ar durante o trabalho e, alguns dias depois, edema palpebral matutino, seguido logo de edema dos membros inferiores, máximo à tarde. Tinha também tosse e, de noite, dormia com dificuldade, sendo obrigado a manter-se sentado no leito. Não notou modificações nos caracteres da urina. Há anos teve um cancro venéreo suspeito. Etilista e tabagista habitual.

Trata-se de um indivíduo de cor branca, mesostênico, emagrecido, com acentuado edema dos membros inferiores e partes em declive. Escabiose. Ortopnéia e polipnéia. Derrame pleural direito ; numerosos estertores subcrepitantes em ambas as bases. Choque da ponta no 5.º intercosto esquerdo, 1 cm. para fora da linha hemiclavicular, regularmente amplo e não impulsivo. Sôpro sistólico pouco

número de hemátias. O primeiro eletrocardiograma, sem medicação (fig. 115), apresenta : QRS de pequena amplitude e espessada ; T de pequena amplitude. O segundo traçado (fig. 116), 10 dias depois (10,6 mgrs. de Folínerina), apresenta aumento da amplitude de QRS, desnivelamento de ST em D₁ e D₃ ; diminuição da amplitude de T₂.

Diagnóstico etiológico : hipertensão arterial (glomerulonefrite aguda) ; anatômico : aumento do coração ; funcional : insuficiência cardíaca (grave) ; diagnóstico secundário : sífilis.

Evolução : figura 117.

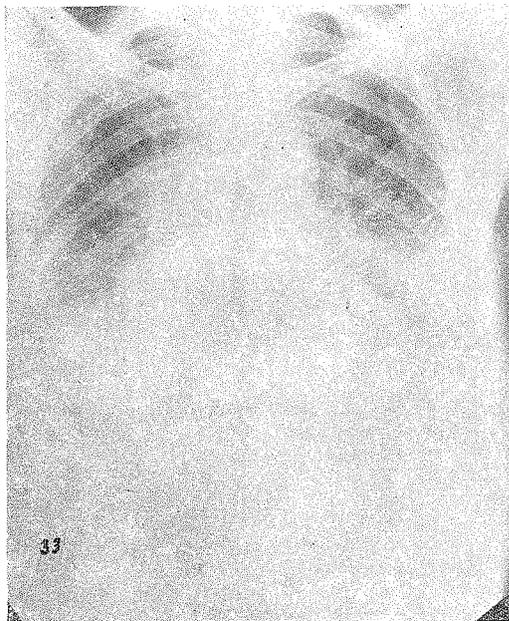


Fig. 118

N.º 33 — B. S. dos S., de 39 anos, solteiro, brasileiro, lavrador. Está doente há 6 meses, com tosse, dispnéia de esforço, nictúria e edema dos membros inferiores, sendo obrigado a conservar-se no leito há 4 meses. Há 12 anos teve, ao que parece, outro acesso de insuficiência cardíaca, acompanhada de dores articulares nos membros inferiores. Cancro venéreo, provavelmente sífilítico, há 14 anos. É etilista e tabagista.

Trata-se de um indivíduo de cor preta, hipostênico, muito emagrecido, apresentando considerável edema dos membros inferiores. Ortopnéia e polipnéia. Derrame pleural bilateral; estertores crepitantes, em pequeno número, logo acima dos limites do derrame ;

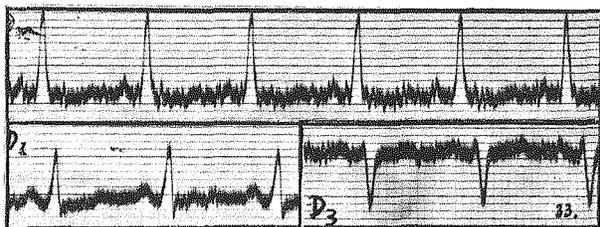


Fig. 119



Fig. 120



Fig. 121

roncos e sibilos exparsos. Choque da ponta amplo e impulsivo, no 4.º intercosto esquerdo, linha hemiclavicular. Sôpro sistólico de média intensidade no foco mitral, sem propagação. Artérias radiais de paredes duras e pouco depressíveis. Pulsos radiais isócronos, amplos, tensos e rítmicos. Dansa das artérias. Limite inferior do fígado a 4 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue fortemente positiva. Uréia no soro : 40 mgrs. ‰. Traços acentuados de albumina na urina, que contém também algumas hematias. Imagem radiográfica (fig. 118) de ligeiro aumento da área cardíaca ; diâmetro da aorta ao nível da crossa, 29 mms. (aumento de 4 mms.) ; derrame pleural em ambas as bases (Dr. Cabelo Campos). O eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 119) apresenta um desvio do eixo para a esquerda ; T pouco ampla ; ST desnivelada ; (tremor muscular). Depois de 5 dias (fig. 120), tendo o doente ingerido 5,2 mgrs. de Folinerina,

não se encontram modificações sensíveis no traçado eletrocardio-gráfico, a não ser quanto à frequência, que se apresenta diminuída. Em um terceiro traçado (fig. 121), 9 dias após iniciado o tratamento (9,0 mgrs. de Folinerina ao todo), nota-se bigeminismo inconstante.

Diagnóstico etiológico : hipertensão arterial e arteriosclerose ; anatômico : aumento do coração ; funcional : insuficiência cardíaca (muito grave) ; diagnóstico secundário (?) aortite luética.

Evolução : figura 122.

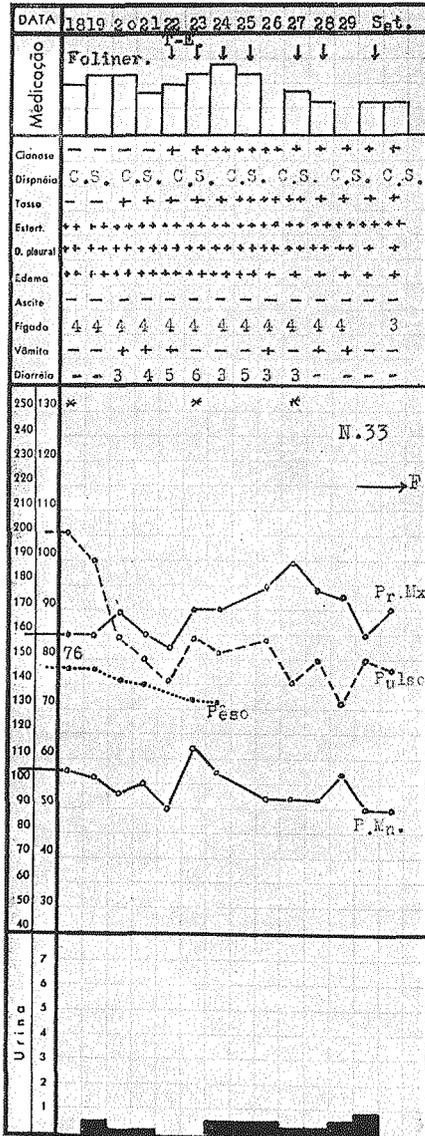


Fig. 122

N.º 34 — A. N., de 35 anos, português, casado, operário. Apresenta, há dois meses, sensação de peso no epigastro após as refeições, dispnéia noturna, que lhe perturba muito o sono, acompanhada, às vezes, de tosse com escassa expectoração espumosa. Pouco depois, a êsses sintomas juntou-se edema dos membros inferiores e foi obrigado a abandonar o trabalho, recolhendo-se ao Hospital. Há 7 anos teve uma ulceração venérea, diagnosticada, naquela ocasião, pelo médico, como cancro duro. Há 4 anos teve dores articulares em ambos os joelhos e pés, com rubor e calor, acompanhadas de febre,

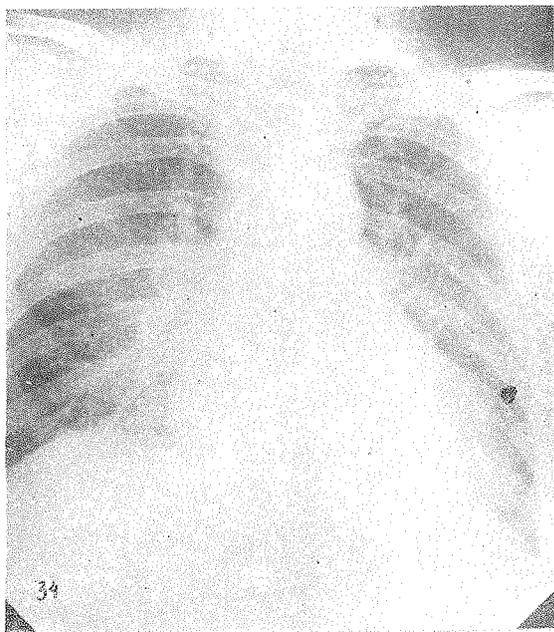


Fig. 123

pele que o doente teve que se manter no leito por 3 meses. E' etilista moderado.

Indivíduo branco, mesostênico, com os membros inferiores e partes em declive edemaciados. Ortopnéia e polipnéia; numerosísimos estertores subcrepitantes em ambas as bases pulmonares. Choque da ponta impulsivo e amplo, no 6.º intercosto esquerdo, 2 cms. para fora da linha hemiclavicular; leve frêmito pressistólico mitral. Duplo sôpro diástolo-sistólico mesosternal, de média intensidade; sôpro pressistólico pouco intenso na ponta. Juguláres túrgidas na região cervical. Aorta palpável na fúrcula esternal. Dança das artérias. Duplo sôpro de Alvarenga-Duroziez. Pulsos radiais isó-

crônos, rítmicos, regularmente tensos e amplos. Borda inferior do fígado a 5 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular, pouco dura, dolorosa.

R. W. no sangue positiva. Traços moderados de albumina na urina, que contém também algumas hemátias. Uréia no soro : 45 mgrs. %. Radiografia (fig. 123) : aspeto radiológico de aumento global do coração (excesso de 100 % sôbre o volume normal para o pêso); intensa congestão das bases; aorta dilatada, medindo

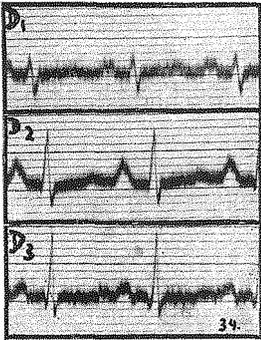


Fig. 124

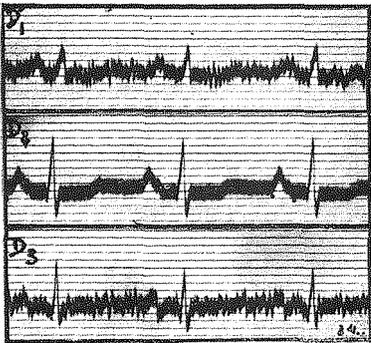


Fig. 125

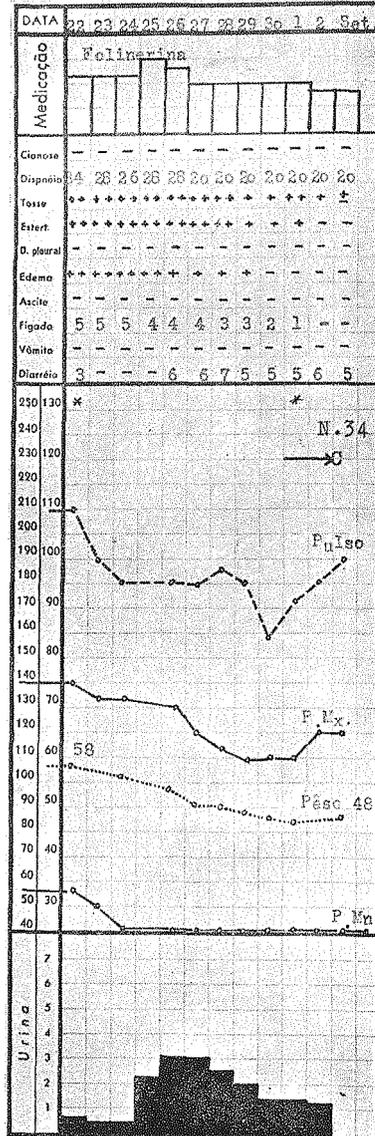


Fig. 126

aproximadamente 40 mms. de diâmetro na crossa. O primeiro traçado (fig. 124), sem medicação, revela : desvio do eixo para a direita ; P ampla e irregular em D_2 ; T de pequena amplitude. O 2.º traçado (fig. 125), 9 dias depois (10,4 mgrs. de Folinerina), não revela modificações de forma dignas de registro.

Diagnóstico etiológico : sífilis e febre reumática ; anatômico : insuficiência aórtica e estenose mitral ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

Evolução : figura 126.

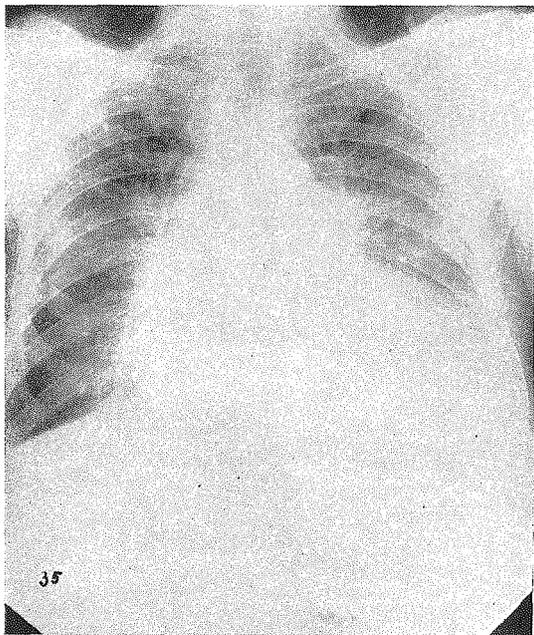


Fig. 127

N.º 35 — A. A., de 67 anos, português, lavrador, viuvo. ¹Há 6 meses começou a apresentar aumento de volume do abdômen e oligúria, sintomas que melhoraram com tratamento médico. Três meses depois, porém, voltaram, acompanhados agora de tosse seca, dispnéia de esforço, edema dos membros inferiores e dispnéia noturna. Há 15 dias foi obrigado a abandonar o trabalho. Nega antecedentes reumáticos e sífilíticos pessoais. Sua mulher teve um aborto de meses.

Indivíduo branco, mesostênico, emagrecido, com membros inferiores e partes em declive edemaciados ; esternalgia e tibialgia ; gânglios epitrocleanos palpáveis. Ortopnéia e polipnéia. Estertores

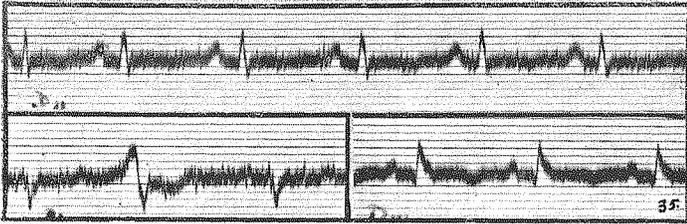


Fig. 128

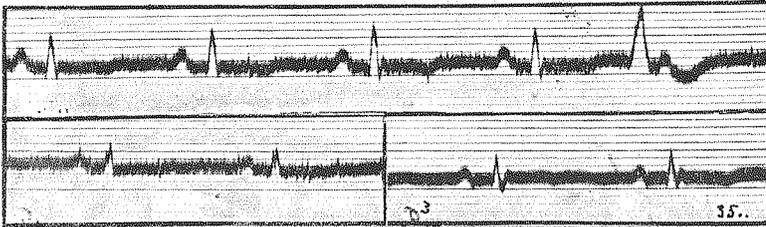


Fig. 129



Fig. 130

congestivos de base. Choque da ponta no 5.º intercosto esquerdo, 1 cm. para fora da linha hemiclavicular, amplo e impulsivo. Sopro sistólico muito intenso, em jacto de vapor, no foco mitral, com propagação para a axila e para fora, até as costas ; hiperfonese do 2.º tom na base, principalmente no foco pulmonar. Jugulares túrgidas na região cervical. Aorta palpável na fúrcula. Pulsos radiais isócronos, tensos, amplos, rítmicos. Dentadura mal conservada. Sinais de ascite considerável. Fígado localizável, pelo rechão, a mais ou menos 6 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular, pouco doloroso ; o baço tornou-se palpável a 2 cms. da reborda costal na linha axilar anterior, após a diminuição da ascite, sendo um tanto duro e doloroso.

R. W. no sangue fortemente positiva. Urina com traços acentuados de albumina e raras hematias. Uréia no soro sanguíneo : 30 mgrs. %. Grande aumento radiográfico (fig. 127) da área cardíaca, com predominância do ventrículo esquerdo. O primeiro traçado (fig. 128), anterior à medicação, revela : desvio do eixo para a direita ; QRS espessada ; T de pequena amplitude em D₁

e ligeiramente negativa em D₂ e D₃; QRS deformada em D₃; extrassístoles ventriculares. O segundo traçado (fig. 129), 3 dias depois (2,2 mgrs. de Folinerina) apresenta apenas modificação de forma de QRS em D₃. O 3.º traçado (fig. 130), passados 5 dias de tratamento, tendo o doente tomado 3,6 mgrs. de Folinerina, apresenta bigeminismo.

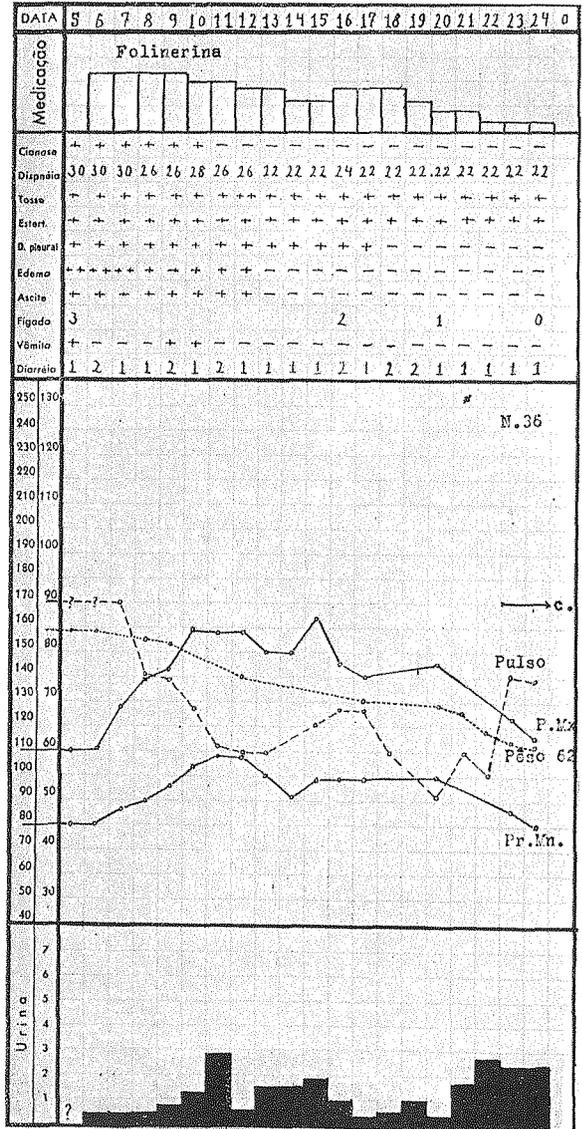
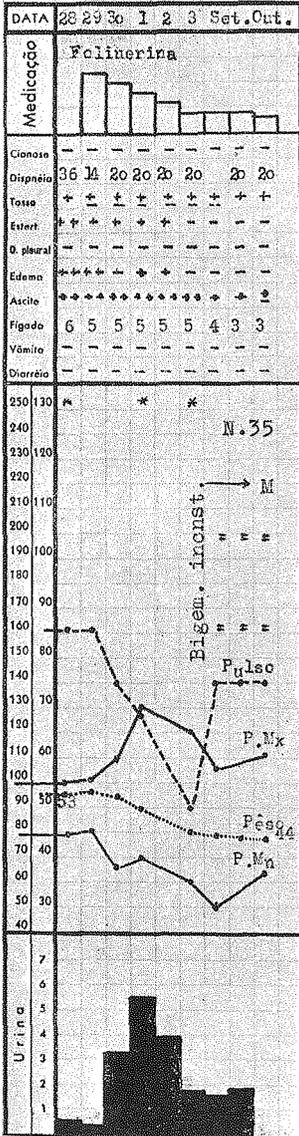


Fig. 131

Fig. 133

Diagnóstico etiológico : febre reumática (?) ; anatômico : insuficiência mitral (?) ; funcional : insuficiência cardíaca (grave) ; diagnósticos secundários : cirrose hepática ; sífilis.

Evolução : figura 131.

N.º 36 — C. M., de 40 anos, solteiro, operário, brasileiro. Sua doença iniciou-se há 2 meses, com uma dôr abdominal vaga, que lhe dificultava a marcha, sensação de pêsso no epigastro, após as refeições, e dispnéia de esforço. Pouco tempo depois começou a notar edema dos membros inferiores, que aumentava no decorrer do dia. Aos 22 anos contraiu maleita em Rio Preto e, desde então, tem sentido muitas vezes, dores articulares vagas. Aos 39 anos teve uma ulceração venérea suspeita. Fuma e bebe moderadamente. Sua mulher teve um aborto de poucos meses.

Trata-se de um indivíduo de côr branca, mesostênico, um tanto emagrecido, apresentando edema acentuado dos membros inferiores e partes em declive ; esternalgia moderada. Ortopnéia e polipnéia. Sinais de derrame pleural em ambas as bases pulmonares, mais à direita ; em ambas as bases ouvem-se alguns estertores crepitantes. O choque da ponta é visível e palpável, em decúbito semilateral esquerdo, no 5.º intercosto esquerdo, 1 cm. para fora da linha hemiclavicular, regularmente amplo, não impulsivo, localizado. Discreto abafamento generalizado das bulhas e desdobramento constante da segunda bulha nos focos pulmonar e tricuspide ; sôpro sistólico curto, doce, pouco intenso, sem propagação, no foco mitral. Pulsos radiais isócronos, arrítmicos, amplos e tensos. Artérias radiais duras, de paredes pouco depressíveis e de superfície irregular. Jugulares túrgidas e apresentando pulso venoso. Dentadura mal conservada, com falhas, cáries e raízes infeccionadas ; piorréia alveolar. Sinais de ascite moderada. Limite inferior do fígado palpável a 3 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular, doloroso.

O exame da urina revelou traços acentuados de albumina e raras hematias. Uréia no soro : 60 mgrs. ‰. R. W. no sangue negativa. Radiografia do coração (fig. 132) : grande aumento da área cardíaca principalmente à custa do ventrículo esquerdo ; imagem cardíaca de insuficiência aórtica ; espessamento vasobronquico (Dr. Rafael de Lima). O eletrocardiograma, que deixamos de reproduzir, por ter sido tirado depois de o doente ter sido medicado, revelava : desvio do eixo para a esquerda, bloqueio de ramo ; extrassístoles ventriculares.

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose ; anatômico : esclerose das artérias coronárias ; funcional : insuficiência cardíaca (gravíssima).

Evolução : figura 133.

N.º 37 — V. B., de 55 anos, italiano, casado, operário. Há 2 anos, pela primeira vez, sentiu dores articulares, que desapareceram, porém, ao cabo de alguns dias, sem tratamento algum. Há um ano começou novamente a sentir dores articulares errantes, desacompanhadas de outros fenômenos inflamatórios locais e febre, que cessaram, ao cabo de duas semanas, com o uso de salicilato. Pouco depois, contudo, apresentou dispnéia de esforço, sensação de peso no epigastro, após as refeições, e dores no hipocôndrio direito; notou também edema dos membros inferiores e, ao cabo de alguns tempo, foi obrigado a abandonar o trabalho.

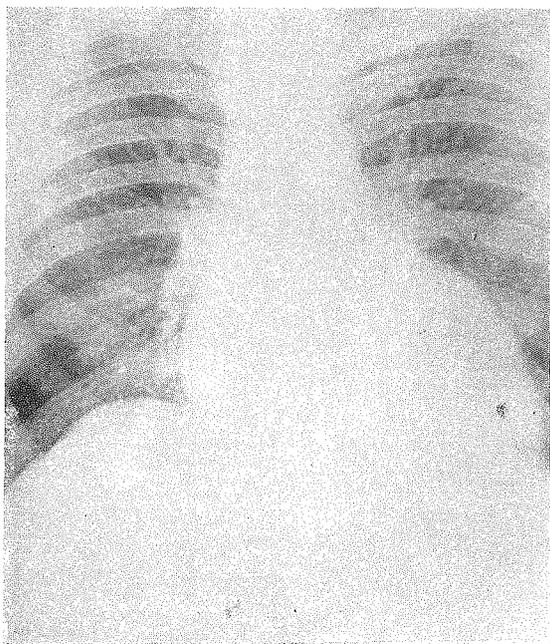


Fig. 132

Trata-se de um indivíduo de côr branca, hiperestênico, em estado de anasarca, com os lábios e extremidades cianosados. Ortopnéia e polipnéia; sinais de derrame pleural em ambas as bases, mais à direita; estertores subcrepitantes em ambas as bases e raros roncões disseminados. O choque da ponta é palpável no 5.º intercosto esquerdo, linha hemiclavicular, pouco amplo, não impulsivo. Bulhas muito abafadas em todos os focos e sôpro sistólico doce, de média intensidade e sem propagação, no foco mitral. Pulsos radiais isócronos, amplos, tensos, arrítmicos e artérias radiais de paredes depressíveis. Estase da jugular. Abdômen de batráquio, com grande derrame ascítico: consegue-se identificar o fígado,

pelo rechaço, a 5 cms., mais ou menos, da reborda costal, na linha hemiclavicular.

Urina com densidade 1,010 e apresentando traços evidentes de albumina. A R. W. no sangue é negativa. O teor de uréia no soro sanguíneo é de 30 mgrs. %. Radiografia (fig. 134) : aumento global da área cardíaca ; seios cárdio-frênicos velados, traduzindo hipotonia do miocárdio ; diminuição da luminosidade do parênquima pulmonar nas regiões para-hilares inferiores ; sombras hilares acentuadas, bem como a trama vaso-brônquica ; sinais radio-

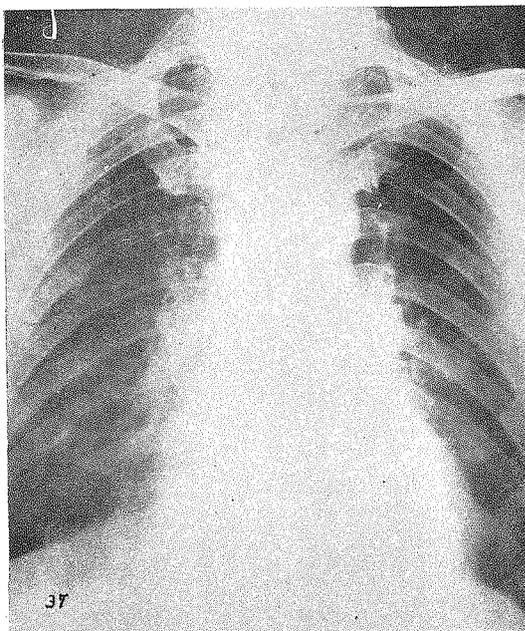


Fig. 134

lógicos de hipossistolia (Dr. Moretzsohn de Castro). O primeiro eletrocardiograma (fig. 135), registrado depois de ter o doente ingerido 8,6 mgrs. de Folinerina, revela : QRS pequena, entalhada e alargada ; fibrilação auricular ; extrassístoles ventriculares. O 2.º traçado (fig. 136), registrado 10 dias depois, tendo o doente ingerido um total de 14 mgrs. de glicósido, revela aumento da amplitude de QRS, bloqueio de ramo, persistindo a fibrilação auricular e extrassístoles ventriculares.

Diagnóstico etiológico : febre reumática ; anatômico : miocardite crônica ; funcional : insuficiência cardíaca (gravíssima) e fibrilação auricular.

Evolução : figura 137.

N.º 38 — F. B., de 35 anos, argentino, casado, motorista. Já há 4 meses vem apresentando tosse sêca, máxima à noite e, há pouco mais de um mês, vem apresentando dispnéia de esforço e palpitações precordiais, sob a forma de pancadas fortes, com ritmo acelerado e irregular ; há 12 dias, edema dos membros inferiores, máximo à tarde. A-pesar-de todos êsses sintomas continuou a trabalhar, tendo abandonado o serviço de motorista e carregador há 4 dias, devido ao edema, que atingia todo o corpo, e à dispnéia. Na madrugada do dia em que deu entrada na Enfermaria sentiu subitamente uma forte dôr em pontada, na base do hemitorax

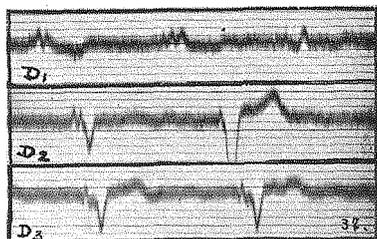


Fig. 135

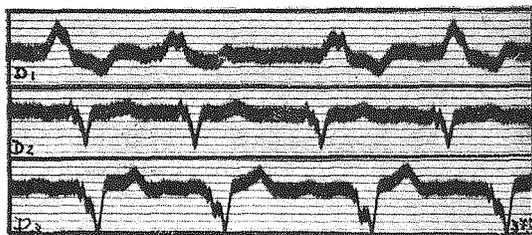


Fig. 136

esquerdo, sem propagação, que persistia ainda na hora do exame, se bem que menos intensa ; ao mesmo tempo que se manifestava essa dôr, o escarro apresentava-se acompanhado de sangue vermelho vivo. Desde a adolescência sente frequentemente dores de garganta. Tabagista e etilista moderado.

Indivíduo de côr branca, hiperestênico, de compleição atlética, apresentando ligeiro edema do rosto e edema acentuado dos membros inferiores, tronco e membros superiores ; cianose dos lábios e extremidades. Ortopnéia e polipnéia. Numerosos estertores subcrepitantes em ambas as bases pulmonares. Choque da ponta no 6.º intercosto esquerdo, localizado, pouco amplo e não impulsivo ; sôpro sistólico pouco intenso, doce e sem propagação, no foco mitral.

Pulsos radiais isócronos, rítmicos, pouco amplos e pouco tensos. Artérias radiais de paredes ligeiramente endurecidas. Estase das jugulares na região cervical. Cáries, falhas dentárias e algumas raízes infeccionadas; piorréia alveolar. Fígado com limite inferior a 8 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular, um tanto duro e bastante doloroso.

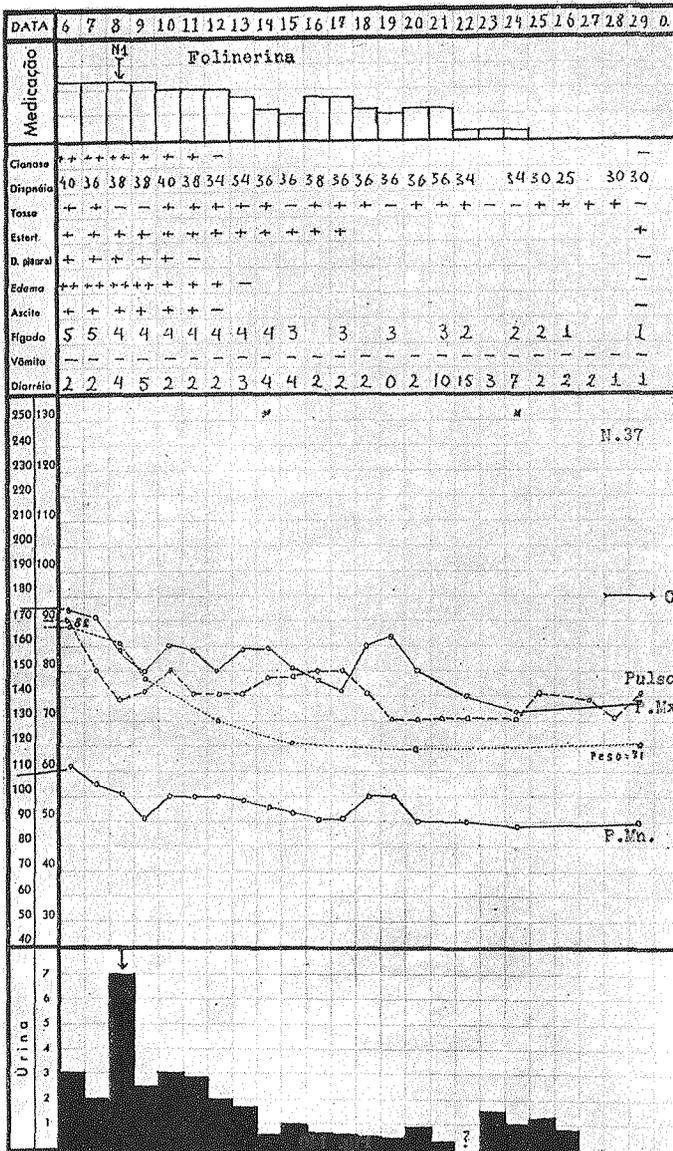


Fig. 137

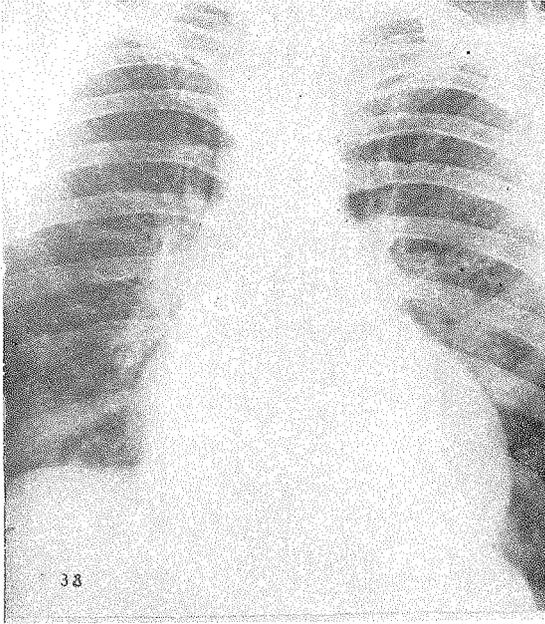


Fig. 138

R. W. no sangue positiva. Uréia no soro : 45 mgrs. %. Urina apresentando traços leves de albumina. Radiografia (fig. 138) : grande aumento da área cardíaca envolvendo todas as cavidades, principalmente o ventrículo esquerdo ; aspeto radiológico normal da crossa aórtica (Dr. Olavo Pazzanese). Eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 139) : bloqueio aurículo-ventricular parcial ;

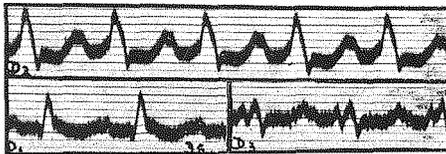


Fig. 139

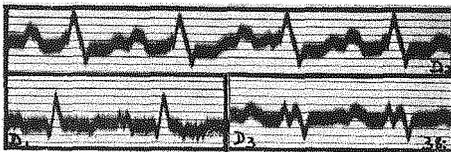


Fig. 140

bloqueio de arborização ; P ampla, entalhada e alargada ; T negativa em D₁ e D₂. Eletrocardiograma ulterior à medicação (fig. 140), registrado 6 dias depois, com um total de 7,4 mgrs. de Folinerina : pequena diminuição da amplitude de P e de QRS ; pequena diminuição da negatividade de T em D₁ e D₂.

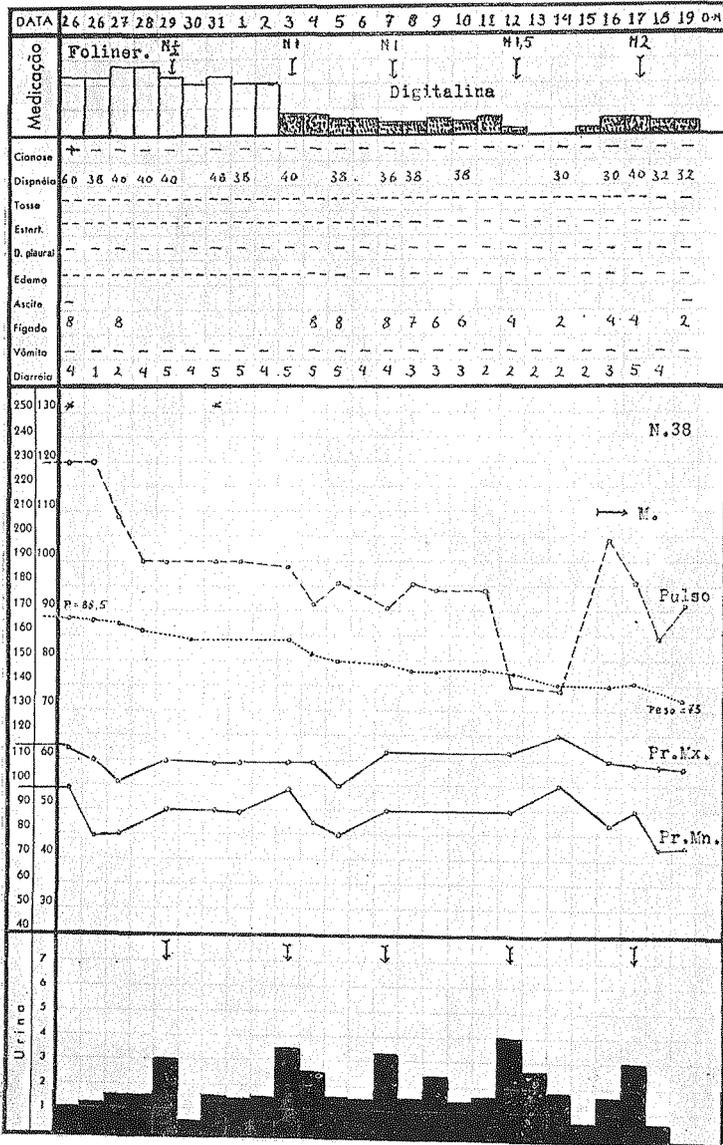


Fig. 141

Diagnóstico etiológico : febre reumática ; anatômico : miocardite crônica e moléstia mitral ; funcional : insuficiência cardíaca (gravíssima) ; diagnóstico secundário : sífilis.

Evolução : figura 141.

N.º 39 — J. B., de 30 anos, solteiro, brasileiro, carregador. Aos 13 anos teve uma artrite dos pés e joelhos, acompanhada de dôr e tumefação locais, mas não de febre, e que reteve o doente na cama durante 6 meses, tendo desaparecido independentemente de qualquer medicação. Aos 30 anos essa doença repetiu-se, apresentando então o doente dôr nas articulações dos membros superiores,

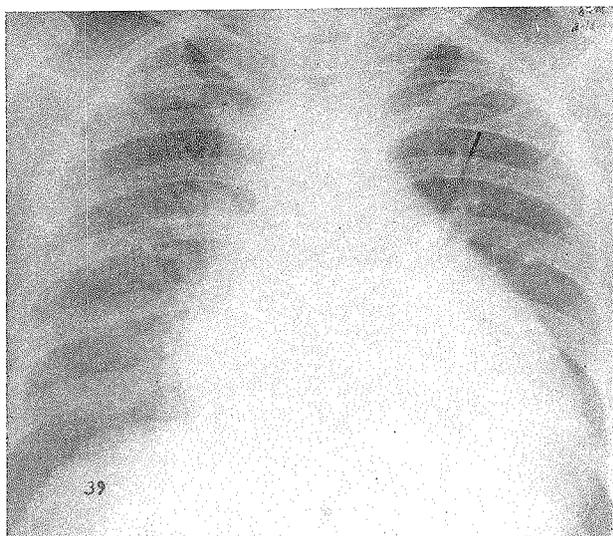


Fig. 142

pelo que esteve internado em uma das enfermarias desta Casa. Algum tempo após a alta, começou a apresentar dispnéia de esforço e, em seguida, noturna : o doente acorda subitamente com falta de ar, levanta-se e procura uma janela. Mais ou menos por essa ocasião começou a sentir palpitações precordiais, sob a forma de batimentos fortes, rítmicos e frequentes que se manifestam principalmente em repouso. Apresenta nictúria, sendo a urina vermelha e deixando depósito esbranquiçado ; sensação de pêsso no epigastro principalmente após as refeições e, ha poucos dias, edema dos membros inferiores. Trata-se de um indivíduo muito nervoso e que, de 3 anos para cá, perdeu mais ou menos 15 quilos de pêsso. Teve febre tifóide na infância. E' etilista moderado.

Indivíduo de côr branca, mesostênico, emagrecido, preferindo o decúbito lateral esquerdo com a cabeça erguida, apresentando

edema moderado dos membros inferiores e cianose dos lábios e extremidades. Facies basedowiana. Tireóide palpável, aumentada de volume, não dolorosa. Polipnéia; sinais de derrame pleural à direita; numerosos estertores subcrepitantes em ambas as bases pulmonares. Choque da ponta visível e palpável no 6.º intercosto esquerdo, 3 cms. para fora da linha hemiclavicular, com os caracteres do choque em cúpula; frêmito pressistólico na ponta. Duplo sôpro diástolo-sistólico de média intensidade e de maior audibilidade no foco mitral; hiperfonese da segunda bulha nos focos pulmonar e tricúspide. Dansa das artérias. Pulsos radiais isócronos,

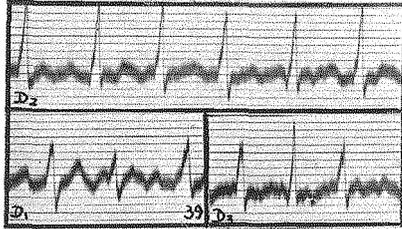


Fig. 143

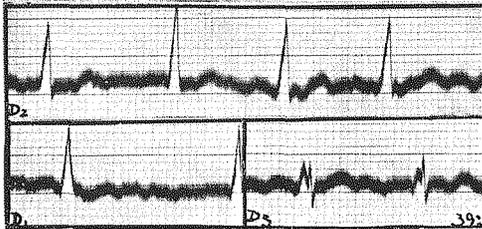


Fig. 144

tensos, irregulares em tempo e amplitude. Numerosas cáries dentárias. Fígado ultrapassando de 5 cms. a reborda costal, na linha hemiclavicular, um tanto duro e doloroso.

R. W. no sangue negativa. Uréia no soro, por ocasião da entrada: 150 mgrs. %; 8 dias depois: 55 mgrs. %. Urina com densidade igual a 1,016, apresentando traços acentuados de albumina e raríssimas hematias. Metabolismo basal aumentado de 19,1 % (Dr. Samuel L. Ribeiro). Radiografia (fig. 142): coração enormemente aumentado de volume, com um excesso de 150 % sobre o volume normal para o pêso; forma globosa, sugerindo a existência de dilatação global com provável coleção líquida no pericárdio; considerável aumento do pedículo da base (Dr. Paulo A. Toledo). O eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 143) revela fibrilação auricular. O eletrocardiograma seguinte, 16 dias depois (fig. 144), com um total de 20,2 mgrs. de Folinerina, além de diminuição da

frequência ventricular, apresenta diminuição da amplitude de T em D₁ e aumento em D₃; QRS mais espessada e entalhada do que no primeiro traçado.

Diagnóstico etiológico : febre reumática e tireotoxicose ; diagnóstico anatômico : insuficiência aórtica e estenose mitral ; diagnóstico funcional : insuficiência cardíaca (gravíssima) e fibrilação auricular.

Evolução : figura 145.

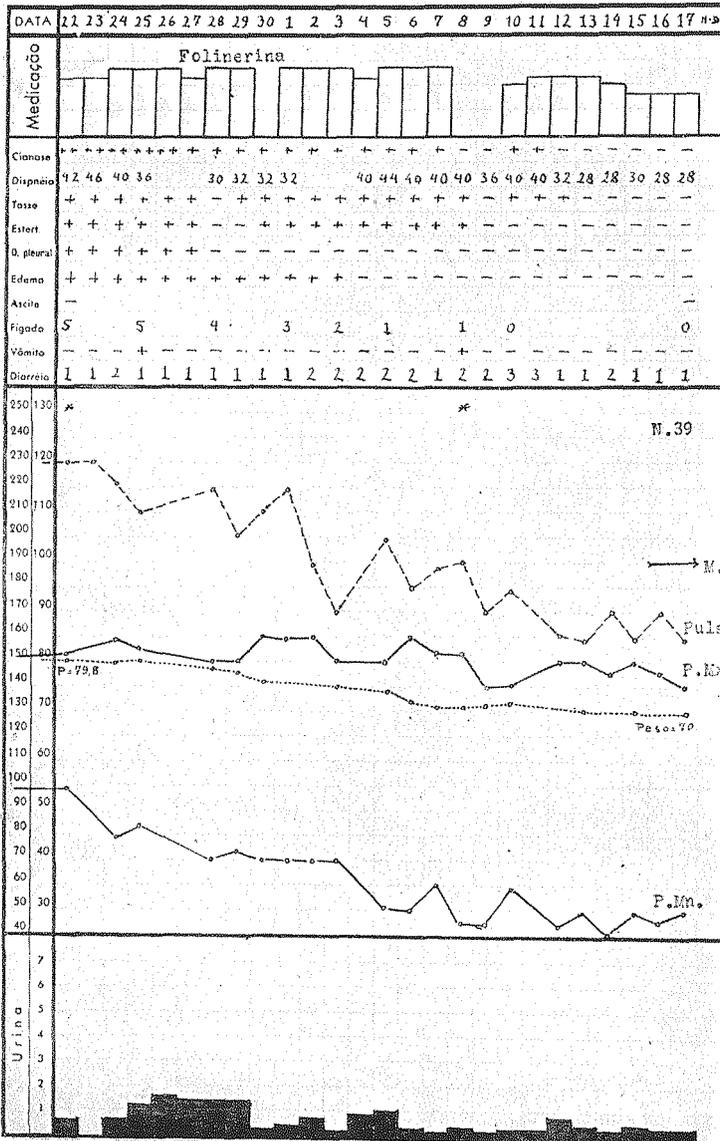


Fig. 145

N.º 40 — J. S., de 15 anos, solteiro, brasileiro. Há um mês começou a sentir palpitações precordiais, que não sabe bem descrever. É esta a sua única queixa, relatando ainda, no seu passado, repetidas crises de reumatismo poliarticular agudo, sendo que a última crise sobreveio pouco antes da doença atual.

Indivíduo de côr preta, mesostênico, emagrecido, com sistema piloso pouco desenvolvido para a idade e com órgãos sexuais infantís. Mucosas visíveis um tanto descoradas. Polipnéia. Região precordial levemente abaulada; choque da ponta, em cúpula, no 6.º intercosto esquerdo, 1 cm. para fora da linha hemiclavicular;

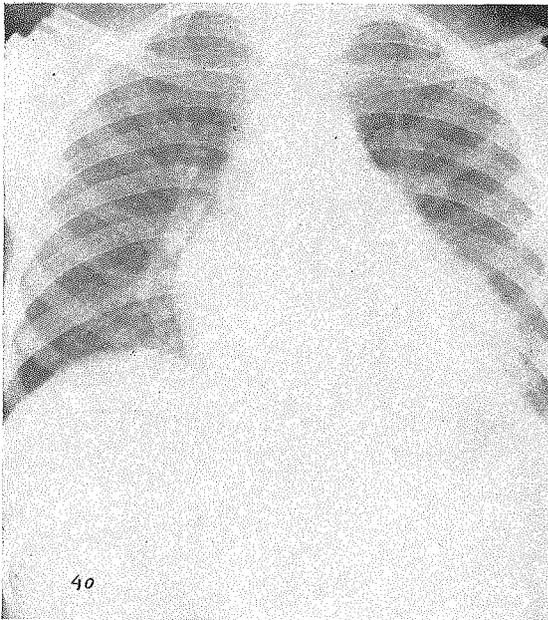


Fig. 146

duplo sôpro diástolo-sistólico no foco aórtico, bastante intenso e com propagação para todo o precórdio. Pulsos radiais isócronos, regularmente tensos, com os caracteres do pulso de Corrigan. Dansa das artérias. Duplo sôpro femoral. Fígado com limite inferior palpável a 1 cm. da reborda costal, na linha hemiclavicular, pouco duro e não doloroso.

R. W. no sangue negativa. Urina não apresentando caracteres patológicos. Uréia no soro : 30. mgrs. %. Radiografia (fig. 146) : aspeto retilíneo da silhueta cárdio-vascular esquerda, com desaparecimento da segmentação em arcos; aumento da área cardíaca, predominantemente à esquerda (Dr. Olavo Pazzanese). Eletrocar-

diograma anterior à medicação (fig. 147) : desvio do eixo para a esquerda ; QRS entalhada. Eletrocardiograma registrado após 10 dias de tratamento, com um total de 5,4 mgrs. de Folinerina (fig. 148) : QRS mais ampla ; diminuição da amplitude de T em D₂ e T em D₃ negativa.

Diagnóstico etiológico : febre reumática ; anatômico : insuficiência aórtica ; funcional : insuficiência cardíaca (leve).

Evolução : figura 149.

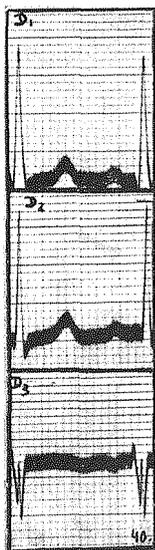


Fig. 147



Fig. 148

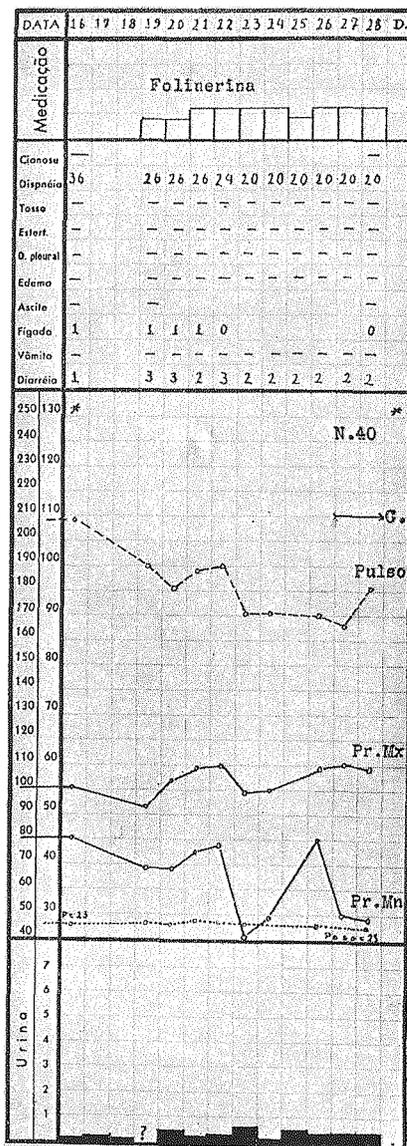


Fig. 149

N.º 41 — N. S., de 45 anos, casado, italiano. Há 9 meses, pela primeira vez, enquanto andava, sentiu subitamente falta de ar, fraqueza, ao mesmo tempo que deitava pela bôca um líquido espumoso e róseo; socorrido imediatamente por um médico, só sentiu alívio após uma sangria de quasi um litro de sangue. Ataques semelhantes a êsse repetiram-se mais 3 vezes e todas as vezes foi submetido a sangrias; além disso, desde então, frequentemente acorda à noite com falta de ar, sendo obrigado a levantar-se e ir à janela. Há dois meses os seus males se gravaram com o aparecimento de edema que, inicialmente limitado aos membros inferiores, breve

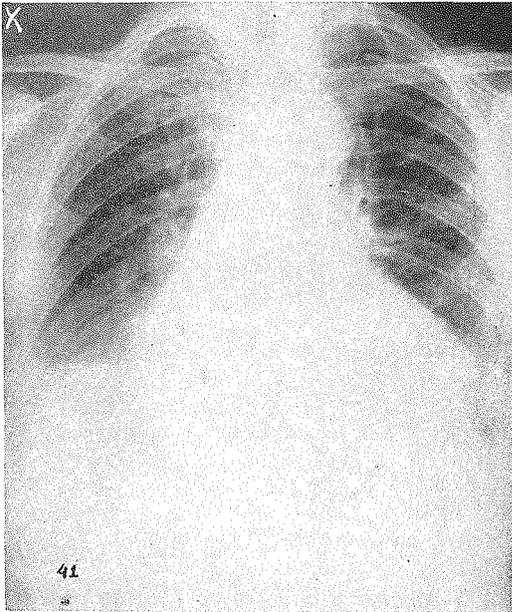


Fig. 150

se generalizou por todo o corpo, inclusive o rosto. Recolheu-se a um Hospital, de onde saiu aparentemente bom. Há dias, porém, o edema tornou, com a primitiva intensidade, e procurou então êste Serviço. Etilista moderado.

Indivíduo de côr branca, hiperestênico, emagrecido, apresentando edema acentuado, que atinge os membros inferiores, penis e escroto, assim como as partes em declive. Gânglios epitrocleanos palpáveis bilateralmente, duros, não dolorosos e não aderentes. Torax enfisematoso; ortopnéia e polipnéia; derrame pleural bilateral; estertores subcrepitantes em ambas as bases pulmonares, muito numerosos. Choque da ponta visível e palpável, em posição sentada, no 6.º intercosto esquerdo, na linha axilar anterior, um

tanto amplo e impulsivo. Abafamento da primeira bulha em todos os focos. Jugulares túrgidas. Pulsos radiais isócronos, regularmente amplos, pouco tensos, rítmicos. Artérias radiais de paredes endurecidas, pouco depressíveis, de superfície irregular; artérias temporais bem visíveis e sinuosas. Numerosas falhas e cáries dentárias. Sinais de ascite moderada, delimitando-se inferiormente o fígado a 5 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue negativa. Uréia no soro : 80 mgrs. $\%$. Urina com densidade 1,008, contendo traços leves de albumina e pequeno número de hemátias. Radiografia (fig. 150) : aumento global da área cardíaca; refôrço das sombras hilares e da trama vaso-brôn-

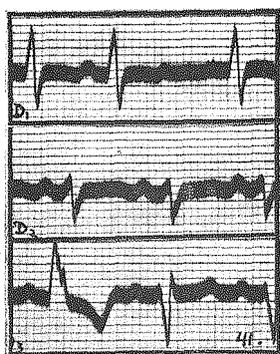


Fig. 151

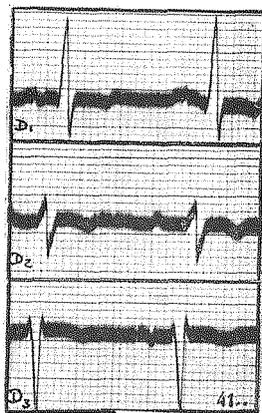


Fig. 152

quica a partir dos hilos para as bases; opacidade difusa da base esquerda e homogênea da base direita, notando-se nível líquido (Dr. Moretzsohn de Castro). Eletrocardiograma anterior à medição (fig. 151) : desvio do eixo para a esquerda; T_1 negativo; QRS espessada; extrassístoles ventriculares e auricular. Eletrocardiograma registrado após 9 dias de tratamento, com um total de 9,2 mgrs. de Folinerina (fig. 152) : aumento da amplitude de QRS; acentuação da negatividade de T_1 ; T_2 e T_3 negativas; aumento de P-R; desaparecimento das extrassístoles.

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose; anatômico : esclerose das artérias coronárias; funcional : insuficiência cardíaca (grave); diagnóstico secundário : enfisema pulmonar.

Evolução à figura 153.

N.º 42 — J. M., de 49 anos, viuvo, brasileiro, operário. Sua doença iniciou-se há 5 anos, com aumento de volume do abdômen, seguido, dois meses após, de edema das coxas e pernas, dispnéia

de esforço e grande fraqueza generalizada, pelo que se internou no Hospital, de onde saiu completamente bom (sic). Voltou ao trabalho e sentiu-se bem até há 5 meses, quando os sintomas já relatados tornaram com a primitiva intensidade, recolhendo-se por fim a esta Enfermaria. Desde o início da doença apresenta nictúria e a urina é avermelhada. Tabagista moderado. Nega antecedentes reumáticos ou sífilíticos.

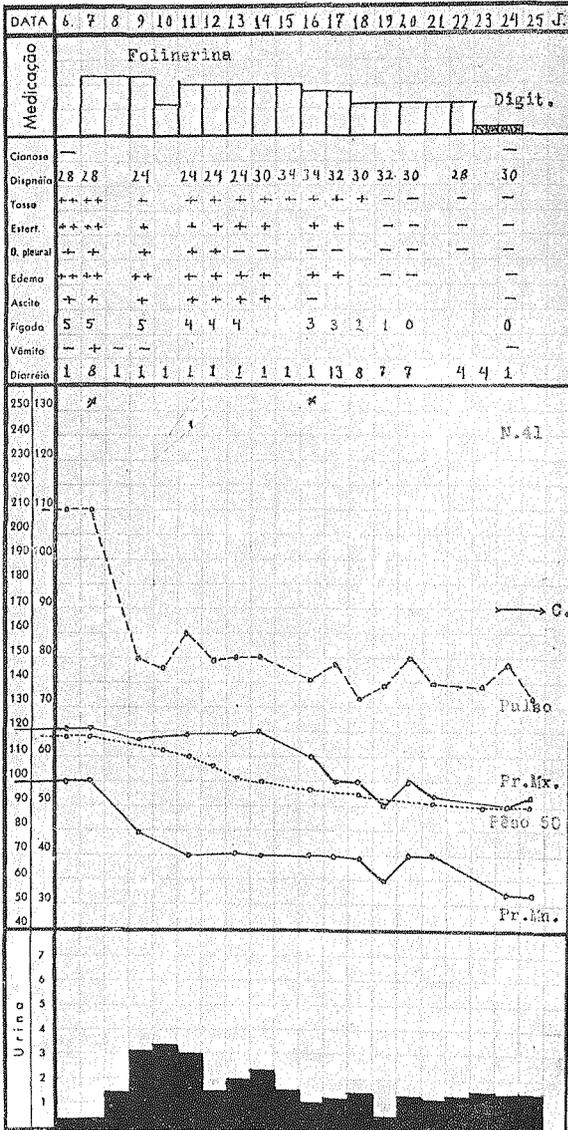


Fig. 153

Indivíduo de cr preta, hiperestênico, preferindo o decúbito lateral direito; edema acentuado dos membros inferiores; mucosas visíveis um tanto descoradas. Polipnéia; numerosos estertores subcrepitantes em ambas as bases pulmonares; sinais de derrame pleural em ambas as bases, mais acentuados à esquerda. Choque da ponta visível e palpável no 5.º intercosto esquerdo, 1 cm. para dentro da linha hemiclavicular, estendendo-se, para fora, até quase a linha axilar anterior, em cúpula. Sôpro sistólico no foco mitral,

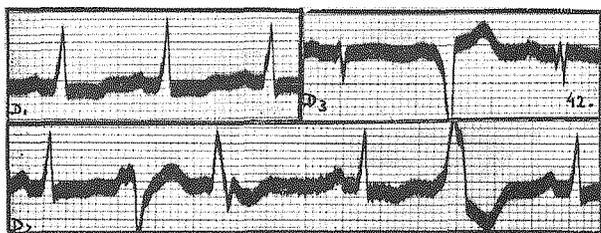


Fig. 154

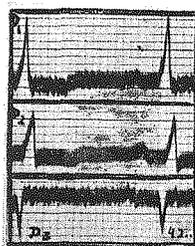


Fig. 155

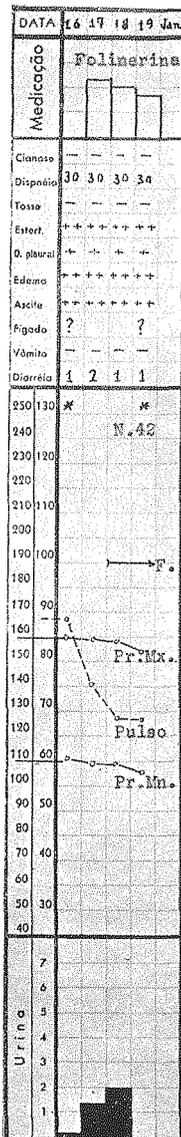


Fig. 156

pouco intenso, doce, sem propagação; abafamento generalizado das bulhas em todos os focos. Ascite considerável, impedindo a palpação do fígado.

R. W. no sangue negativa. Uréia no soro sanguíneo: 45 mgrs. %. Urina não revelando alterações dignas de registro. Eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 154): desvio do eixo para a esquerda; QRS espessada; T negativa em D₁ e D₂; extrassístoles ventriculares polimorfias. Eletrocardiograma registrado 3 dias depois, com 2,2 mgrs. de Folinerina (fig. 155): diminuição da amplitude de QRS em D₂; desaparecimento das extrassístoles; aumento do espaço P-R.

Este doente, cuja evolução clínica se encontra à fig. 156, faleceu subitamente, quando tudo indicava uma evolução favorável da insuficiência. A necrópsia (SS-11.667/39), realizada no Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina, deu como causa de morte a insuficiência cardíaca e como doença "miocardiopatia", apresentando mais os seguintes diagnósticos: amigdalite purulenta; hidrotorax bilateral; hidropericárdio; hidroperitônio; hidrocele; congestão ligeira dos pulmões; hipertrofia e dilatação do coração; perihepatite; periesplenite; fibrose da leptomeninge próximo à foíce.

N.º 43 — J. F. N., de 49 anos, viuvo, operário, brasileiro. Há 1 ano começou a sentir dispnéia de esforço e palpitações precordiais sob a forma de pancadas fortes e isoladas. Apresentava também dispnéia noturna, que lhe dificultava ou impossibilitava, mesmo, o sono e, alguns dias depois, começou a notar edema dos membros inferiores e do rosto. Por duas vezes esteve internado neste mesmo Hospital, sendo esta a terceira vez que o procura, em virtude do reaparecimento dos mesmos sintomas, após um certo período de cura aparente. Entre os antecedentes mórbidos, só relata, de importante, maleita e uma artrite vaga dos membros superiores na mocidade. E' tabagista habitual.

Indivíduo de côr branca, mesostênico, emagrecido, apresentando edema mole e depressível dos membros inferiores e partes em declive. Dedos em baqueta de tambor. Torax enfisematoso; polipnéia. Hipersonoridade generalizada e respiração brônquica mixta em ambos os hemitorax. Choque da ponta visível e palpável no 6.º intercosto esquerdo, linha hemiclavicular, pouco amplo, não impulsivo, circunscrito e rítmico. Bulhas abafadas em todos os focos, ouvindo-se, no foco mitral, um sôpro sistólico curto, doce, pouco intenso, sem propagação, e ruído de galope. Pulsos radiais isócronos, pouco tensos e pouco amplos, rítmicos. Artérias radiais pouco depressíveis e de paredes endurecidas. Sinais de ascite moderada. Fígado com limite inferior ultrapassando de 5 cms. a reborda costal, na linha hemiclavicular.

R. W. no sangue positiva. Uréia no soro : 45 mgrs. %. Urina contendo traços leves de albumina e raras hematias. Radiografia (fig. 157) : aumento considerável da área cardíaca à custa de todas as cavidades ; estase da pequena circulação, determinando o espessamento da trama vaso-brônquica da metade inferior de ambos os pulmões e da pleura lateral das bases (Dr. Rafael de Lima). O primeiro traçado elétrico, anterior à medicação (fig. 158), revela : desvio para a esquerda ; T_1 negativa e T_3 positiva. O segundo traçado, 9 dias depois, com um total de 9,0 mgrs. de Folinerina,

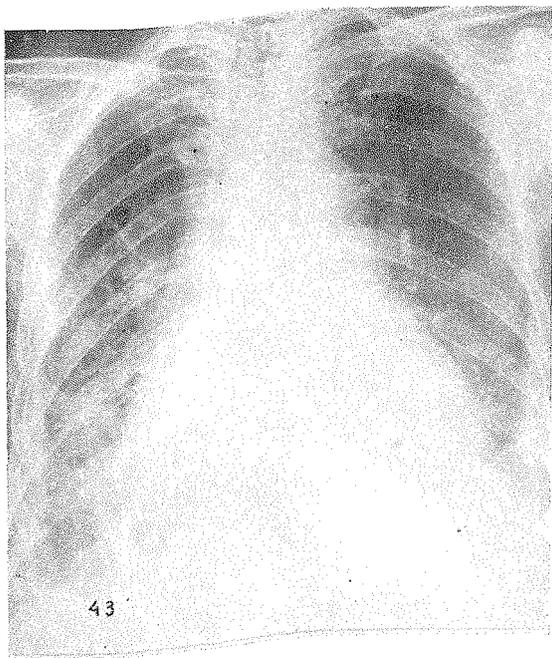


Fig. 157

revela diminuição da negatividade de T_1 e da positividade de T_3 ; pequeno aumento de P-R.

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose ; anatômico : esclerose das artérias coronárias ; funcional : insuficiência cardíaca (grave) ; diagnósticos secundários : sífilis ; enfisema pulmonar.

Evolução : figura 160.

N.º 44 — J. M. dos S., de 58 anos, brasileiro, operário, viuvo. E' a segunda vez que recorre ao Hospital em virtude dos mesmos sintomas, primeiramente aparecidos há 4 meses : edema dos membros inferiores e aumento de volume do abdômen ; dispnéia de

R. W. no sangue positiva. Uréia no soro : 45 mgrs. %. Urina contendo traços leves de albumina e raras hemátias. Radiografia (fig. 157) : aumento considerável da área cardíaca à custa de todas as cavidades ; estase da pequena circulação, determinando o espessamento da trama vaso-brônquica da metade inferior de ambos os pulmões e da pleura lateral das bases (Dr. Rafael de Lima). O primeiro traçado elétrico, anterior à medicação (fig. 158), revela : desvio para a esquerda ; T₁ negativa e T₃ positiva. O segundo traçado, 9 dias depois, com um total de 9,0 mgrs. de Folinerina,

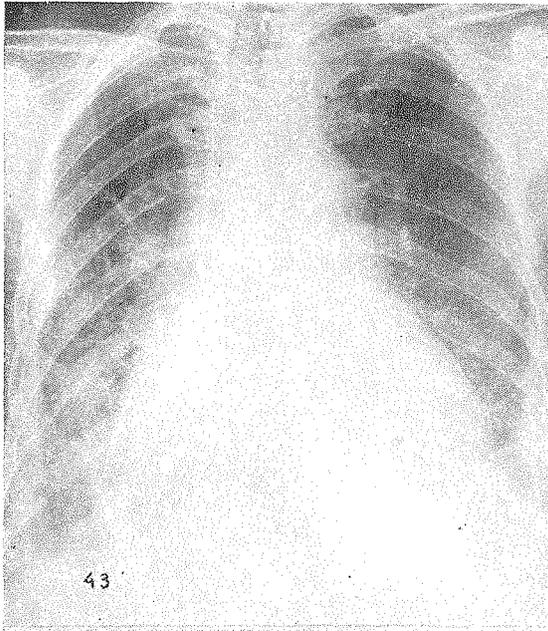


Fig. 157

revela diminuição da negatividade de T₁ e da positividade de T₃ ; pequeno aumento de P-R.

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose ; anatômico : esclerose das artérias coronárias ; funcional : insuficiência cardíaca (grave) ; diagnósticos secundários : sífilis ; enfisema pulmonar.

Evolução : figura 160.

N.º 44 — J. M. dos S., de 58 anos, brasileiro, operário, viuvo. E' a segunda vez que recorre ao Hospital em virtude dos mesmos sintomas, primeiramente aparecidos há 4 meses : edema dos membros inferiores e aumento de volume do abdômen ; dispnéia de

esfôrço e noturna ; palpitações precordiais, sob a forma de pancadas fortes e isoladas, seguidas de pausa ; pêsso epigástrico após as refeições ; por vezes edema matutino do rosto. Antecedentes mórbidos sem importância ; é tabagista habitual.

Indivíduo de côr preta, hiperestênico, um tanto emagrecido, apresentando edema acentuado dos membros inferiores e partes em declive. Torax enfimatoso, hipersonoro, apresentando sinais de derrame pleural na base esquerda ; ortopnéia e respiração de

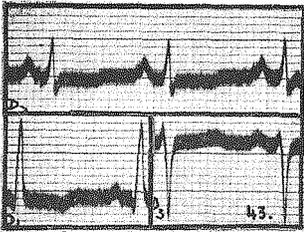


Fig. 158

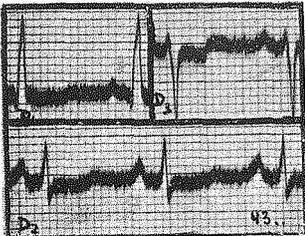


Fig. 159

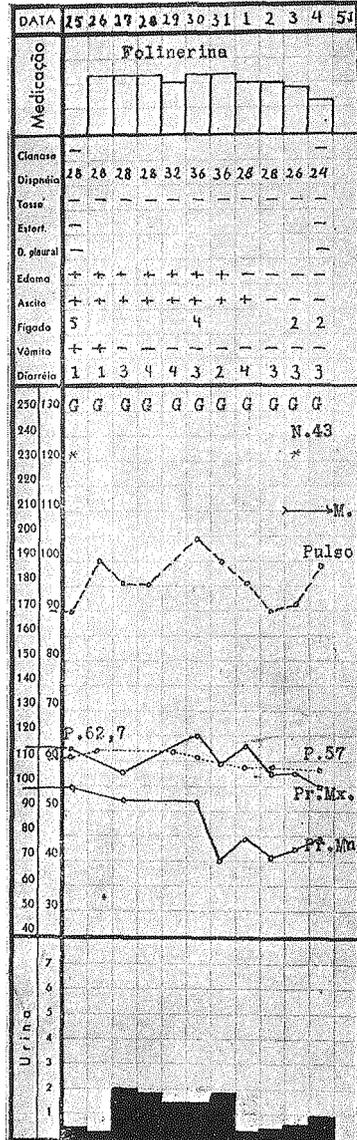


Fig. 160

Cheyne Stokes ; roncos e sibilos disseminados e numerosos estertores subepitantes mais audíveis na base direita. 'Choque da ponta palpável no 6.º intercosto esquerdo, 1 cm. para dentro da linha hemiclavicular, amplo e impulsivo. Abafamento generalizado das bulhas, com exceção da segunda aórtica, que é hipersonora ; sôpro sistólico doce, curto, sem propagação, no foco mitral. Jugulares túrgidas. Aorta palpável da fúrcula esternal. Ligeira dança das artérias. Pulsos radiais isócronos, tensos e amplos. Artérias radiais de paredes endurecidas e pouco depressíveis. Sinais de

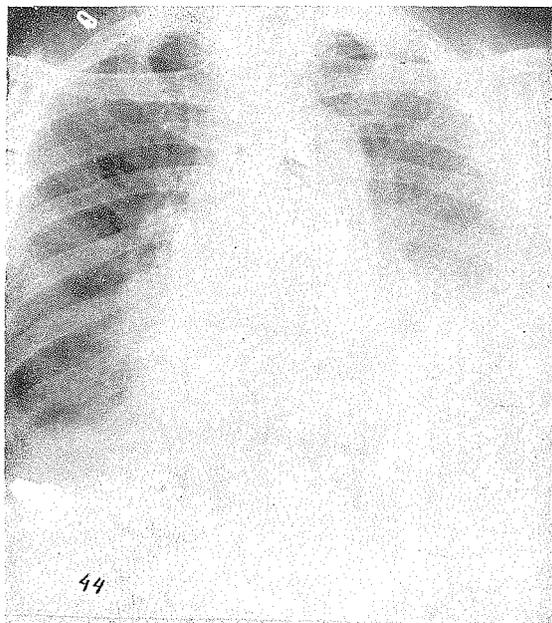


Fig. 161

ascite moderada, conseguindo-se palpar o limite inferior do fígado na linha hemiclavicular, a 2 cms. da reborda costal.

R. W. no sangue negativa. Uréia no soro : 10 mgrs. %. Urina com traços leves de albumina. Radiografia (fig. 161) : aumento de volume da área cardíaca ; aorta medindo à altura da crossa 41 mms., bastante aumentada em relação à idade ; espessamento pleural nos 2/3 inferiores do hemitorax esquerdo e da cissura horizontal direita (Dr. Marcelo Soares). O eletrocardiograma revela : desvio do eixo para a esquerda ; T negativo em D₁ e D₂ ; QRS espessada ; extrassístoles auriculares e ventriculares.

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose e hipertensão arterial ;
 anatômico : aumento do coração e provável esclerose das artérias
 coronárias ; funcional : insuficiência cardíaca (grave) ; secundário :
 enfisema pulmonar.

Evolução : figura 162.

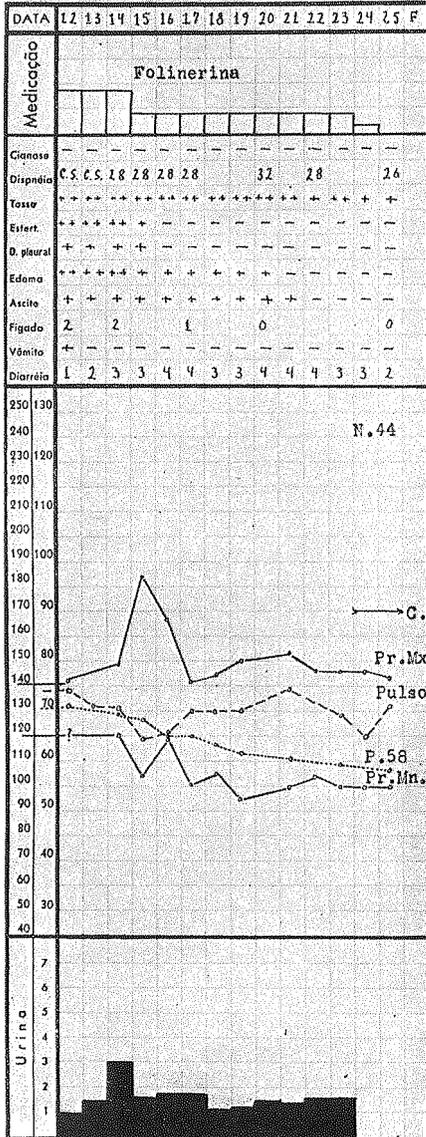


Fig. 162

N.º 45 — G. M., de 36 anos, solteiro, brasileiro, sapateiro. Já há 10 meses vem apresentando tosse, com alguma expectoração branco-amarelada, e, há 6 meses, dispnéia de esforço. Há 4 dias, subitamente, pela manhã, sentiu forte cólica no epigastro, acompanhada de náuseas e dispnéia intensa; socorrido pela Assistência, foi-lhe feita uma sangria (meio litro de sangue mais ou menos), com a qual melhorou rapidamente. No dia seguinte procurou este Serviço. Em 1926 contraiu um cancro venéreo suspeito; em 1938 teve febre tifóide; três meses depois teve uma artrite (?) do cotovelo esquerdo, com tumor, rubor, dor e calor locais, não acompanhada,

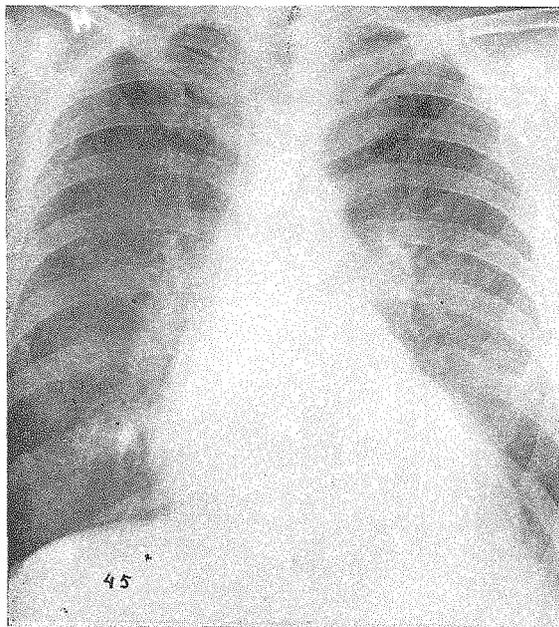


Fig. 163

contudo de febre: curou-a, decorridos 15 dias, com o uso tópico de uma pomada. É tabagista habitual.

Indivíduo de cor branca, mesostênico, emagrecido, com edema discreto dos membros inferiores. Ortopnéia e polipnéia. Sinais de derrame pleural direito. Estertores subcrepitantes muito numerosos em ambas as bases pulmonares. Choque da ponta palpável apenas em decúbito lateral esquerdo, no 6.º intercosto esquerdo, 1 cm. para dentro da linha axilar anterior, impulsivo e amplo. Duplo sopro diástolo-sistólico, mais audível na região mesosternal, com propagação para o foco mitral. Jugulares túrgidas, apresentando pulso venoso, em posição sentada. Aorta palpável na fúrcula es-

ternal. Discreta dansa das artérias. Duplo sôpro de Alvarenga-Duroziez. Pulsos radiais isócronos, regularmente amplos e tensos, com os caracteres atenuados do pulso de Corrigan. Falhas dentárias. Fígado ultrapassando a reborda costal, na linha hemiclavicular, de 3 cms., um tanto duro e bastante doloroso.

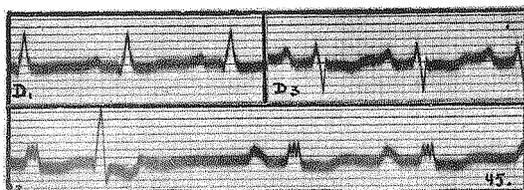


Fig. 164

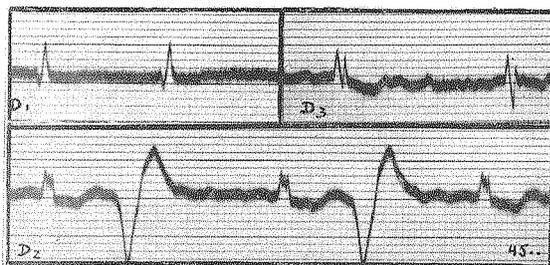


Fig. 165

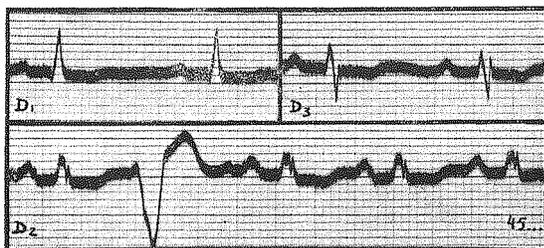


Fig. 166

R. W. no sangue fortemente positiva. Uréia no soro : 40 mgrs. %. Urina não apresentando alterações patológicas dignas de nota. Radiografia (fig. 163) : aumento global da área cardíaca ; espessamento acentuado da trama vaso-brônquica das bases e dos hilos ; aorta normal (Dr. Rafael de Lima). Eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 164) : desvio do eixo para a esquerda ; bloqueio de arborização impuro ; T₂ e T₃ negativos ; extrassís-

toles ventriculares. Segundo eletrocardiograma, 8 dias depois, tendo o doente tomado 6,4 mgrs. de Folinerina (fig. 165) : bloqueio de arborização ; acentuação da negatividade de T₂ e T₃ ; extrassístoles ventriculares ; fibrilação auricular. Terceiro eletrocardiograma, 10 dias depois, sem novas doses de medicamento (fig. 166) : volta ao ritmo sinusal, porém com bloqueio aurículo-ventricular parcial ; permanecem o bloqueio de arborização e as extrassístoles ventriculares.

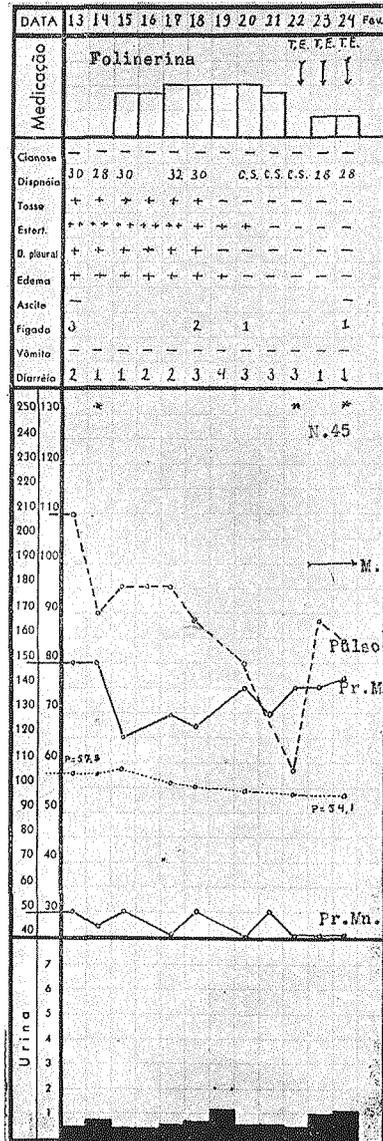


Fig. 167

Diagnóstico etiológico : sífilis ; anatômico : insuficiência aórtica ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

Evolução à figura 167.

N.º 46 — R. J. D., de 50 anos, casado, brasileiro, lavrador. Há 8 meses vem apresentando dispnéia noturna, que o obriga a dormir semi-sentado ; apresentava também tosse sêca, com escassa expectoração branca, por vezes contendo estrias de sangue vermelho vivo, nictúria e palpitações precordiais, sob a forma de pancadas fortes e isoladas, seguidas de pausa ; decorridos 15 dias, apareceu edema dos membros inferiores e foi então obrigado a abandonar

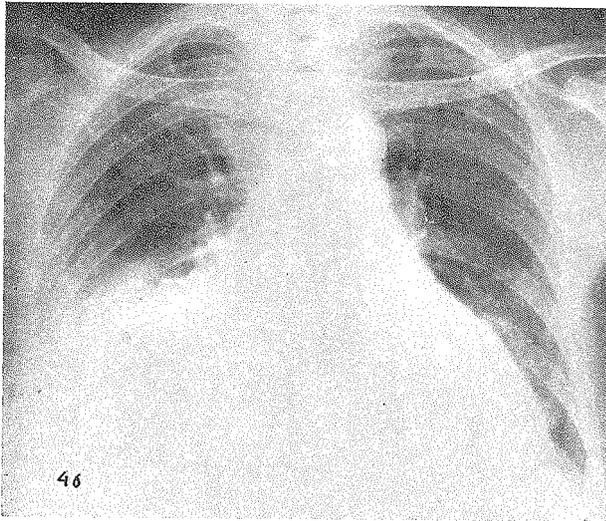


Fig. 168

o trabalho, internando-se, pela primeira vez, em um Serviço hospitalar, de onde saiu aparentemente curado, decorridos alguns dias de tratamento. Em virtude, porém, do reaparecimento dos mesmos sintomas, por mais duas vezes, foi obrigado a internar-se e esta é a quarta vez que adoece com o mesmo mal. Interrogado, nega, durante o decurso da sua doença, qualquer dôr precordial. Teve maleita há 8 anos ; nega antecedentes sífilíticos ou reumáticos. E' etilista e tabagista moderado.

Indivíduo de côr branca, mesostênico, emagrecido, apresentando forte edema dos membros inferiores e partes em declive. Torax enfimatoso ; ortopnéia e polipnéia ; hipersonoridade generalizada e sinais de derrame pleural na base direita ; alguns estertores crepitantes mais bem audíveis na base esquerda. Choque da

ponta visível e palpável no 6.º intercosto esquerdo, 2 cms. para fora da linha hemiclavicular, impulsivo e amplo. Abafamento das bulhas nos focos da base; arritmia completa. Jugulares engorgitadas. Artérias radiais e temporais duras e pouco depressíveis. Pulsos radiais isócronos, irregulares em tempo e amplitude, tensos, apresentando um deficit, em relação ao coração, de 20 batimentos por minuto. Dentadura mal conservada. Delimita-se o fígado na linha hemiclavicular, a 4 cms. da reborda costal, duro e doloroso.

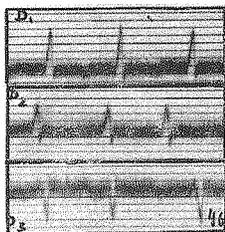


Fig. 169

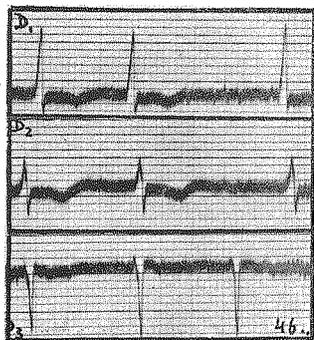


Fig. 170

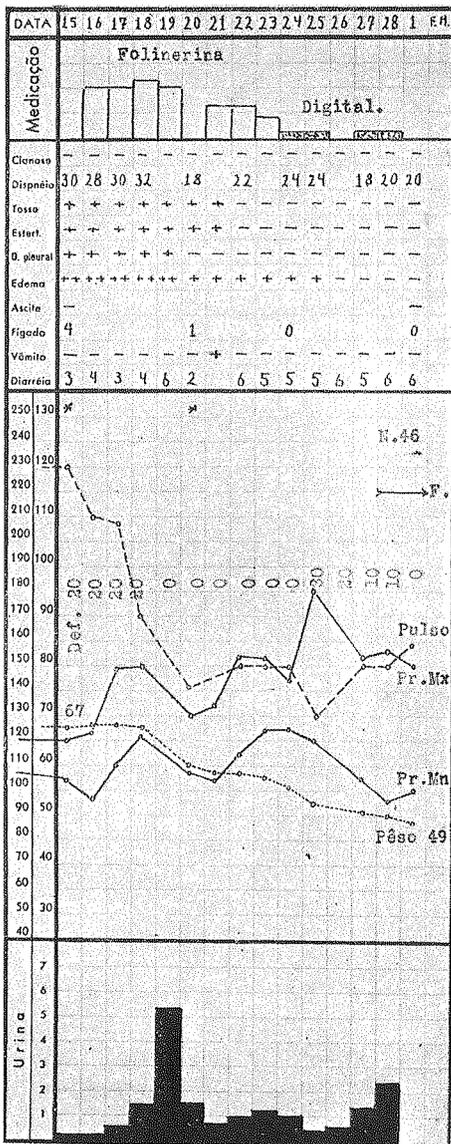


Fig. 171

R. W. no sangue negativa. Urina apresentando traços evidentes de albumina e raríssimas hematias. Uréia no soro : 40 mgrs. %. Radiografia (fig. 168) : grande aumento global da área cardíaca ; derrame da grande cavidade à direita. Eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 169) : desvio do eixo para a esquerda ; T ligeiramente negativa em D_1 e D_2 ; QRS pequena ; fibrilação auricular. Eletrocardiograma ulterior à medicação, 5 dias depois, com um total de 4,2 mgrs. de Folinerina (fig. 170) : aumento da negatividade de T em D_1 e D_2 .

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose e hipertensão ; anatômico (confirmado pela necropsia SS-11.852/39) : esclerose das artérias coronárias ; funcional : insuficiência cardíaca (grave) e fibrilação auricular ; diagnóstico secundário e provável "causa mortis" : colite ulcerativa.

Evolução : figura 171.

N.º 47 — V. C., de 48 anos, solteiro, operário, brasileiro. Há 3 meses sente falta de ar, à noite, que o obriga a dormir sentado, e dispnéia de esforço, pelo que foi, desde logo, obrigado a abandonar o trabalho. Há dois meses notou aumento de volume do abdômen e edema dos membros inferiores, acompanhado de oligúria e nictúria. Sofre de bronquite há muitos anos. Nega antecedentes sífilíticos ou reumáticos. E' tabagista moderado.

Indivíduo de côr branca, hiperestênico, ligeiramente emagrecido, apresentando edema acentuado dos membros inferiores e partes em declive. Torax enfisematoso, generalizadamente hipersonoro, mais nas partes médias e bases ; ortopnéia. Alguns roncos disseminados e numerosos estertores suberepitantes em ambas as bases pulmonares. Choque da ponta visível e palpável, em posição de pé, no 5.º intercosto esquerdo, 2 cms. para fora da linha hemiclavicular, pouco amplo, não impulsivo. Abafamento das bulhas da base, com hiperfonese relativa do segundo tom aórtico ; galope na ponta. Jugulares túrgidas, mesmo em posição sentada, apresentando pulso venoso. Pulsos radiais isócronos, tensos, amplos. Artérias radiais de paredes moles e depressíveis. Sinais de ascite moderada, palpando-se o limite inferior do fígado a 5 cms. da reborda costal, na linha hemiclavicular, um tanto duro e doloroso.

R. W. no sangue negativa. Uréia no soro sanguíneo: 90 mgrs. %. Urina contendo traços leves de albumina e raríssimas hematias ; densidade 1,012. Radiografia do coração e vasos da base (fig. 172) : grande aumento global da área cardíaca ; condensação dos hilos ; líquido de estase ; aorta medindo na altura da crossa 30 mms., aumentada em relação à idade (Dr. Marcelo Soares).

Diagnóstico etiológico : hipertensão arterial (por provável glomérulo-nefrite crônica) e hipertensão pulmonar (bronquite crônica e enfisema pulmonar) ; diagnóstico anatômico : aumento do coração ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

Evolução : figura 173.

N.º 48 — B. D. de M., de 49 anos, solteiro, brasileiro, pedreiro. Há 5 anos, acordou subitamente, uma noite com intensa falta de ar que só melhorou após uma sangria; nos dias que se seguiram, porém, apresentou edema dos membros inferiores e oligúria, tendo ficado sob tratamento médico durante 3 meses. Restabelecido, passou relativamente bem, trabalhando normalmente, até o início dêste ano, quando tornou a adoecer, com edema dos membros inferiores, dispnéia de esforço, oligúria e nictúria, tosse, com alguma expectoração branca. Aos 20 anos contraiu um cancro venéreo suspeito; nega antecedentes reumáticos. É etilista (até meio litro de aguardente por dia) e tabagista habitual.

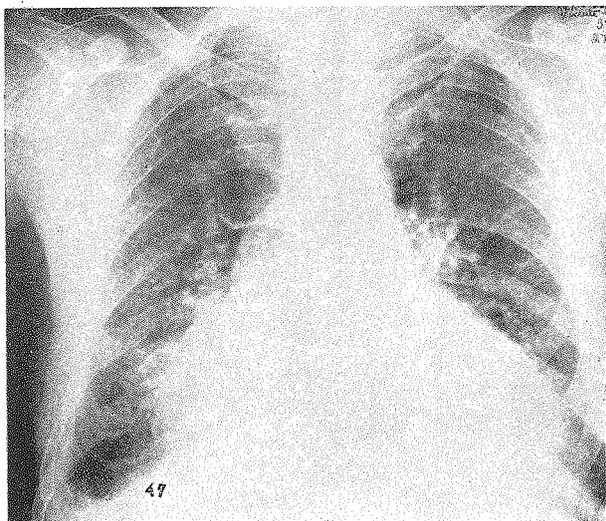


Fig. 172

Indivíduo de côr preta, hiperestênico, um tanto emagrecido, com edema acentuado, mole, depressível, dos membros inferiores e partes em declive. Ortopnéia e polipnéia. Sinais de derrame pleural direito. Numerosos estertores subcrepitantes mais bem audíveis na base esquerda. Ictus cordis palpável no 6.º intercosto esquerdo, meio cm. para fora da linha hemiclavicular, circunscrito, ligeiramente impulsivo, pouco amplo. Hiperfonese do segundo tom tricúspide e pulmonar; abafamento das bulhas nos outros focos. Sôpro sistólico de média intensidade, doce, com pequena propagação para fora, no foco mitral. Pulsos radiais isócronos, amplos, tensos, rítmicos. Artérias radiais de paredes um tanto endurecidas. Sinais de ascite moderada; fígado ultrapassando a reborda costal, na linha hemiclavicular, de 5 cms.

R. W. no sangue negativa. Dosagem de uréia no soro sanguíneo : 20 mgrs. %. Urina com densidade 1,010. Radiografia (fig. 174) : coração enormemente dilatado, medindo 2.400 cms. cúbicos, o que representa um excesso de 200 % sôbre o volume normal para o pêso ; aspeto radiológico de aumento global, principalmente do ventrículo esquerdo e da aurícula direita. Alongamento e dilatação da aorta torácica que mede 32 mms. de diâmetro na crossa ; ligeiro espessamento difuso do desenho vaso-brônquico (Dr. Paulo de Al-

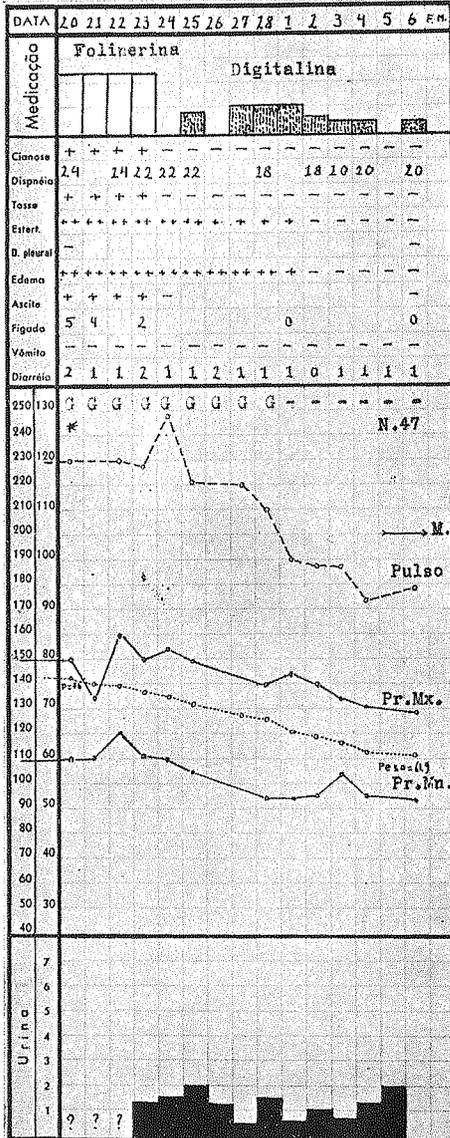


Fig. 173

meida Toledo). Eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 175) : desvio do eixo para a esquerda ; QRS espessada ; P alargada e entalhada ; T negativo nas três derivações. Eletrocardiograma ulterior à medicação (fig. 176), 5 dias depois, tendo o doente ingerido 3,6 mgrs. de Folinerina : acentuação da negatividade de T₂ e T₃.

Diagnóstico etiológico : arteriosclerose ; febre reumática (?) ; anatômico : esclerose das artérias coronárias ; moléstia mitral (?) ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

Evolução : figura 177.

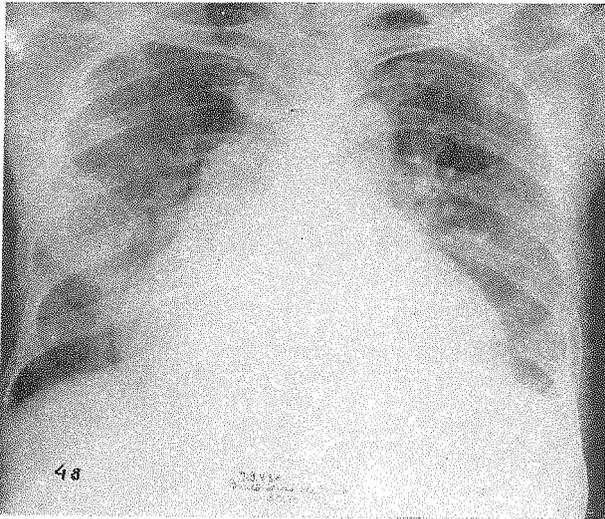


Fig. 174

N.º 49 — A. C. de J., de 70 anos, brasileiro, viúvo, pedreiro. Já há 20 anos sofre de tosse e há 5 anos vem apresentando dispnéia de esforço. Só há 4 meses, porém, é que a sua doença se agravou, com o aparecimento de edema dos membros inferiores que, breve, se estendeu pelas coxas, atingindo o abdômen. Sentia também dor no hipocôndrio direito, quando caminhava, e levantava-se várias vezes à noite para urinar. Antecedentes mórbidos sem importância para o caso. Não é etilista nem tabagista.

Indivíduo de côr branca, mesostênico, muito emagrecido, apresentando edema acentuado dos membros inferiores e ligeira cianose dos lábios e extremidades. Gânglios epitrocleanos bilateralmente palpáveis, duros, não dolorosos. Torax enfisematoso, ligeiramente hipersonoro, sobretudo nas bases. Numerosos sibilos prolongados e roncos disseminados por ambos os campos pulmonares ; respiração um tanto rude nas bases, onde se ouvem numerosos ester-

tores subcrepitanes. O ictus cordis não é visível nem palpável, nem mesmo em posição de Pachon. A ausculta é muito dificultada pelos ruídos respiratórios: abafamento generalizado das bulhas, com exceção da segunda nos focos da base, que apresenta hiperfonese relativa. Jugulares túrgidas, apresentando pulso venoso. Pulsos radiais isócronos, regularmente tensos e amplos, rítmicos. Artérias radiais fortemente endurecidas, sendo palpáveis em grande extensão. Fígado com limite inferior palpável a 2 cms. da reborda costal, um tanto doloroso.

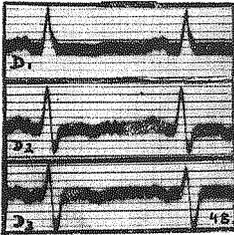


Fig. 175



Fig. 176

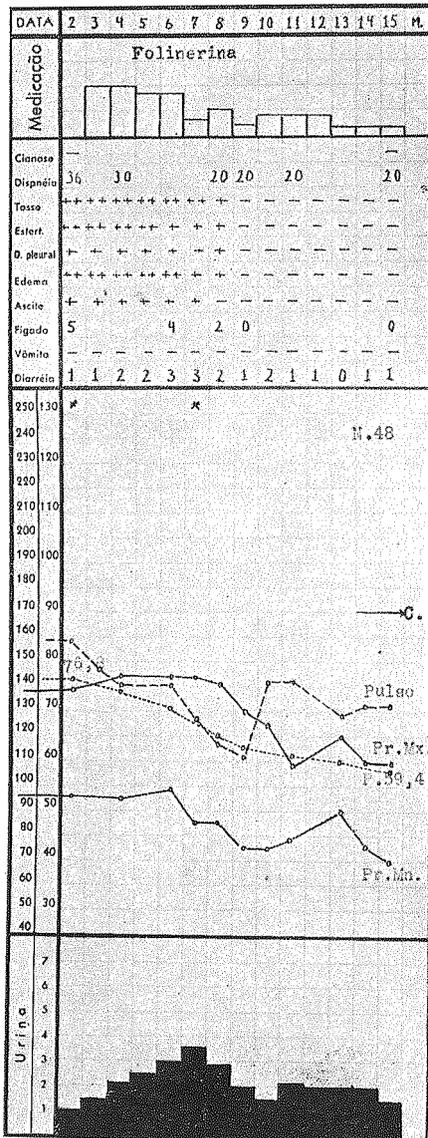


Fig. 177

R. W. no sangue fortemente positiva. Urina com densidade 1,012 apresentando traços de albumina e algumas hemátias. Uréia no soro sanguíneo : 40 mgrs. ‰. Radiografia (fig. 178) : aumento global da área cardíaca, principalmente das cavidades direitas ; aorta medindo na altura da crossa 45 mms., bastante aumentada em relação à idade (Dr. Marcelo Soares). O primeiro eletrocardiograma (fig. 179), foi registrado após dois dias de tratamento (1,6 mgrs. de Folinerina), apresentando P ampla e entalhada ; QRS espessada. O segundo eletrocardiograma (fig. 180), foi registrado

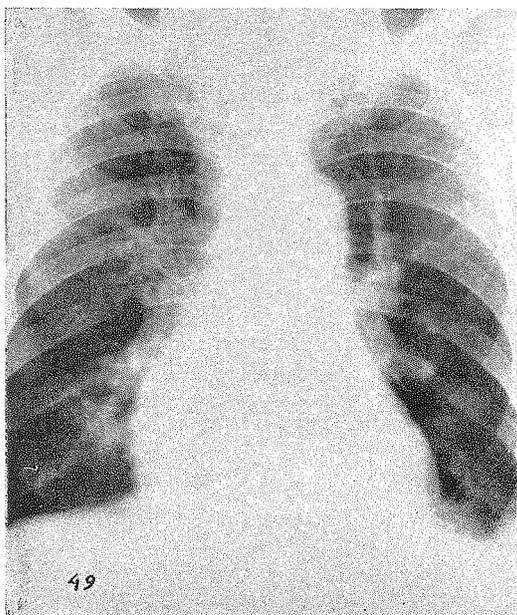


Fig. 178

após 5 dias de tratamento (4,0 mgrs. de Folinerina) : ligeiro aumento da amplitude de T_1 e T_2 e da negatividade de T_3 .

Diagnóstico etiológico : hipertensão pulmonar (bronquite crônica e enfisema pulmonar) e arteriosclerose ; anômico : aumento do coração e provável esclerose das artérias coronárias ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

Evolução : figura 181.

N.º 50 — A. V., de 28 anos, solteiro, brasileiro, lavrador.

Diante da imprecisão com que êste doente relata os fatos, só se consegue apurar que a sua doença data, mais ou menos, de dois meses, tendo-se iniciado por edema dos membros inferiores (ao que

parece acompanhado de dores nos joelhos) e forte dispnêia de esforço. No seu passado mórbido relata apenas vagas dores articulares nos joelhos. E' tabagista e etilista inveterado (até um litro de aguardente ao dia).

Indivíduo de côr preta, mesostênico, apresentando edema discreto dos membros inferiores. Gânglios epitrocleanos enfartados. Mucosas visíveis um tanto descoradas. Ortopnêia e respiração de Cheyne Stokes. Sinais de pequeno derrame pleural direito.

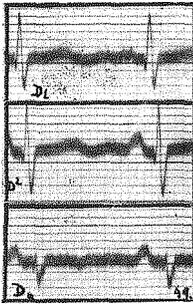


Fig. 179

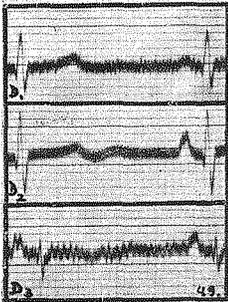


Fig. 180

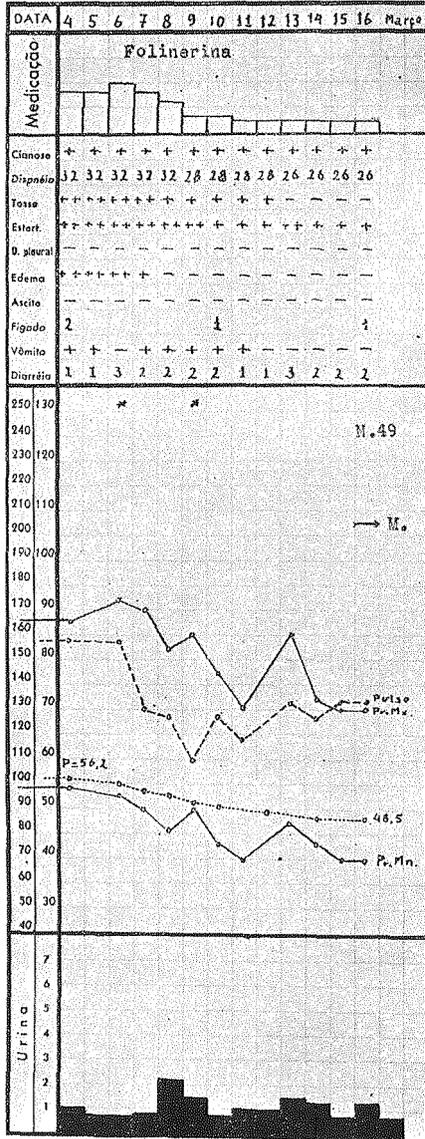


Fig. 181

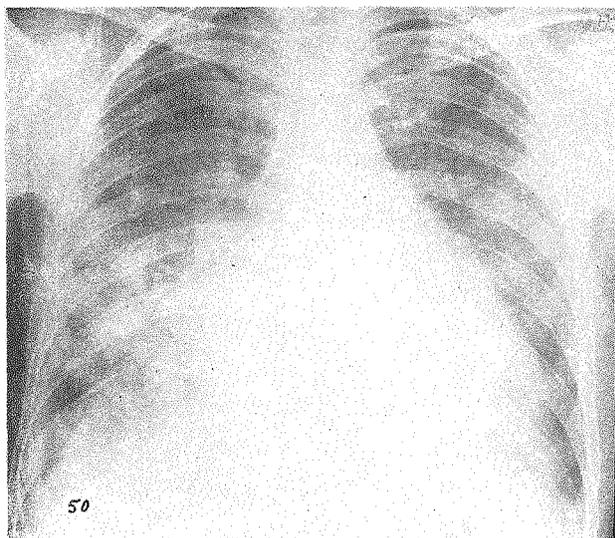


Fig. 182

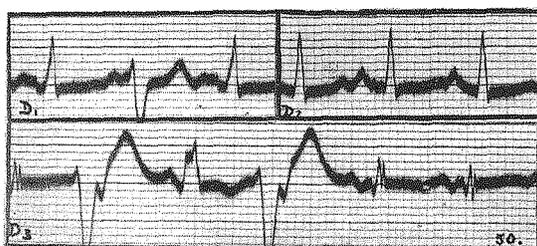


Fig. 183

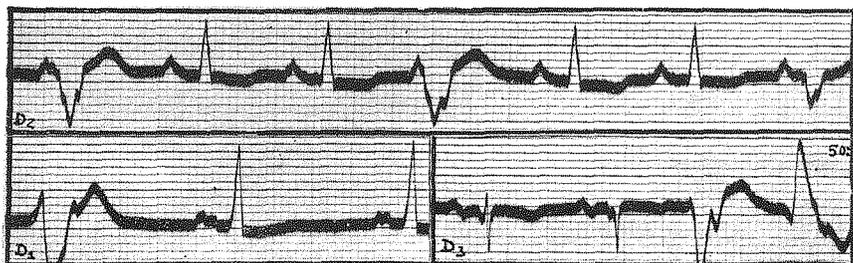


Fig. 184

Estertores subcrepitanes em ambas as bases pulmonares. Precórdio ligeiramente abaulado; choque da ponta visível e palpável no 6.º intercosto esquerdo, 1 cm. para fora da linha hemiclavicular, um tanto impulsivo e amplo. Hiperfonese do segundo tom pulmonar e abafamento generalizado das outras bulhas; sôpro sistólico, pouco intenso, doce, sem propagação, no foco mitral, onde se ouviu também ruído de galope; numerosas extrassístoles. Pulsos radiais

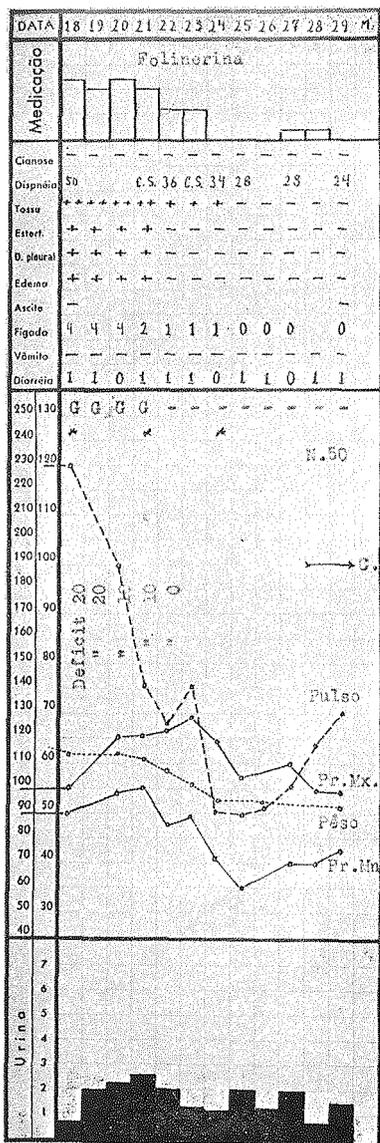


Fig. 185

isócronos, regularmente tensos e amplos. Fígado ultrapassando a reborda costal, na linha hemiclavicular, de 4 cms.

R. W. no sangue negativa. Urina com densidade igual a 1,015 e contendo algumas hemátias. Uréia no soro : 50 mgrs. $\%$. Radiografia (fig. 182) : grande aumento global da área cardíaca ; condensação acentuada nos dois terços inferiores do pulmão direito (Dr. Marcelo Soares). O primeiro eletrocardiograma (fig. 183), anterior ao tratamento, revela : desvio do eixo para a esquerda ; QRS entalhada e espessada ; P entalhada ; extrassístoles ventriculares. O segundo eletrocardiograma (fig. 184), 3 dias depois (3,4 mgrs. de Folinerina), revela : aumento da amplitude de QRS ; T₂ e T₃ negativas ; aumento de P-R ; aumento do número de extrassístoles.

Diagnóstico etiológico : febre reumática ; anatômico : miocardite crônica e moléstia mitral ; funcional : insuficiência cardíaca (grave).

Evolução : figura 185.

COMENTÁRIO

O estudo detalhado da evolução clínica dos 50 doentes que apresentamos, permite-nos chegar, logicamente, a algumas conclusões que, em parte, confirmam as conclusões a que chegaram os outros Autores que experimentaram a Folinerina com precedência, em parte as modificam, ainda que ligeiramente. Procuraremos, portanto, expor as nossas deduções metodicamente, encarando a questão sob os seus vários aspetos : dose, ação, tolerância, toxicidade e acúmulo, indicações e contra-indicações, vantagens.

Dose. — Servimo-nos, na nossa experimentação, apenas da via oral e utilizámos exclusivamente comprimidos contendo 0,1 mgr. de substância ativa. Inicialmente, como não conhecessemos ainda o preparado que tínhamos em mãos, administrámos as doses fracas de 0,6 mgr. por dia, recomendadas por Schwab. Doses tais foram dadas aos dois primeiros doentes, que não reagiram convincentemente à medicação, talvez porquê a tenhamos suspenso muito prematuramente. A partir do caso n.º 3, começámos a administrar doses de 8 comprimidos e os resultados foram melhores, como se poderá verificar analisando os casos numerados de 3 a 15. A partir do caso n.º 16, como, com as doses citadas, não tivéssemos observado fenómeno algum de sensível acúmulo, intoxicação ou intolerância, mais senhores do medicamento, começámos a administrar doses iniciais de 10 e finalmente de 12 comprimidos, nos casos mais graves, sem que houvéssemos que nos arrepender por isso. Raramente ultrapassámos a dose de 12 comprimidos, atingindo 14 comprimidos (casos ns. 22, 27, 28, 29, 33, 34, 38 e 39), e o fizemos sempre transitoriamente, no espaço de um a dois dias. Só nos casos mais graves e mais resistentes administrámos 14 comprimidos por mais de dois dias (ns. 22, 27 e 39), sendo que, no caso n.º 22, che-

gámos a administrar 1,6 e até 1,8 mgr. de Folinerina durante vários dias, sem que tivéssemos conseguido supreender algo mais do que um fugidio bigeminismo que nem foi possível registrar eletrocardiograficamente. Somos, porém, os primeiros a reconhecer que doses tão altas só podem ser empregadas em raros casos resistentes e, assim mesmo, por poucos dias.

Na questão da posologia discordamos fundamentalmente dos Autores compulsados. Discordamos dos que admitem que doses de ataque de 0,6 mgr. sejam suficientes (Schwab, Röntsch, Lepel, Thiele, Schuler e Ott), como discordamos dos que, como Jonás e Sailerová, fazem oscilar a dose diária da droga entre 12 e 16 decimiligramas. Realmente, no caso n.º 8, conseguimos uma cura brilhante administrando apenas 6 comprimidos ao dia durante poucos dias e, nos casos ns. 3, 5, 6, 7, 10, 12, 14 e 44, conseguimos grandes melhoras com doses de 0,8 mgr. Estamos convencidos, todavia, que se trata de casos benignos, ainda que assumindo, por vezes, aparência grave, de doentes que se curam da insuficiência quasi exclusivamente à custa do regime higieno-dietético (prova flagrante disso são os casos ns. 10 e 14); ou então de doentes individualmente muito sensíveis ao cardiotônico (como o prova o caso n.º 12, em que, com dose relativamente pequena de medicamento, resultou um bloqueio aurículo-ventricular 2/1). Por outro lado, a-pesar-de, em determinado momento, termos sido entusiastas das doses muito elevadas, acabámos nos convencendo que estas só podem ser empregadas por mãos muito experientes, em doentes hospitalizados, cuja evolução seja cuidadosamente acompanhada todos os dias pelo médico, e isto por não estarem, por vezes, essas doses a salvo de algum risco, como veremos mais adiante, ao encarmos a questão sob o ponto de vista da toxicidade e tolerância. Não pomos em dúvida que ha doentes que exigem doses muito elevadas de Folinerina e que, aparentemente, só com estas reagem eficazmente (como o provam os casos ns. 22, 27, 34, 38 e 39); são os casos realmente graves de insuficiência cardiaca, que estamos acostumados a observar nas Enfermarias, cuja gravidade consiste essencialmente na resistência que opõem à ação cardiotônica, qualquer que ela seja. No caso n.º 22, p. ex., 2 semanas após a suspensão da Folinerina, como o doente tornasse a piorar, passámos a administrar-lhe a solução milesimal de digitalina, nas doses elevadas de 50 $\frac{1}{2}$ gotas ao

dia, durante 6 dias, sem que o doente mostrasse de qualquer forma reagir ao medicamento, vindo a falecer durante o tratamento digitalítico. Já no caso n.º 39 (fig. 145), houve um êrro terapêutico voluntário de nossa parte, pois que se tratava de um doente com tireotoxicose, contra a qual bem conhecida é a ineficácia dos digitalíticos (White) : quisemos, porém, pôr à prova de fogo a Folinerina, mas esta, em verdade, só agiu eficazmente quando associada ao lugol. Analisando os outros casos em que reccorremos a uma alta posologia, verificaremos mais o seguinte : que os casos ns. 29 e 33 não reagiram bem às doses altas de Folinerina, como, provavelmente, não teriam reagido a nenhuma outra medicação similar ; quanto ao caso n.º 28 (fig. 105), êste poderia ter reagido bem às doses de 12 decimiligramas como reagiu à dose de 14 decimiligramas, administrada, aliás, no decorrer de um dia apenas.

Com o exame meticoloso dos nossos casos, chegámos, portanto, à conclusão que a posologia da Folinerina, como a da digital, deve obedecer a um critério variável, de acôrdo com a reação individual do paciente ao medicamento e de acôrdo com a gravidade do caso, não se podendo prevêr, “a priori”, qual poderá ser a dose mais apropriada para cada doente. Isto não exclue que se possa ter um critério geral admissível na administração da primeira ou das primeiras doses. A experiência que adquirimos nos mostra que, tratando-se de doentes hospitalizados e fiscalizados, pode-se iniciar, sem temor, a administração de Folinerina, com a dose de 1,0-1,2 mgr.; o comportamento individual do caso, decorridas 24 ou 48 horas, nos dirá se essa dose é insuficiente (o que é raro) e então a elevaremos transitoriamente para 1,4 mgr.; se é satisfatória, e prosseguiremos, por quantos dias fôr necessário (raramente mais de 3-4 dias), com a mesma dose ; se é demasiada, e então baixaremos para 1,0 ou mesmo 0,8 mgr.. Na clínica particular onde, de hábito, não se pode exercer uma perfeita fiscalização sôbre o paciente, podemos começar com a dose diária de 0,8-1,0 mgr. e prosseguir, em seguida, com a mesma dose, dose maior ou menor, de acôrdo com a evolução do caso. Por outro lado, a dose inicial deve ser também regulada pela gravidade da insuficiência. Verificámos, de um modo geral, que as doses maiores têm um efeito mais rápido e, assim sendo, como é vêso fazer-se com a digital (White), reservaremos as doses maiores (1,2 mgrs.) para os casos em que seja urgente

uma intervenção enérgica. Finalmente achamos perfeitamente cabível a observação de Lepel relativa aos casos recentemente tratados pela digital, nos quais parece-nos absolutamente indicada uma maior prudência na posologia da Folinerina, pelo perigo de a soma dos efeitos dos dois medicamentos poder resultar em uma intoxicação eventualmente irreversível do miocárdio. Nada observámos a êsse respeito, mas parece-nos, em teoria, perfeitamente aceitável essa eventualidade. Já o oposto não é verdadeiro e notámos que doentes, recentemente tratados pela Folinerina, podem ser submetidos a tratamento pela digitalina sem perigo e isto, certamente, em virtude do poder de acúmulo menor da glicósido oleândrica (casos ns. 1, 2, 4, 15, 38, 47).

O mesmo critério que nos guia na administração das doses de ataque deve orientar-nos na administração das doses de manutenção. Aquí, como para as doses de ataque, não somos partidários de uma posologia única, fixa e invariável que, efetivamente, não se pode determinar "a priori" para nenhum medicamento muito ativo, em consequência dos múltiplos fatores de que é função a sensibilidade individual (principalmente tratando-se de um organismo doente) para com uma droga. Segundo a nossa experiência, as doses de manutenção variam entre 0,4 e 0,6 mgr., por vezes, 0,8 mgr. Estas doses, principalmente as primeiras, podem ser administradas quasi indefinidamente (já o temos feito durante meses), a doentes não hospitalizados, com despreocupação quanto à possibilidade de aparecimento de fenômenos tóxicos por acúmulo. À primeira vista poderá parecer esquisito que as doses de manutenção da Folinerina estejam tão próximas das doses curativas. Êste fato não deve causar estranheza, desde que se tenha presente que o poder de acúmulo desta glicósido é muito menor do que o da digital e, particularmente, do que o da digitoxina, cuja dose de manutenção é, em geral, bem menor do que a dose de ataque.

Ação. — Estudámos 50 doentes, todos de sexo masculino, sendo 30 leucodérmicos, 14 melanodérmicos e 6 mestiços, apresentando todos insuficiência cardíaca de causas diversas, como se poderá observar no seguinte quadro esquemático :

	Curados	Melhorados	Cur. e Melhor.	Inalterados	Falecidos	Total
Febre reumática . . .	3	4	7	1	0	8
Febre reumática e sífilis	2	0	2	0	0	2
Febre reumática e tireotoxicose . . .	0	1	1	0	0	1
Febre reumática e arteriosclerose . .	1	0	1	0	0	1
Sífilis	4	4	8	1	2	11
Arteriosclerose . . .	7	1	8	0	1	9
Arteriosclerose e hipert. arterial. .	5	1	6	1	2	9
Arteriosclerose e enfis. pulmonar .	1	1	2	0	0	2
Hipertensão arterial	2	0	2	0	0	2
Hipert. arter. e enfisema pulmonar .	0	0	0	1	0	1
“Cor pulmonale” . .	0	0	0	0	1	1
Beri-beri	0	0	0	0	1	1
Causa ignorada . .	1	0	1	0	1	2
Total	26	12	38	4	8	50

As lesões cárdio-vasculares que deram origem à insuficiência cardíaca podem ser classificadas da seguinte forma :

DIAGNÓSTICO ANATÔMICO	Cura-dos	Melho-rados	Cur. e Melhor.	Inalte-rados	Fale-cidos	Total
Ins. aórtica arterial	4	4	8	1	2	11
Insuf. aórtica endo-cárdica	1	0	1	1	0	2
Moléstias mitraes puras	0	1	1	0	0	1
Insuf. aórtica + moléstias mitraes . .	2	1	3	0	0	3
Miocardite crônica .	1	1	2	0	1	3
Miocard. crônica + moléstias mitraes.	1	2	3	0	0	3
Arteriosclerose coronária	10	2	12	0	2	14
Esclerose coronária + moléstia mitral .	1	0	1	0	0	1
Simples aumento do coração	5	1	6	2	3	11
Ignorado	1	0	1	0	0	1
Total	26	12	38	4	8	50

Como vemos, as causas mais comuns de insuficiência cardíaca foram : a sífilis, com comprometimento das sigmóides aórticas, em 11 casos ; e a arteriosclerose, com comprometimento das artérias coronárias, em 14 casos. Mais genericamente, poderemos resumir os resultados do tratamento pela Folinerina da seguinte forma :

As lesões cárdio-vasculares que deram origem à insuficiência cardíaca podem ser classificadas da seguinte forma :

DIAGNÓSTICO ANATÓMICO	Curados	Melhorados	Cur. e Melhor.	Inalterados	Falecidos	Total
Ins. aórtica arterial	4	4	8	1	2	11
Insuf. aórtica endocárdica	1	0	1	1	0	2
Moléstias mitraes puras	0	1	1	0	0	1
Insuf. aórtica + moléstias mitraes	2	1	3	0	0	3
Miocardite crônica	1	1	2	0	1	3
Miocard. crônica + moléstias mitraes	1	2	3	0	0	3
Arteriosclerose coronária	10	2	12	0	2	14
Esclerose coronária + moléstia mitral	1	0	1	0	0	1
Simple aumento do coração	5	1	6	2	3	11
Ignorado	1	0	1	0	0	1
Total	26	12	38	4	8	50

Como vemos, as causas mais comuns de insuficiência cardíaca foram : a sífilis, com comprometimento das sigmóides aórticas, em 11 casos ; e a arteriosclerose, com comprometimento das artérias coronárias, em 14 casos. Mais genericamente, poderemos resumir os resultados do tratamento pela Folinarina da seguinte forma :

	Curados	Melhorados	Cur. e Melhor.	Inalterados	Falecidos	Total
Doenças valvulares.	7 41,2%	6 35,3%	13 76,4%	2 11,7%	2 11,7%	17 34%
Miocardite crônica.	2 33,3%	3 50%	5 83,3%	0	1 16,6%	6 12%
Arteriosclerose coronária.	11 73,3%	2 13,3%	13 86,7%	0	2 13,3%	15 30%
Simplex aumento do coração	5 45,4%	1 9,1%	6 54,5%	2 18,2%	3 27,3%	11 22%
Lesão ignorada. . .	1	0	1	0	0	1 2%

Ao que parece, portanto, as insuficiências cardíacas que reagem melhor à ação da Folinerina, são as causadas por arteriosclerose coronária, com um total de 86,7 % de doentes curados ou melhorados da insuficiência cardíaca, e um total de 13,3 % de doentes falecidos ; os casos que aparentam reagir menos à medicação são os de insuficiência cardíaca causada por simples aumento do coração, sem lesão miocárdica ou valvular, com um total de apenas 54,5 % de casos curados ou melhorados da insuficiência e 27,3 % de doentes falecidos. Reconhecemos, contudo, que não se pode dar grande valor a êsses números por uma razão tão simples quanto importante : o número de casos compulsados é muito pequeno para uma estatística dêsse gênero, que deveria compreender muitas centenas de casos para poder permitir uma conclusão tanto mais próxima da verdade quanto menos aleatória.

Sob o ponto de vista do diagnóstico funcional, queremos apenas destacar os 5 casos de insuficiência cardíaca acompanhada de fibrilação auricular, dos quais 3 (ns. 24, 26 e 27) reagiram esplendidamente à medicação ; 1 (n.º 39) melhorou simplesmente, devendo-se, porém, levar em conta que o doente apresentava também hipertireoidismo ; e 1 (n.º 46) faleceu.

Classificando-se os casos de acôrdo com o número de crises já sofridas pelo doente, teremos :

	Curados	Melhorados	Cur. e Melhor.	Inalterados	Falecidos	Total
Uma descompensação	15	4	19 (79%)	3 (13%)	2 (8%)	24
Duas descompensações.	7	5	12 (71%)	1 (6%)	4 (23%)	17
Três descompensações.	2	2	4 (100%)	0	0	4
Mais de três descompensações . .	2	1	3 (75%)	0	1 (25%)	4
?	0	0	0	0	1	1

Classificando-se os casos de acôrdo com o tempo decorrido desde a primeira crise de insuficiência, teremos :

	Curados	Melhorados	Cur. e Melhor.	Inalterados	Falecidos	Total
Até uma semana.	0	0	0	1	0	1
Até um mês.	3	0	3 (75%)	0	1 (25%)	4
Até um ano.	17	6	23 (88%)	2 (8%)	1 (4%)	26
Mais de um ano.	6	6	12 (67%)	1 (5%)	5 (28%)	18
?	0	0	0	0	1	1

Em 8 casos havia ruído de galope diastólico, audível no foco mitral, sendo que, em 3 casos, o galope persistiu (ns. 9, 20 e 43), ao passo que, em 5 casos o galope desapareceu (ns. 3, 11, 32, 47 e 50).

Quatro doentes apresentavam respiração de Cheyne Stokes, tendo-se restabelecido três deles (ns. 44, 45 e 50), ao passo que um faleceu (n.º 33).

Em resumo, o resultado do tratamento dos nossos doentes pela Folinerina, podem ser sintetizados nos seguintes algarismos : total 50 doentes ; falecidos 8 (16 %) ; inalterados 4 (8 %) ; melhorados 12 (24 %) ; curados 26 (52 %) ; curados e melhorados 38 (76 %). Será interessante esclarecer alguns pontos quanto ao modo de reagir destes doentes em relação ao medicamento.

Dentre os doentes falecidos, temos, em primeiro lugar, o de número 15. Êste doente apresentou-se ao Hospital em estado gravíssimo ; como não tivéssemos obtido resultado satisfatório com a Folinerina (fig. 55), recorremos às injeções endovenosas de Novurit, procurando desidratar o paciente ; em verdade, conseguimos algo nesse sentido, sem que, porém, o estado geral do doente desse sinais de melhora ; recorremos então à digitalina e os resultados com ela obtidos não foram mais brilhantes ; a toracocentese de 400 cc. provocou alguma melhora transitória ; em seguida, estabelecido o diagnóstico de beri-beri, passámos a administrar a vitamina B₁. A-pesar-de tudo, porém, o doente foi enfraquecendo progressivamente e veio a falecer em estado caquético, depois de um mês de vãs tentativas terapêuticas.

O doente n.º 17 também se apresentou em condições muito más ; a-pesar-disso, reagiu algo à medicação, como o prova a queda da frequência do pulso (fig. 61) ; pereceu de morte súbita.

Caso também gravíssimo era o de número 19 (fig. 68). Contudo o doente chegou a reagir favoravelmente à medicação oleândrica, como o provam a diminuição da frequência do pulso e o aumento da diurese. No intuito de acelerarmos as melhoras, pois que urgia agir rapidamente, administrámos o mercurial por via venosa. Manifestaram-se então todos os fenômenos de hiperergia, intoxicação mesmo, pelos mercuriais : arrepios de frio, elevação da temperatura a 39 graus, diarréia intensa, cefalalgia, além de caimbras nas panturrilhas. E' possível, portanto, que o mercurial tenha influido na evolução que, a partir de então, mudou completamente de rumo. Mas não podemos deixar de assinalar um outro fato que ocorreu neste caso : referimo-nos à fibrilação auricular, registrada em eletrocardiograma do dia 8 de Agosto, que, infelizmente, só nos chegou às mãos muitos dias depois. Esta fibrilação auricular deve ser logicamente atribuída ao medicamento, constituindo indício de intoxicação a exigir suspensão do cardiotônico. Teria o doente falecido em virtude de uma ulterior fibrilação ventricular tóxica ou, simplesmente, em virtude da insuficiência cardíaca e da caque-

xia que foi progredindo gradualmente após a injeção do mercurial? Não sabemos como responder a esta pergunta. Todavia, em virtude do fraco poder de acúmulo da Folinerina, é provável que a fibrilação tenha desaparecido depois de dois dias de suspensão do medicamento (14 e 15 de Agosto): simples conjectura, sem base concreta.

A respeito do caso número 29 temos a notar que também êste doente apresentou, após quatro dias de tratamento pela Folinerina, fibrilação auricular. Uma análise mais ponderada do caso, porém, permite-nos concluir que a fibrilação auricular não foi, com muita probabilidade, responsável pela morte do doente. Êste entrou em estado gravíssimo no Hospital e, desde logo, reagiu favoravelmente à medicação (fig. 109), como o demonstra a diminuição acentuada da frequência do pulso e a queda do pêso corporal. Devido exatamente ao fato de a frequência do pulso ter baixado a 76 é que fizemos uma pausa, no dia 13, na administração da droga. No dia seguinte, porém, encontramos o doente em condições tão más, que tornámos a administrar o cardiotônico, tendo o doente falecido subitamente na tarde dêsse dia: havia êle ingerido apenas 4 dos oito comprimidos que lhe haviam sido entregues para serem tomados durante o dia.

A gravidade do caso n.º 31, na data da entrada, não nos iludia quanto ao seu péssimo prognóstico.

Outro caso gravíssimo foi o de n.º 33, com mau prognóstico desde o início, mas que chegou a reagir favoravelmente à medicação nos primeiros dias (fig. 122); em seguida, foi piorando sensivelmente e faleceu após dois dias de coma.

O doente n.º 42 (fig. 156) faleceu subitamente após evolução favorável de quatro dias.

Finalmente o doente n.º 46 como bem o atesta o esquema de evolução (fig. 171), chegou a apresentar melhoras insofismáveis, com relação à insuficiência cardíaca. Faleceu após quasi um mês de tratamento, enquanto vinha sendo medicado com pequenas doses de manutenção de digitalina. A necrópsia atestou como causa de morte a insuficiência cardíaca, mas pode também comprovar a existência de uma colite ulcerativa responsável pela diarréia, de que o doente se queixava desde os primeiros dias, mas que o acometeu com grande intensidade na sua última quinzena de vida, concorrendo, com certeza, para o êxito letal.

Os doentes cujo estado permaneceu inalterado, correspondem aos ns. 1, 2, 4 e 47. Quanto aos dois primeiros casos (figs. 1 e 2),

devemos fazer notar que foram os dois primeiros doentes que tratámos pela Folinerina ; agimos, portanto, com excessiva prudência, administrando doses de 5-6 comprimidos diários, e agimos com impaciência, recorrendo, desde logo à digitalina, decorridos três dias sem efeito sensível da Folinerina. Isso explica, a nosso ver, o insucesso nesses dois casos. Quanto ao n.º 4 (fig. 7), tratava-se de um caso muito grave. Aquí já lançámos mão de doses maiores (8, 8 e 10 comprimidos ao dia), mas fomos da mesma forma impacientes. Aliás, neste caso, a digitalina, coadjuvada pela teofilina-etilendiamina e, em seguida, pelo Novurit, deu também pouca satisfação, e o doente retirou-se do Hospital, a pedido, ainda intensamente dispnéico e com frequência do pulso superior a 100. Finalmente o caso n.º 47 (fig. 173), apresentava uma insuficiência cardíaca grave, que começára apenas a reagir à Folinerina, quando fomos obrigados a suspender a sua administração, por se terem esgotado as amostras de que dispúnhamos no momento : submetido a uma digitalização intensiva, curou-se da insuficiência e recebeu alta em boas condições .

A melhora dos doentes que reagiram bem à medicação manifestou-se de vários modos. A frequência do pulso foi abaixo de 60 em 6 casos, entre 60 e 70 em 11 casos ; entre 71 e 80 em 11 casos ; entre 81 e 90 em 9 casos ; acima de 90 em 1 caso ; em 73,6 % dos casos o pulso caiu a 80 e menos ; em 26,4 % dos casos, conservou-se acima de 80.

A diurese máxima, exclusivamente com Folinerina, ultrapassou em 4 casos 5 litros ; em 2 casos, 4 litros ; em 12 casos, 3 litros ; em 12 casos, 2 litros ; em 7 casos, 1 litro. Portanto, em 79 % dos casos a diurese atingiu ou ultrapassou 2 litros.

Paralelamente à ativação da diurese, observámos uma queda do pêso corporal, correspondente à eliminação de líquido de edema, de mais de 20 quilos, em 5 casos ; entre 10 e 20 quilos, em 19 casos ; entre 5 e 10 quilos, em 11 casos ; de menos de 5 quilos em 3 casos. Em 63 % dos casos, portanto, os doentes eliminaram mais de 10 quilos de edema. Por vezes, grandes quedas de pêso se verificaram no decorrer de poucos dias : em 5 dias, o doente n.º 5 (fig. 9) perdeu mais de 20 quilos de pêso, o doente n.º 16 (fig. 59) perdeu quasi 20 quilos, o doente n.º 13 (fig. 47) perdeu perto de 15 quilos. Por vezes a variação diária da curva ponderal acusava uma diferença, para menos, de 5 quilos ou quasi (figs. 9, 19, 59, 88).

Ao mesmo tempo que se manifestava retardamento do pulso e a diurese era ativada, com correspondente perda de pêsso, diminuíam ou desapareciam os edemas, derrames pleurais e ascéticos, estase hepática e pulmonar, regrediam, enfim, os fenômenos congestivos e, contemporaneamente, manifestava-se a melhora subjetiva do paciente.

Quanto à pressão arterial, e aqui computamos também os doentes que não melhoraram ou faleceram, verificámos o seguinte : em 14 casos houve diminuição da pressão máxima e da mínima ; em 9 casos houve diminuição da mínima, ficando a máxima invariável ; em 8 casos a máxima e a mínima ficaram invariáveis ; em 6 casos houve aumento da máxima e diminuição da mínima ; em 5 casos houve aumento da máxima, permanecendo a mínima invariável ; em 4 casos diminuiu a máxima, sem modificação da mínima ; em 3 casos houve aumento da máxima e da mínima ; em um caso houve diminuição da máxima e aumento da mínima. O critério adotado para o cômputo destas variações consistiu em só levarmos em consideração variações de um cm. de mercúrio ou mais, tomando como valor padrão o da pressão medida após o período de repouso sem medicação, e levando em conta a média, tirada por alto, das variações verificadas nos dias subsequentes. Aparentemente houve, portanto, maior número de casos que reagiram à medicação com uma queda paralela da pressão máxima e mínima (14 casos) : esta variação perde, contudo, muito do seu valor se considerarmos que todos, sem excepção, os doentes que apresentarem êste tipo de variação, eram ligeiramente ou muito hipertensos, sendo a sua pressão máxima inicial igual a 14 ou mais e a sua pressão mínima inicial igual a 9 ou mais (exceptuados os casos de insuficiência aórtica) : é admissível, portanto, que o repouso, mais do que o fator medicamentoso propriamente dito, tenham influido na queda dos valores esfigmomanométricos. Quanto aos outros casos, não pudemos encontrar uma variação constante entre o tipo de variação, por um lado, e o diagnóstico ou a evolução clínica, por efeito da medicação, por outro lado. E concluímos pela inconsistência, ao menos até prova contrária, das alterações da pressão provocadas pela terapêutica oleândrica, ressalva feita para o caso dos hipertensos, nos quais, repetimo-lo, não é admissível ou, pelo menos, não é provável, que a Folinerina seja única responsável queda da pressão.

Os primeiros efeitos da Folinerina nos 38 doentes que reagiram bem à medicação manifestaram-se, em geral, rapidamente : decorridas 24 horas, ou mesmo dentro das primeiras 24 horas, em 26 casos ; decorridos 2 dias em 3 casos ; decorridos 3 dias em 4 casos ; decorridos mais de 3 dias em 4 casos. Em 68, 4 % dos casos, portanto, os primeiros efeitos da medicação (aumento da diurese, diminuição da frequência do pulso) se fizeram sentir no decorrer de 24 horas ; em 31,6 % dos casos êsses efeitos tardaram 2 dias ou mais. Dos 12 casos em que o efeito tardou mais de um dia para se manifestar, há 4 em que êsses fato pode ser atribuído às doses iniciais insuficientes ; caso 6 (fig. 11), em que a dose inicial foi de 6 comprimidos ; caso 10 (fig. 27), em que a dose inicial foi de 8 comprimidos ; caso 40 (fig. 149), em que a dose inicial foi de 4 comprimidos ; caso 45 (fig. 167), em que a dose inicial foi de 8 comprimidos. Por outro lado, dos 26 doentes que apresentaram já alguma melhora nas primeiras 24 horas, só 7 tomaram, como dose inicial, menos de 10 comprimidos.

Ao relatarmos individualmente as observações dos nossos doentes, já tivemos ocasião de descrever as alterações eletrocardiográficas mais sensíveis, ocorridas por efeito da medicação, nos 39 casos nos quais foram registrados eletrocardiogramas antes (em raros casos, após um a dois dias de tratamento) e depois da administração de Folinerina. Aquí nada mais faremos do que sintetizar, para melhor compreensão, essas alterações, agrupando-as convenientemente, como se segue :

Alterações da onda P	{	Aumento da amplitude	1
		Diminuição da amplitude	1
Espaço P-R.		Sensivelmente aumentado	10
Alterações de QRS.	{	Aumento da amplitude	18
		Diminuição da amplitude	2
			.
Alterações de ST	{	Mais convexo.	1
		Desnivelamento ou aumento do desnivelamento preexistente.	6

Alterações de T . . .	}	Negatividade ou aumento da negati- vidade preexistente de T ₁ e T ₂ . . .	7
		Aumento de amplitude de T ₁ e T ₂ .	1
		Negatividade ou aumento da negati- vidade preexistente de T ₂ e T ₃ . . .	5
		Aumento da amplitude de T ₂ e T ₃ .	1
		Negatividade ou aumento da negati- preexistente de T ₁	7
		Diminuição da amplitude de T ₁ . .	1
		Negatividade ou aumento da negati- vidade preexistente de T ₃	4
		Diminuição da amplitude de T ₂ . .	3
		Aumento da amplitude de T ₁ , T ₂ e T ₃	1
		Difasismo de T ₂	1
		Difasismo de T ₃	1
		Positividade de T ₃ antes negativo.	2
		T ₁ menos amplo e T ₃ mais amplo.	1
Diminuição da negatividade de T ₁ e da positividade de T ₃	1		
Alterações do ritmo	}	Aumento da frequência das extras- sístoles.	2
		Diminuição da frequência das extras- sístoles.	3
		Desaparecimento das extrassístoles .	3
		Bigeminismo	2
		Fibrilação auricular	3
		Bloqueio de Ramo	2
Bloqueio A-V. 2/1.	1		

Podemos concluir, portanto, que as mais comuns alterações eletrocardiográficas, observadas por efeito da medicação oleândrica, são : o aumento da amplitude de QRS em quasi a metade dos casos ; a diminuição do valor algébrico da amplitude de T em uma ou mais derivações, em mais da metade dos casos. Esta última alteração abrange casos nos quais há simples diminuição da positividade de T, ou aumento da sua negatividade, ou ainda, a transformação de uma onda T anteriormente positiva em negativa. Quanto às alterações do ritmo, queremos chamar a atenção particularmente para os três casos (figs. 67, 108 e 165) de fibrilação auricular tóxica,

não assinalada ainda pelos Autores por nós compulsados. Dois destes doentes faleceram e não pudemos observar a ulterior evolução da fibrilação auricular (ns. 19 e 29) ; no terceiro caso a fibrilação auricular desapareceu um dia após a suspensão da Folinerina (fig. 166), e voltámos a administrá-la em doses menores, com proveito para o doente. Quanto ao caso de bloqueio A-V. 2/1 (n.º 12, fig. 35), devemos notar que já tínhamos observado êste mesmo doente, com o mesmo bloqueio, após a administração de 30 gotas de solução milesimal de digitalina, em crise anterior de insuficiência cardíaca ; note-se, por outro lado, a dose pequena de Folinerina administrada a êste doente (fig. 38) e ter-se-á a impressão de que, no caso, havia uma certa predisposição, digamos assim, do sistema êxito-condutor aurículo-ventricular para o bloqueio ; aliás, o espaço P-R, em eletrocardiograma anterior à medicação (fig. 34) já se apresentava nos limites extremos do normal.

Tolerância. — Todos os Autores que experimentaram a Folinerina são unânimes em admitir a sua admirável tolerância e com êles concordamos : a maior parte dos doentes por nós tratados tolerou perfeitamente o medicamento. Em pouquíssimos casos pudemos observar náuseas e vômitos diretamente atribuíveis à droga, pois que cessavam após a suspensão da mesma. O n.º 16 (fig. 59) apresentou vômito nos últimos dias de tratamento, quando era máximo o efeito digitálico da Folinerina ; o vômito desapareceu com a suspensão da droga para voltar depois da administração de novas doses. O doente n.º 15 (fig. 55) também apresentou vômito que se repetiu, em seguida, com a administração de digitalina. O doente n.º 49 (fig. 181) igualmente apresentou intolerância gástrica, sob a forma de náuseas intensas quando já era pleno o efeito da Folinerina ; essas náuseas desapareceram com a simples diminuição das doses. Outros doentes (ns. 8, 13, 33, 36, 39 e 46) tiveram esporadicamente náuseas, sem vômito, que não estavam na dependência da ingestão do remédio : porisso cremos que não se tratava tanto de intolerância como de fenômenos despépticos, condicionados pela própria insuficiência cardíaca, tanto mais que se apresentavam mesmo nos dias em que o doente não tomava Folinerina (casos 33 e 36) ou desapareciam independentemente da diminuição das doses ou suspensão da glicósida. Em alguns casos, finalmente (41, 43, 44) o vômito, presente antes ou no primeiro dia de

tratamento, desapareceu em seguida, conforme se acentuavam as melhoras do paciente (figs. 153, 160 e 162).

Sobretudo as doses elevadas, costumam provocar diarréia, e a temos observado em 25 dos 50 doentes tratados com Folinerina. Quasi sempre trata-se de um transitório aumento do número de evacuações, sem modificações particulares do aspeto das fezes, durante alguns dias. Outras vezes (casos 26, 32, 33, 34, 37, 41) os fenômenos diarréicos pareciam mais intensos, mas eram rapidamente atenuados no decorrer do tratamento, com ou sem diminuição da dose de Folinerina, e davam-nos a impressão nítida de que ocorressem ao tempo em que mais acentuadas se mostravam as melhoras do paciente. No caso n.º 19 a diarréia foi muito intensa, mas, possivelmente, o mercurial influiu na sua agravação. No caso n.º 46, o doente já apresentava diarréia antes do tratamento, mas não se pode excluir que a Folinerina não a tenha agravado e porisso recomendaríamos que a posologia desta glicósido fosse mais cauta tratando-se de doentes portadores de afecções intestinais inflamatórias. De um modo geral, portanto, podemos concluir que a diarréia causada pelas doses elevadas de Folinerina tem caráter benigno, é bem tolerada e concorre, talvez, para acelerar as melhoras do paciente, como notaram Jonás e Sailerová.

Não observámos qualquer outro fenômeno de intolerância.

Toxicidade e acúmulo. — Como vimos anteriormente, os Autores que usaram até agora a Folinerina reconhecem na mesma uma grande atividade a-par-de uma toxicidade reduzida. Assim enunciada, essa conclusão apresenta algo de paradoxal pois que, fármacodinamicamente, não é admissível que uma glicósido de tipo digitálico, seja ao mesmo tempo ativa e atóxica. Realmente, acreditamos que as doses de 6 a 8 decimiligramas de Folinerina ao dia sejam praticamente despidas de toxicidade, como o prova a experiência de Schwab e outros, na grande maioria dos casos. Cremos, contudo, ter provado que essas doses são frequentemente menos eficazes do que as maiores, às quais é indicado recorrer-se nos casos em que a gravidade da insuficiência exija uma intervenção mais enérgica. Ora, as grandes doses de Folinerina, a-par-de uma atividade que se nos assemelha incomparável, apresentam uma certa toxicidade não desprezível, como o demonstram os nossos casos 19, 29, 45 (fibrilação auricular), 33 e 35 (bigeminismo). Não somos, porém, dos que temem em excesso os ritmos tóxicos digitálicos e a

isso talvez tenhamos sido levados pela observação minuciosa com que acompanhámos a evolução clínica diária de mais de uma centena de doentes hospitalizados. Cremos, e não somos só nós a pensar assim, que, se em todos os casos, seria ideal conseguirmos todos os efeitos da digitalização sem o aparecimento de qualquer fenómeno tóxico, por outro lado, a eventualidade do aparecimento desses fenómenos não nos deve atemorizar a ponto de assistirmos, pouco menos que impassíveis, à evolução de uma insuficiência cardíaca só dominável com o uso de doses eficientes e, portanto, algo tóxicas, de cardiotônico. Não nos devemos esquecer que a medicação cardiotônica é frequentemente o remédio heróico que, empregado com tempo e, sobretudo, empregado eficazmente, pode salvar e prolongar uma vida humana.

Particularmente, no que diz respeito à Folinerina, deve-se notar que o seu pequeno poder de acúmulo reduz bastante a sua toxicidade, sob o ponto de vista clínico, dificultando praticamente que se ultrapasse o limiar máximo terapêutico para atingir a zona tóxica. Para isso são necessárias doses persistentemente altas de modo a permitir que se produza um acúmulo mais sensível. O poder de acúmulo da glicósido, sob o ponto de vista clínico, cresce proporcionalmente com o valor da dose administrada e com a repetição das doses. Schwab, Schuler e Ott, e outros consideram muito pequeno o poder de acúmulo da Folinerina porquê empregaram doses pequenas. Com essas doses, de fato, não existe acúmulo, praticamente, porque elas podem ser administradas durante semanas a fio sem manifestação de fenómenos tóxicos (Röntsch); nós mesmos o temos verificado e, porisso mesmo, as consideramos mais doses de manutenção do que doses de ataque. Já com doses maiores pudemos nos convencer que a Folinerina apresenta a virtude do poder de acúmulo na medida mais ou menos suficiente das necessidades práticas. No caso n.º 5 (fig. 9) a frequência do pulso se conservava ainda a 82, dois dias após a suspensão do medicamento; aquí notamos que, a-pesar-de termos conservado constante a posologia inicial, a diurese foi-se elevando progressivamente até atingir um máximo de 6 litros, depois de três dias de tratamento. Casos semelhantes, muito demonstrativos, são os de número 8, 11, 13, 16, 23, 28, 30, 35, 46, 48, 50 (respetivamente figs. 19, 32, 47, 59, 84, 105, 113, 131, 171, 177, 185), para só citar alguns, nos quais, pelo seu efeito, quer sôbre o pulso, quer sôbre a diurese, pode-se observar o acúmulo da droga, com doses constantes e mesmo de-

crescentes da mesma. Mas êste poder de acúmulo é limitado, como o provam, entre outros, os casos ns. 7, 21, 22 (figs. 15, 76, 80), nos quais a suspensão da Folinerina por um ou dois dias, repercutiu imediatamente sôbre o volume de urina eliminada nesses dias. Seria ocioso prolongarmo-nos sôbre exemplos dessa natureza de que cada gráfico de evolução é a representação concreta.

Resumindo, cremos que a toxicidade e o poder de acúmulo da Folinerina sejam, sob o ponto de vista clínico, dependentes da dose empregada : as doses pequenas são praticamente atóxicas e não se acumulam em grau sensível ; as doses altas, sobretudo se repetidas, podem ser tóxicas e apresentam um poder de acúmulo suficiente, sempre menor do que o da digitoxina. Como raramente necessitamos de doses insistentemente elevadas, resulta, na prática, que o emprego da Folinerina é fácil e despido de perigo.

Indicações e contra-indicações. — Diante de tantas analogias entre a Folinerina e os digitálicos, julgamos, com Schwab, que as suas indicações e contra-indicações sejam as mesmas da digital. Em vista, porém, da sua grande tolerância, ela será indicada mesmo nos casos em que, em virtude de fenômenos dispépticos intensos, a digital não puder ser empregada ; em vista da sua grande atividade, ela será empregada mesmo nos casos em que, por qualquer razão, a digital tiver falhado. O número de casos por nós analisados é evidentemente insuficiente para permitir qualquer conclusão a respeito de indicações particulares.

Vantagens. — Da observação que fizemos sôbre a evolução dos casos por nós tratados, deduzimos que a Folinerina apresenta como reais vantagens : a sua ótima tolerância ; a sua grande atividade, aliada a poder de acúmulo limitado, que a torna praticamente pouco tóxica ; a sua grande rapidez de ação, que já se observa, com doses eficientes, nas primeiras 24 horas, na grande maioria dos casos.

Poucas vezes tivemos ocasião de pôr a Folinerina em confronto direto com a digitalina. Assim, na figura 27, vemos os efeitos comparados da Folinerina e da digitalina em um mesmo doente, em dois acessos subsequentes de insuficiência cardíaca : é notável a semelhança entre as duas evoluções. No caso n.º 22 (fig. 80) suspendemos, em início de Setembro, a administração de Folinerina e passámos a administrar digitalina ; a-pesar-de termos usado doses

massiças desta última, tendo atingido, em pouco menos de uma semana, várias miligramas, o doente piorou progressivamente e acabou por falecer, poucos dias após a suspensão do tratamento digitálico. Por outro lado, alguns doentes que não reagiram bem à Folinerina, não reagiram também satisfatoriamente à digitalina (ns. 4 e 15).

Se compararmos a nossa estatística com a de Jairo Ramos e colaboradores, que usaram a digitalina pelo método de Eggleston, em casos clínicos de todo semelhantes aos nossos, observaremos o seguinte : total de doentes tratados pela digitalina em altas doses, 80, dos quais 41,25 % curados, 31,25 % melhorados, 5,25% não melhorados, 1,25 % piorados, 20 % falecidos ; total de doentes tratados pela Folinerina 50, dos quais 52 % curados, 24 % melhorados, 8 % inalterados, 16 % falecidos. Com a digitalina, entre melhorados e curados, há 72,50 % ; com a Folinerina, entre melhorados e curados, há 76 %.

CONCLUSÕES

Empregámos a Folinerina, glicósido cristalizada do Nerium oleander, em 50 doentes, cujas evoluções acompanhámos, no decurso da terapêutica, e concluimos :

1.º) As doses eficientes de Folinerina, pelo seu efeito intenso e rápido, variam entre 0,8 e 1,2 mgr. ao dia, repetidas, se necessário, por vários dias.

2.º) O efeito da Folinerina é de todo semelhante ao da digital, aparecendo, em geral, nas primeiras 24 horas. Há igualmente analogia entre as modificações eletrocardiográficas produzidas pela digitalina e pela Folinerina, inclusive quanto aos ritmos tóxicos, observáveis com as altas doses desta última ; registramos dois casos de bigeminismo inconstante e três casos de fibrilação auricular.

3.º) O poder de acúmulo da Folinerina é pequeno, com doses pequenas, e médio, com doses elevadas e repetidas, sempre, porém, menor do que o da digitoxina ; em virtude dêsse poder médio de acúmulo, a glicósido é praticamente pouco tóxica e o seu manejo torna-se mais fácil do que o da digitalina.

4.º) A tolerância pelo medicamento é habitualmente ótima ; a diarréia, que frequentemente se observa com as doses altas, não indica intoxicação ; na maior parte dos casos é perfeitamente tolerada e auxilia a eliminação do edema.

5.º) A Folinerina tem as mesmas indicações e contra-indicações da digitalina. Em virtude da sua ótima tolerância é particularmente indicada quando fenômenos dispépticos intensos dificultam o emprego da digitalina ; em virtude da sua grande atividade é indicada também nos casos em que a digital tenha falhado.

BIBLIOGRAFIA

- SCHMIEDEBERG — *Arch. f. exper. Path.* — 149 — 1883.
- W. STRAUB — *Ueber Digitalisstoffe und Digitalis medikamente* — Dtsch. med. Wschr. — 792 — 1922.
- P. RONDONI — *Compendio de Bioquímica* — Trad. de la seg. ed. ital. Ed. Labor — 1929.
- E. POULSSON — *Farmacologia* — Trad. de la 9.^a ed. al. Ed. Labor — 1931.
- BAUER U. FROMHE Z, — *Klin. Wschr.*, — 973, 1933.
- HEUBNER U. V. NYÁRY — *Versuche zur quantitativen Erfassung der Kumulation bei wigitalisstoffen* — *Arch. f. exper. Path.* — 60 — 177 — 1934.
- F. FLURY U. W. NEUMANN — *Uber Folinerin — Ein neues Hersmittel aus Folia Nerii Oleandri* — *Kl. Wschr.* — 16 — 562 — Abril 1935.
- R. SCHWAB — *Klinische Erfahrungen mit dem Herzmittel Folinerin aus Folia Nerii Oleandri* — *Kl. Wschr.* — 16 — 564 — 1935.
- BAINTON J. H., LEVY R. L., DE GRAFF A. C., PARDEE E. B. — *Criteria for the classification and diagnosis of Heart Disease* — Third. ed. — New York — 1935.
- LEVINE SAMUEL — *Clinical Heart Disease* — Saunders — 1936.
- G. LEPEL — *Ueber Folinerin* — *Munch. med. Wschr.* — 3 — 447 — 1936.
- G. LEPEL — *Weitere Erfahrungen über die Wirkung und Verträglichkeit des Folinerin* — *Münch. med. Wschr.* — 12 Março 1937.
- RONTSCH H. — *Klinische Erfahrungen mit Folinerin* — *Dsch. med. Wschr.* — 40 — 1642 — 1936.
- W. THIELE — *Cardioterapia pela Folinerina* — *Die med. Welt.* — 37 — 1936 (separ.)
- A. STOLL — *The cardiac glycosides* — The pharm. press. — London — 1937.
- W. SCHULER E H. OTT — *Folinerin* — *Münch. med. Wschr.* — 49 — Jan. 1937.
- H. W. BANSI — *Perpurat Nerium oleander* — *Med. kl.* — 15 Out. 1937.
- JONÁS U. SAILEROVÁ — *Klinische Erfahrungen mit Folinerin* — *Cardiologia* — 1.1937.
- P. D. WHITE — *Heart Disease* — 2.^a ed. — The Macmillan Cy. New York — 1937.
- D. SCHERF — *Diag. y trat. de las enferm. del corazón y de los vasos* — Trad. de la seg. ed. al. Ed. Labor — 1936.
- J. RAMOS, J. RAMOS JOR., B. TRANCHESI, M. LOTUFO, I. A. CORRÊA — *Tratamento do cardíaco pela digital* — *Rev. Ass. Paul. Mred.* — XII — 401 — Maio 1938.
- ARNOLD H. L., MIDDLETON W. S., CHEN K. K. — *The of Thevitin, a cardiac glycosid, and its linical applications.* — *Am. Jour. Med. Sc.* — 189 — 193 — 1935.
- A. J. CLARK — *Applied Pharmacology* — Ed. Churchill — London — 1935.
- F. ARNAUD — *Terapéutica farm. y matéria médica* — Salvat ed. — Barcelona — 4193.