

Alving Holm

X

Coração e esforço

(Dilatação aguda do coração)



Dezto
1922

200/10 FMP

Tipografia Marques
Rua Gonçalo Crisóstomo, 191
Porto

**Coração
e esforço**

Aloísio dos Santos Coelho

Coração e esforço

(Dilatação aguda do coração)

Tese de doutora-
mento apresenta-
da à Faculdade
de Medicina do
Porto - - -

Porto
1922

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR INTERINO - Prof. João Lopes da Silva Martins Junior

SECRETARIO INTERINO - Prof. Carlos Faria Moreira Ramalhão

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descriptiva	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia	Vaga
Farmacologia	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.
Patologia geral	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica.	Prof. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior.
Bacteriologia e Parasitologia.	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene e Epidemiologia	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.
Medicina legal.	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Anatomia topografica e medicina operatoria	Vaga
Patologia cirurgica	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clinica cirurgica	Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia medica e clinica de molestias infecciosas	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clinica medica.	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapeutica geral e hidrologia médica	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clinica obstetrica.	Vaga
Historia da Medicina e Deontologia	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifilografia	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria	Prof. Dr. Antonio de Souza Magalhães e Lemos.
Pediatria.	Prof. Dr. Antonio de Almeida Garrett.

PROFESSOR JUBILADO

Pedro Augusto Dias, lente catedrático.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de
Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920.*

A' memória de meu Pai

e de minha Irmã

Presente o coração
que estais hoje perto de
mim . . . mas os braços
acho-os vazios se quero
apertar-vos contra o peito.

A minha Mãe

Não, não vou dizer aqui
que isto é trabalho sem
valor; bem sei que para
uma mãe é sempre obra
prima aquella que saíu das
mãos de seu filho.

A meus Irmãos

Com um abraço do vosso
irmão.

A minha Madrinha

Se algum dia ouvir dizer
que a gratidão é coisa que
deixou de existir, eu quero
que veja nesta pagina o des-
mentido dessa afirmação.

A meus Primos e Primas

Muita amizade.

A meu Padrinho

Pouco, nada vale isto,
bem sei; mas pelo muito
que significa será perdoado,
certamente, este meu
atrevido de oferecer-lho.

Aos meus Condiscípulos

Em especial a.. nenhum

Aos meus Amigos

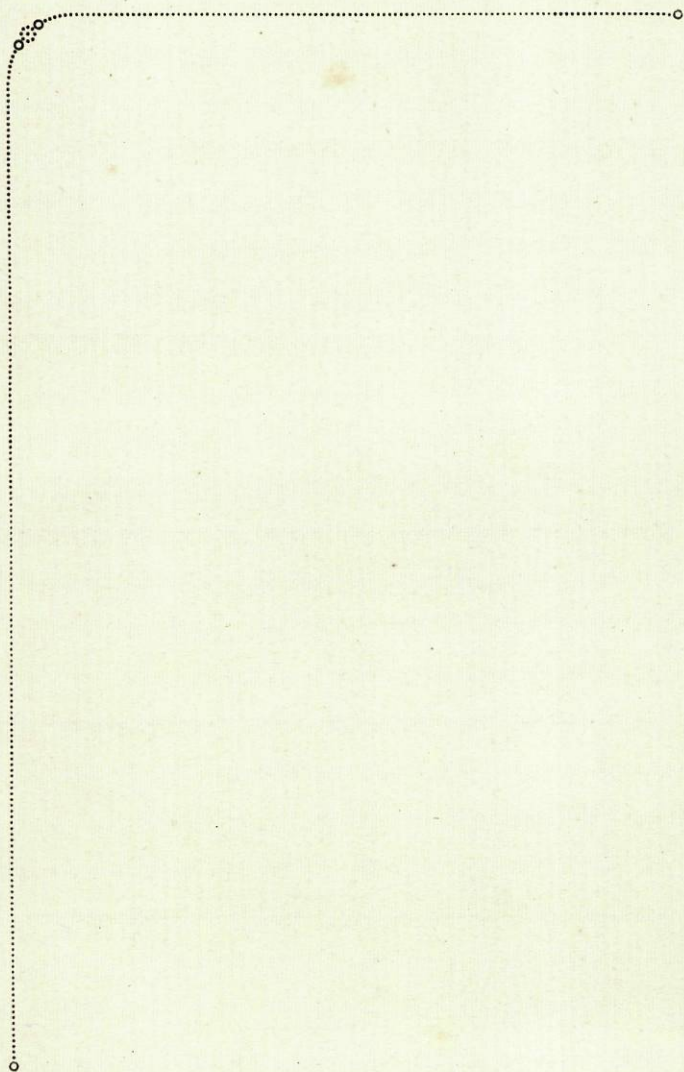
Ao meu professor e presidente de Iese

Dr. Tiago de Almeida

O discípulo reconhecido.

A Ti

Caminheiro já cansado na
estrada negra da vida, aju-
da-me tu a confiar na ven-
tura incerta de algum dia.



Prefácio

*Duas palavras para ti, querido leitor que me não
lês e que, por isso, me mereces a máxima consideração.*

*Se te forem dizer que eu fiquei desapontado
quando soube que não abrias a minha obra, não acre-
dites. Nada me surpreendeu nem magoou isso, e acho
até providencial êste costume de irem as teses com as
folhas por cortar.*

*É que eu tenho em muita conta o tempo dos meus
amigos e de maneira alguma quero contribuir para
que o desperdicem.*

*E também no meu interêsse: que se tu lesses isto
e alguma coisa aproveitável cá encontrasses poderias
supô-la propriedade de tôda a gente menos dêste teu
amigo; e cá para mim o resto, isto é, as muitas asnei-
ras que, em tua opinião, por aqui devem existir. E eu*

já estou a ver o arzinho irónico e a requintada malícia com que, logo à noite, tu criticarias...

Combinado, portanto, que não passas daqui; e sendo assim bem comprehendes que não me demore a falar-te no trabalho que tive em escolher assunto, nas razões que me levaram a dividir a tese em tal número de capítulos, no prazer que poderia ter sentido quando acabei de escrever a última página, em muitas outras coisas que é costume trazer para aqui.

E, já que de comum acôrdo resolvemos que isto não será para tu leres, quero dizer-te que, se algum dia tiveres de escrever uma coisa destas, eu tentarei pagar-te o favor que agora me fazes: o teu livro entrará para a minha vasia estante no mesmo dia em que mo ofereceres — duvido que o faças — e nunca

mais de lá sairá. A não ser que encareça muito o quilo de papel...

Ouve ainda, já me esquecia. Quero consolar-te da desilusão que tiveste se acaso contavas achar o teu nome impresso aqui. Nos meus amigos ou condiscípulos te contei; nestes últimos, se por acaso o foste, naqueles poucos, se te dás à madureza de o ser.

*
* *

Volto-me agora para o meu professor, o Snr. Dr. Tiago de Almeida. E é hesitando que o faço porque bem sei que, oferecendo-lhe êste livro, eu deixo em

aberto a dívida de gratidão que contraí. Não aconteceria assim, tenho a certeza, se em vez de pequeno como é, este meu trabalho fôsse grande como o meu reconhecimento pelo muito que lhe devo: sentir-me-ia até orgulhoso com a oferta, se assim pudesse ser.

*

* *

E agora, antes de pousar a pena, e já que doutra forma não sei fazê-lo, eu quero agradecer ao Snr. Dr. Celestino Maia as muitas atenções que lhe não mereci.

Observação do doente

Não nos falava do coração
êste doente quando chegou ao
Hospital. Bem diferente o sofrimento
que o afligia e que cá o
fazia vir: uma hérnia. Mas era
no coração que havia os desarranjos
mais sérios, como da observação
do doente se infere.

A. J. M., de 38 anos, casado, empregado em um
armazém de vinhos, deu entrada na enfermaria 4 do
Hospital em 2 de Abril de 1921.

Estado actual

É no aparelho circulatório, como agora disse, que
aparecem as maiores alterações.

A palpação do pulso mostra que êste é pequeno,
taquicárdico, hipotenso, arritmico — intermitências, desigualdades.
Tensões arteriais, medidas com o oscilómetro de Pachon:

$$TM = 18, Tm = 7,5.$$

O esfigmograma que adiante vai e os dados esfigmomanométricos que o acompanham permitem avaliar de tôdas estas qualidades do pulso.

São síncronos os pulsos radiais, os femurais são-no igualmente.

Síncronas com as contracções cardíacas, notam-se pulsações ao nível da veia jugular externa ¹, junto à clavícula. Verifica-se que persistem estas pulsações quando se comprime a veia de baixo para cima.

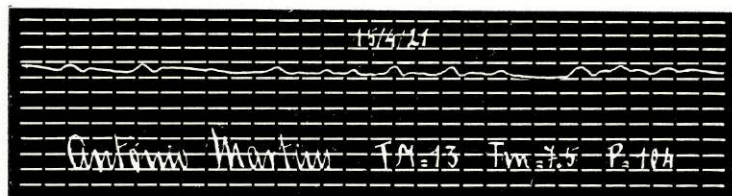
Junto aqui um gráfico dêste pulso jugular tirado simultâneamente com o da ponta do coração.

No estudo dêste gráfico deve atender-se a um defeito de técnica, por virtude do qual o traçado flebográfico ficou um pouco atrasado do da ponta do coração. Êste facto pode verificar-se fàcilmente atendendo a que a depressão *x* do flebograma precede a elevação sistólica do cardiograma, ao contrário do que deveria acontecer.

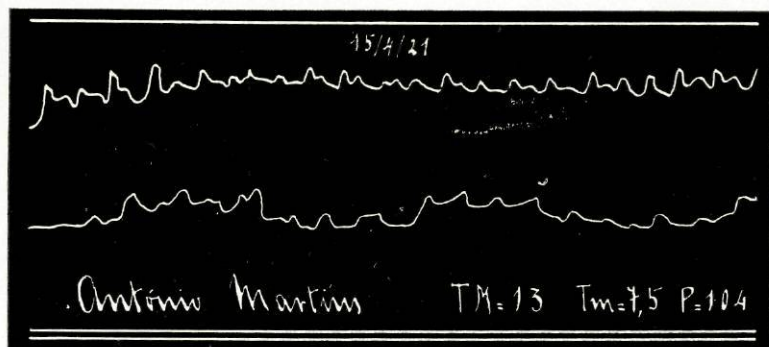
O pulso jugular é aqui de tipo ventricular, como de regra nos casos de arritmia completa. Não existe

¹ Perfeitamente visível e palpável à esquerda, podia dizer-se que o pulso jugular não existia à direita, tão pequeno êle era aí.

Não posso explicar êste facto a não ser pela existência duma trombose venosa à direita.



A. J. M. — Esfigmograma



A. J. M. — Flebo-cardiograma

o acidente *a* dos flebogramas normais, havendo apenas aqui os acidentes *c* e *v*. A depressão *x* é muito pouco acentuada, faltando mesmo aqui e além, havendo neste último caso uma única elevação flebográfica a corresponder à sístole ventricular.

Os traçados cárdio-flebográfico e do pulso radial mostram bem a arritmia completa que aqui existe: as sístoles são irregulares, separadas por espaços que constantemente variam, e desiguais em forma e energia. Desapareceu todo o vestígio do ritmo cardíaco.

É difuso o choque da ponta do coração que bate para baixo e para fora do mamilo.

Percutindo a região precordial, verifica-se que está muito aumentada a área de massicez cardíaca. As linhas de Carlos Prazeres indicam um aumento considerável das cavidades do coração:

	no doente (cm.)	normal (cm.)
HP	12	9,9
EV	17	13,2
FV	2,9	2,9
D	3	1,7

A auscultação do coração permite verificar que estão ensurdecidos os ruídos cardíacos, nos focos mitral e pulmonar, principalmente.

No foco mitral ouve-se um sôpro sistólico intenso. Êste sôpro abrange tôda a sístole e propaga-se nitidamente para a axila, para a região dorsal até.

Um outro sôpro, igualmente sistólico, ao nível do foco tricúspido. Propaga-se êste para a região epigástrica numa extensão de alguns centímetros.

O coração é arritmico. A arritmia é completa não sendo possível ouvir dois sons que de algum modo se pareçam.

Existe um ligeiro edema maleolar e estão também levemente edemaciadas as regiões posteriores do tórax como o provam as impressões da roupa que a êsse nível se encontram. O edema é mole e não está modificada a coloração da pele das regiões edemaciadas.

Gânglios na região inguinal.

Queixa-se o doente de leves enteralgias e de diarreia.

A percussão revela a existência de leve timpanismo abdominal.

A região do hipocôndrio direito é dolorosa espontâneamente e à pressão.

A inspecção do hipocôndrio direito e a palpação da face anterior do fígado, permitem notar a existência de pulsações hepáticas síncronas com as contrações cardíacas.

O fígado está aumentado de volume. Estende-se do quinto espaço intercostal, seu limite superior, até 7 centímetros abaixo do rebôrdô costal, medindo de altura 16 centímetros ao nível da linha mamilar.

Na região epigástrica, aproximadamente a igual distância do umbigo e do apêndice xifoideu, existe uma tumefacção arredondada do tamanho aproximado duma tangerina. É fácil fazer desaparecer esta tumefacção comprimindo-a, mas ela retoma o seu primitivo volume desde que a compressão deixe de exercer-se. Transmite à mão que apalpa os aumentos da pressão abdominal causados pela tosse. A percussão dêste ponto dá som claro, perfeitamente análogo ao das regiões vizinhas. Durante a marcha e depois das refeições esta saliência cresce consideravelmente.

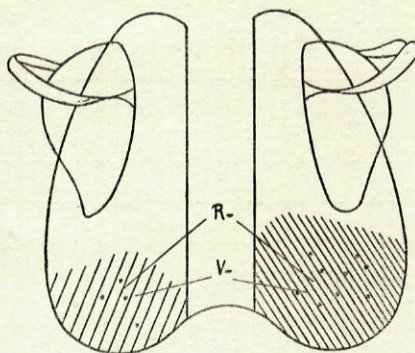
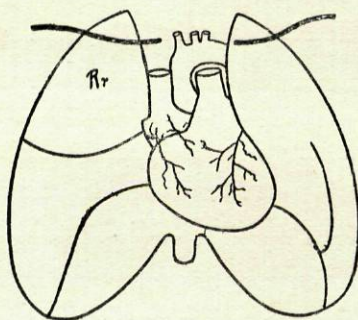
Tosse ligeira, sem expectoração. De 22 por minuto o número de movimentos respiratórios.

Estão um pouco diminuídas as vibrações vocais, na base direita principalmente.

A percussão revela ligeira submassicez das bases, mais acentuada também à direita.

Auscultando os pulmões, nota-se que o murmúrio respiratório está consideravelmente reduzido nas bases e que há sarridos crepitantes a êsse nível.

Em resumo e esquematizando:



A. J. M. — 12/4/21

A diurese, muito irregular. O exame das urinas fraccionadas mostra que há nictúria:

Dias	Das 9 às 21 h.	Das 21 às 9 h.	Volume de 24 h.
20	300	400	700
21	900	1350	2250
22	800	750	1550
23	850	900	1750
24	1200	100 (?)	1300
25	1000	1200	2200
26	700	750	1450
27	1150	100 (?)	1350

As urinas não contêm albumina, actualmente.

Não há alterações notáveis da reflectividade. Estão talvez um pouco diminuídos os reflexos cutâneos plantares e radiais; levemente aumentados os rotulianos e aquilianos.

A reacção de Wassermann deu resultado negativo.

História e evolução da doença

Há um ano, aproximadamente, que isto começou. Ajudado por um companheiro, o doente transportava

uma pipa. Seguiam numa descida, e êle, que ia adiante, escorregou e por pouco cederia; mas quis evitar a queda, por temer um mal maior, e fêz para isso um esforço violento.

Tão violento que daí a pouco o doente sentia fortes dores torácicas e notava a existência duma pequena tumefacção, acima do umbigo um pouco. Esta tumefacção cresceu depois lentamente: era a hérnia.

Muito breve começou a fazer-se sentir a dispneia de esforço e de sono e apareciam, por vezes, palpitações.

Em Janeiro último a dispneia e as palpitações aumentaram consideravelmente. Era já impossível o decúbito.

Começaram então a aparecer edemas que dos membros inferiores, onde se iniciaram, rapidamente se estenderam a todo o corpo. O doente ficou em anúria durante dois dias.

Sob a influência do descanso, do leite e, porventura, dos medicamentos que lhe foram administrados, o estado do doente modificou-se rápida e muito favoravelmente.

Começou então a preocupá-lo a hérnia que o exercício e até as refeições fazem crescer. Veio, por isso, a ideia duma intervenção cirúrgica, e é esta que traz o doente ao hospital. Que do resto julga-se êle curado.

Como se acordasse em que a operação não devia fazer-se, por pouco vantajosa, o doente retirou-se do hospital ao cabo de poucos dias, motivo porque me não foi possível acompanhar êste caso por mais tempo.

Antecedentes mórbidos

Teve a varíola quando criança.

Aos 26 anos teve um ataque de reumatismo articular agudo que se prolongou por mais de dois meses.

Sendo empregado em um armazém de vinhos, o doente confessa que amiúde abusava do álcool.

Relativamente à sua família, o doente nada refere que mereça atenção.

Etiologia
Cardiopatias anteriores
O esforço

La littérature médicale sur le surmenage cardiaque est aussi abondante que contradictoire. Les uns affirment les autres nient l'existence possible d'une dilatation cardiaque par surmenage..... Cette discussion restera probablement indéfiniment pendante.

(LIAN).

Creio que não será de todo inútil o estudo que agora vou tentar, porque na étio-patogenia dos padecimentos de que é portador êste doente intervêm múltiplos factores, e do valor etiológico que a cada um deles attribuímos dependerá a terapêutica a estabelecer.

Começo por referir-me às lesões do coração esquerdo.

O meu doente apresenta sinais duma insuficiência mitral, como direi, e teve, há anos, o reumatismo articular agudo. Atenta a predilecção desta doença por aquele ponto do endocárdio, racional será attribuir à infecção reumatisal aquella lesão. E conhecida, como é, a evolução habitual da insuficiência aurículo-ventricular esquerda, bem se comprehende que por

muito tempo esta fôsse perfeitamente tolerada, como foi. Outro tanto não acontece, segundo creio, no que respeita à lesão do orifício tricúspido que me parece ter tido origem bem diferente.

A insuficiência tricúspida de origem reumatismal é muito rara e, quando existe, é sempre consecutiva a lesões do coração esquerdo, à estenose mitral em particular; isto, como se sabe, pela excessiva pressão que a estenose mitral determina ao nível do ventrículo direito.

Portanto, a ter de admitir a origem reumatismal da insuficiência direita, o que é raro, como disse, eu seria levado a considerá-la como uma lesão funcional consecutiva à lesão esquerda.

¿Mas como conceber que esta insuficiência tricúspida, assim originada, existisse durante muito tempo sem que surgissem fenómenos de descompensação cardíaca? Porque, como referi, o doente não acusa a mínima dispneia, as mais leves palpitações, o mais ligeiro edema, até à data do esforço violento que provocou a hérnia. E é de notar que logo a seguir a êste a descompensação aparece anunciando-se por dispneia e palpitações e levando o doente em poucos meses a uma perfeita assistolia.

Para mim, portanto, a insuficiência tricúspida é contemporânea do esforço e é neste que eu a filio, como breve vou dizer.

Mas antes disso deter-me há por um momento a dilatação aguda do coração que deve ter tido uma origem perfeitamente análoga à da insuficiência da válvula aurículo-ventricular direita.

A cardiectasia aguda pode produzir-se em circunstâncias muito variadas e longe está de constituir um acidente raro na clínica.

Aparece, com relativa freqüência no decorrer das doenças inficiosas agudas: reumatismo, escarlatina, febre tifoide.

Pode nestes casos atribuir-se a dilatação cardíaca ora a uma endocardite, ora a uma endo-pericardite, ora, e talvez mais freqüentemente, a um estado de miocardite difusa, admitida e invocada por Huchard, Romberg e outros.

Em outros casos a-pesar-destas lesões e, principalmente, na sua ausência, a dilatação do coração não pode explicar-se a não ser pela acção das toxinas microbianas sôbre a contractilidade do músculo cardíaco.

A dilatação aguda pode ainda nestes casos e em outros análogos ser devida a uma hipertensão sanguínea, seja esta igualmente de origem toxínica, seja então determinada por uma complicação que bruscamente surge, como a freqüente nefrite escarlatinosa.

A cardiectasia aguda pode também ser consequência dum esforço muscular enérgico.

Os esforços musculares violentos determinam, às vezes, desordens graves no coração.

E facilmente se compreende que assim possa acontecer. No momento do esforço a circulação pulmonar é notavelmente dificultada: a glote fechada impede a saída do ar que, comprimido no tórax, oferece obstáculo à entrada do sangue nos pulmões. O ventrículo direito é assim submetido a um excesso de pressão considerável que se faz sentir na aurícula e no sistema venoso onde o sangue se acumula, por pouco que o esforço se prolongue.

A pressão arterial sofre também um aumento brusco no momento do esforço muscular ¹. Êste aumento de pressão é tão considerável que Allbutt diz

¹ Fez-se mesmo a curiosa observação, que parece ter sido confirmada, de que a sugestão hipnótica do trabalho faz, por momentos, subir a pressão arterial quási tanto como o próprio trabalho.

Kornfeld notou que a tentativa de caminhar sôbre uma linha recta, numa distância suficiente, fazia subir mais a pressão arterial do que um passeio à vontade na mesma extensão.

que se um indivíduo não habituado fôr levado por emulação a colocar aos ombros um fardo pesado, a sua falta de hábito para exercícios desta natureza pode provocar um aumento de pressão tão brusco e considerável que dilate o seu coração e produza mesmo uma rotura em qualquer das suas partes.

Não admira, portanto, que um esforço muscular considerável possa ofender gravemente o coração. E se nos indivíduos são os factos desta natureza não são freqüentes, sendo mesmo negados por autores, é que, como todos ou quási todos os nossos órgãos, o coração é capaz de desenvolver um trabalho muito mais considerável do que aquele que ordinariamente dele exigimos.

Mas já não é assim no coração doente. Êste tem a sua potência de reserva mais ou menos reduzida e será, por isso, sensível a um acréscimo de trabalho que fàcilmente venceria se estivesse são.

Não faltam, na literatura médica, citações de casos em que se verifica que, como dizia, um esforço violento é capaz de originar lesões cardíacas de várias naturezas.

Um dêsses casos refere-se a um homem de 41 anos, atacado desde há tempos de dores reumáticas, que a seguir a um esforço enérgico sentiu uma espécie

de laceração interna no peito acompanhada de palpitações e de opressão. Tinha feito uma rotura da válvula tricúspida (Huchard).

Uma rapariga de 23 anos, grávida, com uma tuberculose no terceiro grau, tinha acessos violentos de tosse que determinaram igualmente uma rotura da válvula tricúspida ¹.

Certel cita o caso duma senhora que tendo feito um esforço considerável para subir para um comboio teve uma prolongada crise de assistolia.

Huchard, Merklen e outros autores citam inúmeros casos d'este género. E ainda o ano passado o meu professor, Snr. Dr. Tiago de Almeida, nos apresentou uma rapariga que fêz em tempo uma dilatação aguda do coração a seguir a uma queda abaixo dum eléctrico.

Penso que estamos agora em presença dum

¹ Mas das lesões valvulares de origem traumática são as do orifício aórtico as mais freqüentes como se deduz da estatística de Raneletti :

Rotura das válvulas aórticas	49
» da válvula mitral	27
» » » tricúspida	2
» » » pulmonar	1

doente dêste género, dum doente que forçou o seu coração.

Como referi o doente fêz, há cêrca dum ano, um esforço muscular violento, tentando evitar uma queda. Nos dias seguintes acusava êle dores intensas no tórax e apareciam, com o menor esforço, dispneia e palpitações cardíacas.

Êste doente teve o reumatismo e tem, provavelmente desde então, uma insuficiência mitral completamente latente até à data do esforço. É possível que existisse também uma certa hipertrofia compensadora do ventrículo direito.

O doente era empregado em um armazém de vinhos e confessa que não raro abusava do álcool que tinha à mão.

Não faltavam, portanto, causas que colocassem êste coração em estado de notável inferioridade; bem longe estava êle de ser um coração são.

Eu penso que o aumento brusco da pressão arterial, que forçosamente se deu no momento do esforço, se foi reflectir sôbre o ventrículo direito dilatando-o rapidamente e acarretando ao mesmo tempo a insuficiência da válvula tricúspida.

Assim formada esta insuficiência bem se comprehendem tôdas as perturbações ulteriores.

Eu refiro-me em especial ao ventrículo direito porque é ao nível dêste que deve ter sido mais vio-

lento o choque: o excesso de pressão que teria de vencer o ventrículo esquerdo iria ainda incidir sobre o coração direito visto que a válvula mitral insuficiente deveria ter desempenhado o papel duma válvula de segurança, evitando assim, em parte ao menos, os efeitos que sobre o ventrículo esquerdo poderia ter o excesso brusco e considerável da pressão arterial.

Talvez não fôsse de todo estranha a estas lesões cardíacas a emoção causada pelo receio de ser esmagado, verdadeira origem do esforço. Efectivamente, como é sabido, as emoções violentas são capazes, por si sós talvez, de originar arritmias e até lesões cardíacas de outra natureza.

Atribuo, portanto, ao esforço muscular e possivelmente, em parte, à emoção que o acompanhou, a dilatação do coração e a insuficiência tricúspida com as suas conseqüências; favorecida a produção destas lesões pelo enfraquecimento da fibra cardíaca devido ao álcool e à antiga infecção reumatismal.

Diagnóstico

É bem rica a sintomatologia que há pouco apontei. Dela decorre o diagnóstico de graves lesões cardíacas de que é portador o doente que me ocupa.

Sob dois pontos de vista, pode ser encarado o problema: o das alterações anatómicas que este coração sofreu e o das perturbações funcionais por aquelas determinadas.

Quanto a alterações anatómicas, eu creio poder afirmar a existência duma *dilatação do coração* acompanhada de *insuficiência das válvulas auriculo-ventriculares* direita e esquerda.

O aumento da área da massicez cardíaca concordando com as indicações fornecidas pelas linhas de

Carlos Prazeres, traduz a dilatação das cavidades do coração.

Uma hipertrofia cardíaca daria, é certo, resultados semelhantes. Mas nesse caso os ruídos cardíacos, longe de ensurdecidos, seriam acentuados, o pulso teria qualidades bem diferentes, não seria tão acentuado o aumento da massicez, seria violento o choque da ponta do coração, não haveria tão rápidas e pronunciadas alterações funcionais.

Deve ainda excluir-se a hipótese da existência dum derrame pericárdico, visto que êstes surgem em regra no decorrer duma doença aguda e acompanham-se dum conjunto de sinais que de todo faltam aqui: abaulamento da região precordial, configuração especial da zona de massicez e suas modificações com a mudança de atitude do doente, atritos pericárdicos, desaparecimento, completo ou quási, dos ruídos do coração.

O abaixamento e desvio do choque da ponta do coração, a existência dum sôpro no foco mitral e os caracteres que êste reveste — holossistólico, propagação axilar e dorsal —, as qualidades do pulso — taquicárdico, pequeno, arritmico — são sinais mais que suficientes para estabelecer o diagnóstico da insuficiência da válvula mitral.

A insuficiência tricúspida afirma-se por um conjunto de sinais igualmente característico: sôpro sistólico ao nível do foco tricúspido, pulsos jugular e hepático, edemas, dilatação cardíaca, congestões viscerais.

Poderão lembrar uma miocardite alguns dos sinais que êste doente apresenta: arritmia completa, ensurdecimento dos ruídos cardíacos, dilatação do coração.

Mas eu não me julgo no direito de afirmar a existência de tal afecção por algumas razões que vou apontar.

Em primeiro lugar não está demonstrado que a insuficiência cardíaca de origem miocárdica seja sempre devida a lesões do músculo cardíaco; pode ela vir duma fadiga dêste músculo proveniente de doenças que, como as nefrites, fatigam o miocárdio, ou ainda de toxi-infecções susceptíveis de paresiar o músculo cardíaco.

A dilatação do coração explica-se com facilidade sem que se torne necessário invocar a miocardite: bastam, creio, para explicar a sua produção, o esforço muscular e a insuficiência mitral, como em outro lugar disse.

A arritmia filio-a eu também na insuficiência mitral, tanto mais que esta lesão é geralmente acompa-

nhada de arritmia no seu período hipossistólico, se não antes.

Parece-me pois que não deveremos fiar-nos muito em arritmias para basear um diagnóstico de miocardite, e faço minha a opinião de Castaigne, que diz que só nos casos em que não encontrarmos nenhuma causa de *surmenage* cardíaco, como sejam as lesões orificiais, só nesses casos poderemos colocar na fibra muscular do coração uma assistolia de que nada mais explica a produção.

¿E para que quereremos nós atribuir à existência duma lesão duvidosa sintomas que com tanta facilidade podemos explicar por uma lesão certa?

Não creio, portanto, que este doente seja portador duma miocardite. Não querendo isto dizer que eu afirme a integridade perfeita do miocárdio; não pode ele ter sido insensível às lesões valvulares que aqui existem nem, e principalmente, à acção prolongada do álcool, de que o doente freqüentemente abusava, como referi. Mas daqui à afecção caracterizada que é a miocardite, boa distância vai ainda.

Sob o ponto de vista funcional, aquele que mais importa na prática, estamos em presença duma insuficiência ventricular direita, bem vizinha já da assistolia.

E a traduzi-la :

a) *Os sintomas funcionais de insuficiência cardíaca*: dispneia de esforço e de sono, palpitações;

b) *As perturbações circulatórias*:

Desvio do choque da ponta do coração;

Dilatação cardíaca, nomeadamente das cavidades direitas, como o demonstram a percussão e as linhas de Carlos Prazeres;

O pulso radial que com as suas qualidades reflecte os caracteres da contracção cardíaca;

A tensão arterial se bem que talvez um pouco baixa não corresponde, contudo, às outras alterações circulatórias;

O pulso jugular, de tipo ventricular oferece os caracteres habituais em caso de insuficiência tricúspida e de arritmia completa;

c) *As congestões viscerais passivas*:

O fígado oferece como sinais de congestão o aumento de volume, a dor espontânea e à pressão, o pulso hepático;

Nos pulmões traduz-se a congestão pela submas-sicez, pelos sarridos crepitantes, pela diminuição do murmúrio respiratório e das vibrações vocais;

Nos rins são menos nítidos agora os sinais de congestão: a diurese, muito irregular, indica no entanto tendência para a poliúria. Mas a oligúria existiu já e as urinas são ainda carregadas. A oligúria

sucede agora uma poliúria libertadora que acompanha o desaparecimento dos edemas. O exame das urinas fraccionadas mostra que há nictúria, a traduzir a retenção de água por depuração renal ainda insuficiente;

A diarreia que o doente acusa poderá igualmente ser de natureza congestiva, mas não quero afirmar que assim seja pois pode provir de qualquer outra causa.

d) *Os edemas.* São agora bem ligeiros êstes e atingem apenas os maléolos e a região dorsal. Mas como da história da doença se infere, bem mais consideráveis foram êles já e ainda bem que vão cedendo agora ao tratamento instituído.

*

* *

A tumefacção epigástrica que descrevi apresenta tôdas as características duma hérnia.

Tratamento

Chaque jour l'autorité du médecin entre en conflit avec les protestations de l'instinct chez le malade.

(FIESSINGER).

Quero agora dizer o que penso relativamente ao tratamento a que deverá ser submetido êste doente.

Todos os nossos esforços deverão visar um único fim: facilitar e diminuir o trabalho imposto ao coração.

O repouso completo no leito e o regímen lácteo exclusivo deverão aconselhar-se enquanto se mantiver o estado de quási assistolia em que o doente actualmente se encontra.

A digitalina, indicada agora, deverá ser prescrita em doses médias: dez ou doze gotas por dia será dose suficiente.

Desde que melhorado o estado actual do doente, a observação de preceitos higiénicos adequados, prá-

tica de alguns exercícios físicos, reduzida terapêutica medicamentosa, são meios que reputo eficazes para conseguir do tratamento o máximo de resultados que é lícito esperar.

O regímen alimentar deve merecer atenção.

A alimentação deve ser reduzida, primeira condição a estabelecer. Que comemos e bebemos muito, tem-se dito muitas vezes. Ora êste doente é um cardíaco e um cardíaco de coração dilatado; e se a todos os cardíacos é prejudicial a alimentação excessiva a nenhuns como aos dilatados de coração, a quem convém sempre um regímen de redução.

E não só redução de sólidos, também de líquidos, que o excesso dêstes dificulta o trabalho do coração e do rim, órgão êste cuja integridade tanto importa ao cardíaco.

Creio proveitosa aqui a prática das pequenas refeições.

Quanto à natureza e preparação dos alimentos parece-me de aconselhar um regímen mixto, hipocloretado, donde sejam banidos os alimentos de difícil digestão e ainda aqueles que provoquem a distensão do estômago.

Os excitantes, álcool, café, chá, deverão ser suprimidos em absoluto.

O funcionamento do intestino deve ser vigiado e

combatida a obstipação, se sobrevém. O regímen vegetariano será útil então.

Êste doente é pobre e difficilmente se resolverá, por isso, a abandonar o trabalho desde que para trabalhar se sinta com algumas aptidões. Urge, portanto, escolher-lhe uma profissão em que menos numerosos sejam os inconvenientes. Empregado em um escritório ou guarda-portão duma quinta, êste doente poderia trabalhar sem molestar o seu coração.

A questão dos exercícios físicos nas cardiopatias tem dado logar a inúmeras controvérsias. Condenados em absoluto por alguns, chegam outros a erigi-los em método do tratamento. Certel chegou mesmo a instituir a sua cura de terreno, com o fim de provocar uma hipertrofia do coração. Estes métodos tendem a ser abandonados por ineficazes e até perigosos. A verdade, como de regra, parece estar entre os dois extremos: o exercício moderado facilita a circulação e deve ser benéfico para o coração.

A marcha parece ser de todos o melhor exercício por ser o mais fácil de pôr em prática e também o que mais facilmente pode ser regulado. Parece-me que será proveitosa para êste doente.

A hidroterapia pode também, e com proveito, ser empregada.

São para desaconselhar os banhos frios pela vaso-constricção que provocam e pela fadiga do coração que assim podem determinar.

O contrário direi dos banhos tépidos ou quentes que facilitando a circulação periférica, são verdadeiros tónicos do coração e proveitosos para o doente.

Agora os medicamentos. Poucos.

A digitalina, o grande tónico do coração, rara indicação terá aqui, se a evolução da doença fôr favorável.

Quer no campo experimental, quer na clínica a digitalina tem sido objecto de intermináveis e nem sempre proveitosos estudos. E a-pesar-disso não há talvez medicamento a propósito da posologia do qual mais divirjam as opiniões dos autores: continuam alguns a aconselhar ainda as grandes doses de Huchard, durante dias consecutivos mesmo, e já outros em absoluto as condenam e prescrevem a digitalina em doses quasi homeopáticas. É difficil a escolha para os inexperientes, mas, daquilo que pude observar nas enfermarias do hospital e do que na minha limitadíssima prática vi, sou levado a concluir que as pequenas doses são perfeitamente eficazes e certamente as mais inofensivas. Mas se bem que alguns creiam perfeita-

mente inofensivo o uso prolongado, anos a fio, das pequenas doses de digitalina, eu sinto dificuldade em compreender a inocuidade de tal prática, tratando-se dum medicamento, como êste, activo. Actuando de resto, sôbre um órgão doente.

Parece-me pois que a digitalina não deverá usar-se fora dos períodos assistólicos que forçosamente sobrevirão, e mesmo um pouco antes se fôr possível prevê-los. Deverá ser prescrita então nas doses de X ou XV gotas e em menores doses quando usada como preventivo.

A teobromina, terá mais largas indicações neste caso. É medicamento inofensivo e mesmo que não fôsse um tonicardiaco directo, como querem alguns, a teobromina facilita a depuração renal e alivia, portanto, o coração.

Associada à cafeína, na cola, será decerto proveitosa nos períodos interdigitálicos.

Há ainda um padecimento que o doente não quer esquecido: a hérnia.

Pede êle a cura desta por uma intervenção cirúrgica.

O estado do coração obriga a rejeição da anes-

tesia geral; mas seria inofensiva a anestesia local e possível a operação assim.

Mas não a aconselho, contudo. Nada representa a cura da hérnia, visto que em nada aproveita ao resto. E a presença daquela obrigará o doente a uma cura de descanso, cuja necessidade êle de outra forma certo não compreenderia. *A quelque chose malheur est bon.*

Conclusões

A observação dum único caso da natureza do que aqui estudei não me autoriza a sintetizar em conclusões os factos observados; mas permite confirmar as observações feitas de que:

- 1.º Um esforço muscular violento é capaz de determinar desarranjos graves, às vezes alterações permanentes do coração;
- 2.º Isto acontece principalmente, se não exclusivamente, nos casos em que o coração não estava anteriormente são;

- 3.º O conhecimento da existência de qualquer alteração cardíaca, mesmo com perfeita compensação, é razão suficiente para desaconselhar determinadas profissões.

VISTO

Thiago d'Almeida,
Presidente.

PODE IMPRIMIR-SE

Lopes Martins,
Director interino.

BIBLIOGRAFIA

J. CASTAIGNE — CH. ESMEIN — *Les maladies du cœur et des artères*. Paris, 1921.

E. SERGENT — RIBADEAU DUMAS — L. BABONNEIX — *Traité de Pathologie Médicale & de Thérapeutique Appliquée*; IV — *Appareil Circulatoire* (Vaquez, Lian, Heitz, Leconte). Paris, 1922.

CH. FIESSINGER — *Traitement des maladies du cœur et de l'aorte en clientèle*. Paris, 1920.

H. HUCHARD — *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte* — Paris, 1899.

JAMES MACKENSIE — *Les maladies du cœur* — (Traduit par le Dr. A. Françon). Paris, 1920.

P. MERKLEN — *Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur* — Paris, 1908.

F. J. COLLET — *Précis de pathologie interne* — Paris, 1920.

C. ALLBUTT and H. D. ROLLESTON — *Diseases of the heart and blood-vessels* — London, 1910.