

DR. KARL FAHRENKAMP

O CARDIACO

FACTOS MAIS IMPORTANTES E
COMMUNS DO SEU TRATO DIARIO

~~Sala 10
Est. 13
Tab 3
N.º 24~~



DR. KARL FAHRENKAMP, STUTTGART

O CARDIACO

FACTOS MAIS IMPORTANTES E COMMUNS
DO SEU TRATO DIARIO

—
VERSÃO DO ALLEMÃO



RC
MCT
616
FAH

1936

KNOLL A.-G., CHEMISCHE FABRIKEN

LUDWIGSHAFEN A. RH.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

COMPOSIÇÃO, IMPRESSÃO, ENCADERNAÇÃO DA CASA SPAMER A.-G., LEIPZIG

PREFACIO DO AUTOR

O medico que receber este livro de uma conceituada firma allemã, em regosijo por uma commemoração festiva, comprehenderá os motivos que me levaram a divulgar por este meio, e com prazer, a minha experiencia no terreno da Cardiologia e especialmente, das relações entre o medico e o cardíaco.

A firma Knoll A.-G. festeja em 1936 o 50° anniversario da sua fundação.

Aproveitando esse jubiléu, a Knoll A.-G. resolveu romper os limites da propaganda commercial corrente e offerecer aos medicos um capitulo de um ramo da sciencia medica allemã. Fui, assim, convidado para collaborar na realização desse plano.

Graças aos meus estudos em Heidelberg e aos trabalhos scientificos a que, desde 1909, me dediquei no Instituto de Pharmacologia sob a orientação do Conselheiro *R. Gottlieb*, á grande amizade que manteenho com o Conselheiro *Hans Horst Meyer*, velho e sabio mestre de Pharmacologia e á minha actividade como assistente do Conselheiro *L. v. Krehl* na Clinica Medica da Universidade, tive o ensejo de collaborar nas pesquizas scientificas originaes relativas ao *Digipuratum*, que se introduzia, então, na pratica medica.

Como estudante e como medico e pela collaboração intima que mantinha com o Instituto Pharmacologico de Heidelberg, acompanhei o desenvolvimento da firma Knoll A.-G. na vizinha cidade de Ludwigshafen s. o Rheno.

Na minha viagem á America do Sul, entrei em contacto estreito com varias associações medicas do Brasil e da Argentina. Fiz amizade com medicos eminentes. Compreendi perfeitamente a importancia

do livro allemão de Medicina, sobretudo comparado com a demais litteratura medica estrangeira.

Em 20 annos naturalmente augmentaram os meus conhecimentos da Pharmacologia Experimental em suas relações com a Medicina Interna. Conheci tambem melhor a modalidade particular de trabalho da firma Knoll. Aceitei, por isso, com prazer, a incumbencia de escrever um pequeno livro sobre a minha especialidade, em que eu interpretasse a minha experiencia pessoal no que respeita ás doenças do coração e aos doentes cardiacos, além de expôr um tratamento de accordo com o raciocinio experimental e a pharmacologia.

Si, por um lado, coube a mim a modesta contribuição de elevar o conceito de sciencia exacta da Medicina Allemã, por outro lado é digno de encomios o original gesto da firma Knoll A.-G. de brindar os medicos de outros paizes com um livro sahido da penna de um medico allemão.

É, pois, este livro o brinde festivo de uma instituição allemã de grande responsabilidade, cujos productos medicinaes gozam de notavel reputação, tanto na Allemanha como no estrangeiro, pelo alicerce scientifico em que se baseiam.

*

Como é natural, o médico que, depois de longo tempo de aperfeiçoamento nas clínicas, queira exercer uma especialidade livremente escolhida, chega, atravez dos seus próprios trabalhos, a relacionar-se intimamente com a ciência investigadora da sua especialidade. Disto depende a essência e a qualidade do especialista.

Passando da theoria á pratica, nasce, sobre o terreno de uma educação professional basica e do raciocinio e da observação individuaes, a experiencia propria. Esta terá sempre o cunho da personali-

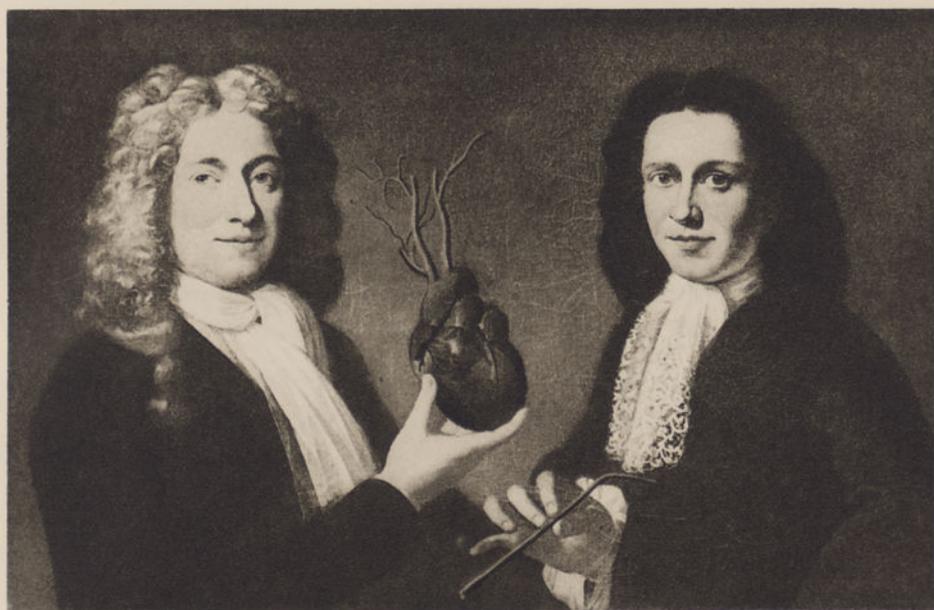
dade. É sempre subjectiva; será objectiva, sómente quando fôr relativa a pesquisas reconhecidas por todos, mas, ainda então, ella depende da actualidade e varia e se transforma com as novas aquisições scientificas.

Não pretendemos, com este livro, produzir obra scientifica. Sua finalidade unica é tirar dos acontecimentos da pratica quotidiana do especialista algumas considerações capazes de despertar um estimulo para o estudo e a discussão do assumpto.

O soffrimento e os perigos são, para o doente, iguaes em todas as partes do mundo. Sua expressão é identica por toda a parte e independente de palavras e de idiomas. Apesar, pois, da distancia que o separa do autor e das differenças entre o Velho e o Novo Mundo, este livro proporcionará, certamente, ao leitor, algum incitamento em favor de sua acção e em pról dos cardiacos que a elle se confiam.

Primavera de 1936.

O AUTOR



DEMONSTRAÇÃO DO CORAÇÃO, NO ANNO DE 1699

Amsterdam

PINTOR: JURRIAEN POOL

O coração, injectado e artisticamente preparado, occupa o centro do quadro e é o ponto para onde converge todo o interesse. Os dois médicos e presidentes do Grémio de Cirurgiões de Amsterdam, C. Boeckelmann e J. Six, utilizaram o método de Fredrik Ruysch; Six segura na mão o instrumento com que se praticou a injeção. O anatómico Ruysch (pae da célebre pintora de flores) tinha aperfeiçoado o método de injeção de vasos inventado por Swammerdam e conseguido assim grandes êxitos, não só científicos como também pecuniários. O pintor do quadro era genro do anatómico.

CAPITULO I

O diagnostico no cardiaco

Todo raciocinio e toda acção do medico começam pelo esforço de reconhecer a doença. Este reconhecimento se faz pelos symptomas. Quando o medico pode attribuir os varios symptomas a uma causa unica e consegue reconhecer a *verdadeira* causa da doença, pode firmar um diagnostico seguro. Da certeza do diagnostico decorre o acerto da acção do medico.

O seculo XIX distingue-se de todos os anteriores pelos progressos, nunca previstos ou suspeitados, da diagnostica em todos os ramos da sciencia medica. Basta recordar o reconhecimento, em conjuncto, das doenças infecciosas.

Com a evolução no diagnostico das doenças, nestes ultimos decennios, volta-se a ligar novamente attenção ao doente. Hoje em dia, consideramos, em clinica, não mais apenas a doença, senão tambem o seu portador: o doente.

A personalidade do doente tornou-se, por assim dizer, uma sciencia propria. A pessoa doente interessa ao medico sobretudo quando ella não é atacada apenas de uma doença infecciosa passageira, mas sim de um processo morbido de character chronico, capaz de modificar a sua personalidade com o correr dos annos. É o que se observa de maneira toda especial nas doenças do coração e nos cardiacos.

Devemos, pois, sempre que falamos em *doenças do coração*, pensar tambem no *cardiaco*. Perscrutamos e julgamos, com os recursos scientificos de que dispomos e á luz das mais recentes aquisições da pathologia circulatoria, o coração e toda a corrente circu-

latoria. Chama-se «objectiva» a verificação de alguém estar ou não doente do coração. Acalmamos o doente que nos procura com a preocupação de estar soffrendo do coração, desde que objectivamente não possamos constatar nenhum estado pathologico. Ora, si as *condições objectivas* reveladas pelo nosso exame coincidissem sempre com a *sensação subjectiva da doença* ou a consciencia plena do estado pathologico, seria muito facil resolver as questões relativas ao diagnostico no cardiaco.

Na verdade, porém, as coisas se passam de modo differente e muito intrincado.

A pessoa que adoecer subitamente com febre e uma dor no lado direito do abdomen, submete-se facilmente ao diagnostico do medico, e concorda si lhe for proposta a operação de appendicite. Deante da invasão da sensação aguda de doença, o paciente adquire com a mesma rapidez a correspondente consciencia da doença e uma compreensão acertada dessa doença. O seu comportamento estará de accordo com estes sentimentos e elle tudo fará, activa e passivamente, para recuperar a saúde. Submete-se ás prescrições do medico e se conforma consciente e pacientemente com a convalescença. Ao contrario deste exemplo de invasão aguda da doença, será completamente differente o comportamento de uma pessoa que é acometida, sem signaes pathologicos violentos — e ás vezes, de modo inteiramente imperceptivel — de uma affecção chronica de um orgão ou systema de orgãos.

Com excepção da angina de peito e de estados analogos, o cardiaco praticamente nunca é assaltado, de modo subito, pelas suas manifestações morbidas. Não cogito, por ora, da embolia, do infarcto do myocardio, do edema agudo do pulmão e de quadros semelhantes.

Via de regra, uma doença do coração ou da circulação tem um desenvolvimento frustrado e insidioso, não determinando para o seu

portador nem dores, nem outros signaes pathologicos. As alterações inflammatorias agudas, post-infecciosas, do myocardio e do endocardio podem installar-se, em regra, de modo insidioso no decurso da doença infecciosa aguda, que attinge o paciente em pleno gozo da saúde. Tal acontece em todas as doenças infecciosas, escarlatina, sarampo, typho exanthematico, diphtheria, angina, e mesmo na tão frequente infecção mixta a que denominamos grippe.

A doença infecciosa mais importante, relativamente ás affecções cardiacas, é, na idade juvenil, o rheumatismo polyarticular agudo. Sua etiologia é desconhecida. Nessa idade, o paciente adoce com dores e entumecimento das articulações e, geralmente, com febre alta. Nunca se pode deduzir da gravidade da doença aguda, si sobrevem ou não uma endocardite. A experiencia mostra, porém, que numerosos doentes têm o seu coração attingido pela doença, conservando, por toda a vida, uma lesão valvular grave e complexa.

No rheumatismo polyarticular agudo é curioso e interessante observar que justamente os casos mais leves, com muito maior frequencia que os graves e acompanhados de febre elevada, trazem, como consequencia, uma endocardite grave. Mesmo nessa doença infecciosa, classica nas suas relações com a pathologia circulatoria, os phenomenos pathologicos no endocardio, no myocardio ou no pericardio se installam de modo essencialmente insidioso.

Muitas vezes, o acomettimento infeccioso do coração e das suas tunicas envolventes só é trahido por uma pericardite, ou antes, por uma pleuro-mediastinite. Apparece, então, o symptoma dor, e o medico reconhece logo o perigo. Este decurso gravissimo não é, porém, a regra. Nas doenças infecciosas agudas que enumerámos, o diagnostico ainda é facil, pois todo medico *pensa* no coração do doente febril e presta a sua especial attenção á circulação. É muito mais frequente, todavia, vermos estabelecer-se uma lesão valvular

ou myocárdica, traiçoeira e imperceptivelmente, muitas vezes em consequência de uma doença febril aparentemente sem perigo. Nem o médico, nem o doente notam o que se passa. Tal acontece, por exemplo, em muitos casos de angina, cujo curso o doente atravessa, sem guardar o resguardo necessário, nem modificar os seus hábitos de vida. Esse doente tanto pôde apresentar, um bello dia, o quadro de uma nephrite aguda e recente, como procurar o médico, queixando-se de uma doença do coração e apresentando uma alteração post-infecciosa da conductibilidade.

Uma coisa é certa: as affecções cardíacas e circulatorias, tanto do systema arterial quanto do systema venoso, não apparecem como doenças individualizadas e independentes, como acontece, por exemplo, quando se trata de uma periostite dentaria com dores insupportaveis, de uma pneumonia com febre alta ou de uma infecção intestinal aguda com vomitos e diarrheia.

Praticamente, as doenças da circulação são sempre *consequencia* de uma lesão que actúa sobre o systema cardíaco ou vascular. O coração ou é acometido de uma affecção aguda, simultaneamente com uma molestia infecciosa tambem aguda, ou adoece em virtude de lesão chronica, de forma lenta e chronica, como motor, que é, do organismo. A lesão muitas vezes só se manifesta depois de dez ou mais annos. A unica excepção é constituida pela sobrecarga aguda do motor nos esforços phisicos, ou pelas lesões immediatas, attingindo directamente o coração e os vasos sanguineos sob a forma de excitações thermicas ou chimicas ou de substancias toxicas.

Existe, sem duvida alguma, a possibilidade de, com um «impulso final super-forçado», sobrecarregar bruscamente o coração, produzir uma dilatação excessiva e lesal-o duradouramente. Da mesma maneira, a introdução de substancias toxicas na corrente circulatoria, pode produzir uma lesão aguda tanto da cellula myo-

cardica quanto do endothelio dos vasos, prejudicando a capacidade funcional de toda a circulação a ponto de constituir imminente perigo de vida.

Um dos factos mais extraordinarios e admiraveis que a pathologia da circulação nos revela em cada caso, é a excepcional capacidade que tem o coração, mesmo lesado, e a circulação, de adaptar-se ás exigencias do seu portador.

Por muito que, ás vezes, este motor seja maltratado, sempre o coração e o systema vascular compensam novamente, numa disposição funcional incessante, as exigencias, quer uteis, quer insensatas do seu dono.

Abstrahindo-nos desse pequeno numero de alterações independentes do coração, já indicadas, a experiencia quotidiana nos ensina que geralmente o coração e a circulação são acometidos *secundariamente*, por lesões agudas ou chronicas de causas endogenas ou exogenas a que estão expostos. Emquanto o coração e a circulação supprem convenientemente as necessidades do individuo, este não adquire a consciencia de possuir coração. Elle conta inconscientemente com a função impecavel do seu aparelho circulatorio, como quando dirige o seu automovel, com o funcionamento perfeito do motor, mesmo quando este está desenvolvendo a maxima velocidade. A mesma confiança que tem o motorista no motor do seu carro, tambem deposita o homem sadio no seu coração. Um e outro se alegram da potencia do seu «motor», e só quando elle claudica deante do trabalho maximo, a que elle mesmo se obrigou, pode sobrevir o medo pelo seu «motor».

O momento, porém, em que o individuo começa a receiar pelo seu coração é tão differente como os homens entre si e depende de innumerous factores psychicos.

Esses momentos «psychicos» são tão variaveis que, até hoje,

não se tentou discernir, nos livros didacticos, o que nelles é commum, distincto ou antagonico. Não obstante, o comportamento psychico do cardiaco apresenta, em linhas geraes, regras bem definidas.

Assim temos observado sempre que o cardiaco, portador de lesão organica grave, procura o medico tarde demais. Quasi nunca elle externa medo relativamente ao coração. Pelo contrario, a par de uma consciencia muito rudimentar da doença, elle ostenta um sentimento de saúde, em contraste evidente com o seu estado objectivo desvendado pelo medico. De um modo mais conciso, podemos affirmar que a historia progressa do cardiaco com lesão organica grave é ôca e desinteressante, as suas queixas quasi nunca se referem ao coração, podendo, muitas vezes, pela sua conducta, enganar o medico á primeira vista. Só o cardiaco com angina de peito faz excepção a esta regra.

Áquelles doentes, entretanto, que procuram precocemente o medico, com receio de estar soffrendo do coração, falta, muitas vezes, qualquer estado morbido objectivamente verificavel. Apezar disso, vivem sob um medo constante de morrer subitamente de uma «syncope». Conhecidos, pois, esses dois factos antagonicos, que o medico encontra diariamente na sua lida com doentes dessa natureza, podemos concluir, sem mais preambulos, que as pessoas verdadeiramente doentes procuram tarde demais o medico, emquanto as outras se avistam com elle muito precocemente.

Chamo o encontro desses clientes com o medico propositadamente de «avistar-se», porque muitas vezes, já no primeiro interrogatorio do medico, o doente se julga incomprehendido—e não volta á consulta. Com effeito, a affirmação do medico, de que o mal «não é nada», que «é apenas um nervoso», não satisfaz a maior parte dos clientes deste genero, que desejavam um tratamento concreto para livral-os dos seus padecimentos.

Mas tambem o cardiaco com lesão organica, muitas vezes com prejuizo proprio, foge do medico, por não querer acreditar na certeza do diagnostico verdadeiro.

O que é contradictorio na conducta de quem, na qualidade de cardiaco, procura o medico, consiste assim no seguinte:

Um relata uma historia de antecedentes muito vagos, porém proporciona ao examinador um extenso quadro anatomo-pathologico do coração e da circulação.

Outro conta uma historia morbida minuciosa, mas o medico nada encontra, por assim dizer, no coração. Si bem que existam todos os grãos de transição, mesmo assim podemos reconhecer, nitidamente, esses dois extremos e comparal-os.

Teremos, portanto, que nos occupar da personalidade do cardiaco para poder comprehender o comportamento singular do doente em face da doença. Só pelo reconhecimento e a comprehensão da conducta psychica do cardiaco poderemos como medicos, orientar convenientemente a nossa conducta. Sem penetrar mais profundamente as relações intimas dos acontecimentos psychicos, vamo-nos deixar guiar pela seguinte observação:

Quando póde um medico, por um exame cuidadoso, considerar alguém doente do coração? A resposta parece simples: Cardiaco é a pessoa cujo coração ou cuja circulação permite reconhecer lesões ou alterações, capazes de prejudicar a função normal ou mesmo de pôr em perigo a vida de todo o organismo. Cardiaco, entretanto, tambem pode ser a pessoa que apresenta, em segmentos isolados da circulação—quer no systema arterial, quer no venoso—alterações anatomo-pathologicas ou alguma dysfunção. São perturbações que, pela unidade da função circulatoria, lesam secundariamente o coração, motor do systema. Possuimos já a noção de que alterações funcçionaes, leves ou muito graves, passadas na continuidade viva

de arterias, arteriolas, precapillares e capillares e das origens venosas das grandes veias, podem ser precursoras, durante dezenas de annos, de alterações anatomo-pathologicas. Para esclarecer esta noção, citaremos um exemplo simples:

Desperta uma pessoa do seu somno com uma violenta dor nas panturrilhas, causada por um espasmo arterial. O accidente não apresenta perigo, pois sabemos que desaparece logo em seguida, sem prejudicar a substancia viva da região. Manifestando-se, porém, um estado identico, por mais curto que seja, num ramo duma coronaria cardiaca, não só pode correr perigo a vida da pessoa, como, passado o espasmo, persistir uma lesão grave do motor. De qualquer maneira, observa-se sempre uma quebra profunda da sensação de segurança da pessoa affectada.

Havemos sempre de partir dessa alteração funccional e de nos lembrar que as condições anatomo-pathologicas encontradas no cadaver não reflectem a vida, mas o estado final desta ao extinguir-se, isto é, a morte. Quantas vezes, em vão procuramos no cadaver uma *causa mortis* satisfactoria e quantas vezes ficamos perplexos sem poder comprehender como um coração tão profundamente lesado ainda tenha funcionado como motor durante tantos annos! Nem por um momento devemos perder de vista a imagem da funcção normal ou perturbada, antes do desenvolvimento de lesões objectivamente demonstraveis. Quando nos referimos a alterações objectivamente demonstraveis, quer pela radiographia, quer pelo electrocardiogramma, ou ainda pelo simples exame clinico, somos, em geral, levados exclusivamente pela lembrança de quadros anatomo-pathologicos encontrados no cadaver.

A hypertensão arterial é o exemplo classico de uma funcção pathologica da circulação sujeita á influencia reguladora do systema nervoso central e da vida psychica do homem.

Na necropsia, a hypertensão desapareceu e, de verificações secundarias, apenas podemos adivinhar que, na longa vida do doente, a pressão sanguinea se tenha elevado paulatinamente até o triplo do seu valor, sem poder reconhecer as razões que determinaram aquella função pathologica.

Si considerarmos, agora, que o coração e toda a circulação estão eminentemente sujeitos a influencias, que denominamos *nervosas*, cahimos numa situação difficil, pois—que significa «*nervoso*»?

Entenderemos por essa designação os impulsos frenadores ou excitantes, que, partindo do systema vegetativo e do thalamo, passam pelos feixes nervosos conductores e vão determinar a realização de actos inconscientes, que significam a propria vida e que mesmo na ausencia da consciencia que temos quando acordados, queremos dizer, no somno ou na narcose, devem funcionar indefectivamente?

Ou nervosos serão os acontecimentos psychicos da vida humana, espelhados com maior ou menor intensidade nas manifestações da sua auto-consciencia, no seu intimo, no mundo ambiente e nas suas relações com o proximo?

Reunimos sempre as duas accepções por serem ambas intimamente entrelaçadas e inseparaveis na personalidade do homem vivo. Os dois conceitos se assemelham, se identificam e se confundem incessantemente, determinando manifestações das duas ordens.

Uma indisposição de estomago gera um máo humor e uma noticia desagradavel perturba as glandulas de secreção gastrica. Uma noticia alegre augmenta o numero de pulsações e uma extra-systole, provocada pela elevação do diaphragma por um estomago repleto ou distendido, se acompanha de medo da morte.

Falamos, em medicina, de «*influencias nervosas*». Queremos dizer nervoso organico e, ao mesmo tempo, nervoso de fundo psychico.

A literatura sobre o problema somato-psychico despertou por demais, nestes ultimos 20 annos, a opinião de ser justificado esse raciocinio alternativo. Não se trata de um «sim ou não». Nem de um «corporal ou animico». Mas tambem aprendemos, nos ultimos annos, a não admittir mais a concepção de haver uma relação mutua, ou uma influenciação reciproca. As correlações são muito mais complexas, pois não ha corpo sem alma, nem alma sem corpo. Não ha uma troca alternativa de energia de um lado ao outro e vice-versa.

O nosso raciocinio realiza aqui uma separação que a vida não conhece. Somos obrigados, muitas vezes, para aprender ou ensinar, a eschematizar os processos biologicos e dividil-os artificialmente no nosso pensamento. Si, porém, não voltarmos da analyse para a synthese, esquecemos o verdadeiro modo de ser da vida. Nesse sentido, sabemos que as secreções internas e todas as suas influencias que denominamos «endocrinas» agem directamente sobre as relações que se evidenciam como sendo de ordem psychica. O systema nervoso vegetativo e o plexo solar imprimem, verdadeiramente, pelas suas funções, a personalidade do individuo.

O homem isolado e os differentes typos humanos são caracterizados pelo comportamento de seu systema vegetativo. Não foi sem razão que *Homero* localizou a séde da alma no diaphragma.

O problema somato-psychico occupou seriamente a attenção dos medicos nos ultimos dez annos. A personalidade de uma pessoa é, por certo, determinada extraordinariamente pela sua constituição physica em geral e pela constituição dos seus orgãos e systemas em particular. Mesmo sem as actividades das complicadas correlações entre os orgãos nervosos—systema nervoso vegetativo, tronco do sympathico, vias nervosas, cortex cerebral, thalamo—a multiplicidade de manifestações psychicas não é explicavel, nem imaginavel.

Tudo quanto aprendemos pelo estudo desenvolvido da literatura concernente ao problema do corpo—soma e psyche—obriga-nos a voltar da analyse para a synthese. Esta synthese é o homem vivo na sua totalidade: normal quando são, perturbado quando doente. Pois, afinal de contas, nada do que chamamos «psychico», podemos reconhecer ou comprehender.

A isto se devem juntar ainda os acontecimentos vegetativos ou materiaes inconscientes desenrolados no processo immaterial do raciocinio consciente, os quaes de mais a mais, ainda vão originar a acção psychica, expressa na palavra, na linguagem e nos gestos.

É certamente falsa, portanto, a concepção que colloca o corpo e a alma em campos oppostos. E, de certo, não satisfaz a concepção de uma interdependencia, por exemplo, sob a forma de um jogo de influenciação energetica reciproca, no sentido do primeiro para a segunda, ou vice-versa.

A concepção de «nervoso»—sobretudo como diagnostico—até o presente momento, ainda não está esclarecida em medicina. Ora queremos significar uma coisa, ora outra.

Devemos evitar por fim, firmar levemente um diagnostico de perturbação «nervosa». Muitas vezes, elle acoberta a nossa ignorancia ou a impossibilidade momentanea de comprehensão do mecanismo do acontecimento morbido. Admittimos muitas vezes levemente esse diagnostico, sem considerar que nos afastamos do lado sacerdotal da medicina, num excesso de orgulho pelas nossas pesquisas e nossa sciencia objectiva.

Que deseja do medico o doente? Quer ver-se livre do seu soffrimento, esperando que o medico seja o seu salvador. No fundo, o doente não se interessa absolutamente pelo diagnostico: elle espera ser tirado de uma situação difficil, que lhe rouba a alegria de viver e a capacidade de trabalhar.

Como e porque perdi a minha saúde? Como poderei recuperá-la?

São estas as perguntas do doente ao medico. Talvez o doente se sinta, pelo seu modo de viver, culpado do apparecimento da doença.

Quando o medico affirma que tudo é apenas «nervoso», o doente ou lança a si mesmo a invectiva de falta de força de vontade, como si lhe fosse possível curar-se, si o quizesse, ou abandona o consultorio do medico, triste ou decepcionado por não ter sido acreditado e comprehendido nas suas queixas, que, para cumulo, são rotuladas de imaginarias ou phantasticas.

Tratando-se de um doente até certo ponto familiarizado com a linguagem medica, pode até sentir-se melindrado, pois o impressionam como juizo desfavoravel as expressões «doente imaginario», «nervoso», «hystérico», «neurotico», «psychasthenico» e outras, semelhantes.

Entretanto, a função do medico não consiste em julgar o doente, mas sim em soccorrel-o. Não é de sua competencia julgar a saúde immerecida dos individuos como um privilegio pessoal, nem a doença ou a pusillanimidade de viver como um castigo merecido. A ulcera do estomago não é doença honrosa, como a neurose não é vergonha. Dor de cabeça não é hysteria, nem uma perna fracturada razão para compaixão excessiva e presentes de flores e mais flores. Não temos o direito de dividir as doenças humanas em differentes classes. O carcinomatoso não pertence á primeira classe, nem o neurasthenico com syphilophobia, á segunda.

A infeliz designação de «nervoso» já causou, em medicina, enormes prejuizos, e já fez com que muitas pessoas perdessem a confiança nos medicos. Daqui por diante, portanto, esforçar-nos-emos por evitar a palavra «nervoso», abstando-nos, assim, de «julgar» o doente. Devemos admittir, de antemão, que o individuo que nos

procura se sente perturbado na sua função vital normal, considera-se doente e precisa do nosso auxilio.

Não nos preocupamos com o simulador consciente. Deve ser considerado individuo nocivo á sociedade todo aquelle que, mentindo conscientemente, pretende obter vantagens pessoaes.

Cabem essas divagações no nosso trabalho? Terão ellas ligação com os factos mais importantes e communs na vida do cardiaco?

Devemo-nos occupar aqui dessas idéas, resumidamente, por isso que tambem o cardiaco pode apresentar todos os signaes morbidos chamados «nervosos», «hystericos», «neuroticos», «psychasthenicos» ou como quizerem.

Acima de tudo, porém, devemos considerar o medo, que desempenha papel importante numa serie de cardiacos. Nesse sentido, distinguimos o medo verdadeiro, o medo-realidade, do medo fictício, só existente na phantasia do doente, e designado «medo neurotico».

É licito ventilar estas idéas, porquanto sabemos que toda doença de evolução prolongada modifica, aos poucos, a personalidade, e que, inversamente, tambem a personalidade modifica o quadro clinico. Só dessa maneira poderemos avaliar bem as grandes difficuldades e divergencias de opinião relativamente ao diagnostico no cardiaco.

Numa pessoa com determinada predisposição, a mesma cardiopathia que noutra se manifesta claramente, pode passar inteiramente ignorada. Noutra, o minimo transtorno cardiaco pode, como por encanto, determinar o quadro de um cardiaco grave. Nisso consiste a difficuldade diagnostica. Veremos, não obstante, que o quadro do cardiaco com lesão organica tambem permite reconhecer regras bem definidas nos traços psicologicos fundamentaes.

Para fazer um diagnostico, começamos por indagar das razões que poderiam explicar o compromettimento das funções do doente

que nos procura por causa do seu coração. Quando o doente resolve espontaneamente consultar o medico, podemos sempre presumir que elle sente algum impedimento ou perigo no curso normal da sua vida, e que attribue esse perigo ao seu coração.

Quando a consulta não é espontanea, veremos que as pessoas que o rodeiam notam transtornos que elle proprio não percebe, não quer reconhecer ou mesmo desmente. São as pessoas do ambiente proximo que julgam de bom aviso mandal-o ao medico.

Sómente de um exame minucioso poderá resultar a certeza de ter o disturbio um «substractum» organico. A condição primordial a que o medico deve cingir-se para chegar a firmar o diagnostico, é ouvir com attenção e paciencia as queixas do doente. Não só terá que inteirar-se da historia da doença actual, mas ainda orientar-se sobre todos os antecedentes morbidos. Nos antecedentes, não nos podemos contentar exclusivamente com os *antecedentes morbidos*. Não chegamos, muitas vezes, no cardiaco ou no supposto cardiaco, a um diagnostico claro, emquanto não pesquisarmos, ao lado dos *antecedentes morbidos*, a *historia da vida* do paciente. A esta pertencem: a infancia, a familia, a hereditariedade, a phase de desenvolvimento sexual, a escolha de profissão, relações matrimoniaes, habitos de vida, caprichos especiaes e muitos outros factores. Da primeira conversação deve o medico, depois de ouvir pacientemente o doente, tirar todos os elementos que, reunidos, constituem o retrato do paciente em toda a sua personalidade. O medico que ouve o doente, apenas o guiará com suas perguntas. Deve procurar recalcar todos os juizos que se forem formando em sua mente, pois do contrario corre o risco de fixar-se involuntariamente, só pela anamnese, num diagnostico que elle só poderia formular no fim do exame physico directo.

Á medida que o medico vae adquirindo experiencia, cresce a

importancia que elle attribue á historia progressa e á comprehensão da personalidade do doente.

Com a experiencia cresce a certeza de que a extensão da historia progressa é inversamente proporcional ao estado physico verificavel. Emquanto o supposto cardiaco, receioso do seu coração, interpreta as suas queixas com palavras dramaticas e cheias de imagens, esperando, depois, ancioso, saber si todas as sensações que revela são devidamente apreciadas e comprehendidas pelo medico, o cardiaco com lesão organica conta uma historia de antecedentes simples, curta e, muitas vezes, vasia de significação.

Ao medico é dada constantemente a oportunidade de observar, na consulta, estes dois quadros antagonicos:

Um doente submete-se ao exame por uma «questão de ordem». Não apresenta nenhuma alteração psychica. Sua sensação de segurança quasi não está perturbada. É bom o seu humor e disposição de espirito.

O medico encontra com surpresa um doente com myocardite arteriosclerotica grave e hypertensão arterial e com todos os signaes de insufficiencia cardiaca chronica. O medico, muitas vezes, mal comprehende como uma pessoa tão gravemente doente, ainda pode, apesar do perigo que corre, exercer as suas actividades profissionaes com tanta calma e tranquillidade.

Outro doente relata, na sua longa historia de antecedentes, as mais variadas sensações do disturbio cardiaco de que é soffredor. Julga-se ameaçado na sua alegria de viver e capacidade de trabalhar. A sua sensação de segurança está grandemente abalada por aquellas perturbações. Refere sensações como estas: o seu coração dá tres voltas sobre si mesmo, como si fosse uma pedra, e depois cahe; as pontadas do seu coração, elle as sente como alguma coisa que, formada no seu corpo, se lançasse directamente no cerebro.

O doente está deprimido e o seu equilibrio psychico gravemente transtornado.

O medico se admira de não encontrar lesão organica.

São estes os dois extremos, mais importantes e communs *no diagnostico* do cardiaco.

É evidente que o medico não apenas *socorre*, mas tambem *dirige* e *educa* o doente. Entretanto, o dever e o direito de exercer estas *qualidades imprescindiveis á sua profissão representam uma parte da sua therapeutica*, da sua conducta medica, *mas não partes do diagnostico*.

Somos, naturalmente, levados a orientar as nossas medidas therapeuticas pelo juizo, talvez prematuro, que firmamos do doente, pois somos homens e só podemos avaliar os doentes por meio de escalas humanas. Mas no diagnostico, devemos evitar fazer um juizo pessoal do doente. De contrario, perdemos como medico a nossa maior força, pois enfraquecemos a qualidade do diagnostico.

A concepção de «nervoso», no sentido vulgar da palavra, deve ser abandonada. Constitue uma sentença tanto para o medico como para o doente. Sabemos, porém, que modificações dos phenomenos corporaes podem determinar alterações do equilibrio psychico e que, por outro lado, abalos psychicos graves podem provocar processos morbidos physicos. Accentuámos que estas correlações não são simples influencias reciprocas. As relações psycho-physicas são tão complicadas, que não podemos separar causas e effeitos. Por isso mesmo, devemos apreciar, com a mesma attenção, todas as manifestações physicas e todos os phenomenos psychicos do doente.

Vemos então as transições fluentes de regulação ou dysfunção corporal nervoso-vegetativa, em correlação intima com perturbações do equilibrio psychico, expressas pelo humor, a capacidade de trabalho e a alegria de viver. Ou vemos a influencia de acontecimen-

tos puramente psychicos ou espirituaes, desenrolados no consciante ou abaixo do limiar do consciante, perturbando ou paralyzando as funcções phisicas.

*

A psychotherapia e o psychodiagnostico tambem são importantes em se tratando do cardiaco.

Devemos, em breves palavras, tomar posição em face da psychopathologia.

O desenvolvimento do *problema da hysteria* ficará ligado intimamente, em todos os tempos, ao nome de *Charcot* e á *Salpêtrière* (1825—1893).

Todo o medico que pisar a modesta sala de aulas da *Salpêtrière*, em Paris, na qual se encontra o busto de *Charcot*, sahe desse pequeno ambiente com a impressão de que foi ahi que o grande clinico desvendou o «problema physico-psychico». Os seus trabalhos sobre a hysteria, o hypnotismo e as affecções systematizadas da medulla, abriram o caminho e orientaram as investigações medicas dos decennios seguintes. Foi nessa sala da *Salpêtrière* que *Sigmund Freud* e *Josef Breuer* colheram o estimulo para o trabalho de investigação, do qual nasceu a psychanalyse. A investigação scientifica do problema da hysteria, a limitação clara do conceito pathologico de «neurose», constituirão para sempre um merito de *Freud* e da psychanalyse por elle creada. Quem tiver a ventura—*sine ira et studio*—de chegar a conhecer a escola puramente scientifica-theorica da psychopathologia, e nessa especialmente os methodos de *Freud*, *Jung*, *Adler*, *Bleuler* e de outros pesquisadores que os succederam, reconhecerá o valor desse trabalho puramente scientifico-intellectual.

Por que motivo o estudo da alma lançou tanta confusão nos espiritos?

Num ponto, a resposta a esta questão é muito facil: porque a investigação puramente theorica dos processos psychicos humanos passou imperceptivelmente para os factos da vida quotidiana, attingindo e preocupando mesmo as pessoas sãs—e, por conseguinte, os leitores medicos. Nunca se mostrou, com tanta evidencia, quão pouco marcados eram os limites entre o individuo são e o doente, como justamente na perscrutação dos processos psychicos. Ora, tomaram-se muito precipitadamente medidas therapeuticas baseadas em conhecimentos theoreticos muito recentes. Faltava-lhes a experiencia da pratica. Isto conduziu, de um lado, a uma refutação formal e, de outro, ao enthusiasmo. Nenhuma destas atitudes se justificava.

Em summa: De *Charcot*, passando por *Freud*, *Adler*, *Jung*, até chegar á philosophia de um *Klages*, o primeiro terço deste seculo, em muitas affirmações da litteratura, não apenas da especialidade medica, mas de um modo geral, está repleto, traspassado e muitas vezes eivado de noções incomprehendidas, embora scientificamente importantes, relativas aos processos psychicos humanos. Os fructos da psychopathologia iam ser colhidos antes do tempo. Isto conduziu —*sit venia verbo*— a muita «indigestão».

Só uma geração futura de medicos e naturalistas poderá— como já aconteceu muitas vezes em medicina, no correr dos seculos— seleccionar e apreciar o que essas theorias encerram de verdadeiro. A essa geração caberá a tarefa de restringir sobriamente e reduzir ás suas proporções adequadas esse conteúdo de verdades, para que possa servir ao diagnostico do medico e ao tratamento do doente, para o bem e a felicidade geral. Um grande mal e uma confusão extraordinaria proveio para a «sciencia da alma» pela «popularização» extemporanea e inopportuna, explicavel pela orientação erronea da mentalidade daquella epoca, das pesquisas relativas ás sciencias

naturaes. Assim, em breve se observou que conceitos incompreendidos, como «complexos», «recalcamento», «angustia de castração», «complexo de Edipo», «transferencia», «incesto», «fixação», «infantil» e outros termos, se tornaram em expressões usadas nos «chás familiares». Não convem referir aqui a quem cabe a culpa dessa «popularização».

Na psychopathologia devemos manter a distincção entre duas faces do problema: um lado scientifico-theorico e um lado pratico-therapeutico. Na psychotherapia, considerada como tratamento curativo, o medico emprega, de accordo com os seus conhecimentos, predominantemente «um ou outro methodo». Qual o methodo empregado, *parece* indifferente á primeira vista, desde que elle consiga alliviar o soffrimento psychico do doente. As varias circumstancias e modalidades da psychotherapia se differenciam fundamentalmente pela profundidade variavel a que penetram na personalidade do doente. Um methodo tem um caracter mais analytic, o outro, um caracter mais syntethico-pedagogico.

Cada medida de psycho-therapeutica deve passar do desmembramento, ou analyse, á união ou synthese, para que o doente colha algum proveito.

O methodo predominantemente analytic, ou seja psych-analytico—deve confiar muito na «ultima qualidade» do doente. Com effeito, ella requer que o doente reconstrúa o plano de sua vida, partindo de um autoreconhecimento aprofundado e modificado.

A sua doença proveio da mentira da sua vida. Pois bem, a cura do seu mal deverá se fazer pelo reconhecimento da verdade dessa mesma vida.

Isso exige muita energia e amor á verdade, muita coragem e abnegação, portanto, uma grande força de character, no verdadeiro sentido da palavra. Não só por parte do doente; tambem por parte

do medico. Com o correr desse tratamento penetrante, o doente se apresenta tal qual é, sem disfarces ou artificios. Como na reconstrucção de uma casa, que tambem requer um constructor de obras experimentado, deve-se agir com toda cautela. Com effeito, numa reconstrucção, é mister que a retirada das traves podres e a collocação das novas vigas de ferro não dê logar ao desmoronamento do edificio e á morte de seus habitantes. O constructor deve ser muito competente, para que se lhe possa confiar uma «renovação» dessa natureza. Na psychanalyse, constatámos que havia—para continuar na nossa figura—«architectos» inconscientes que ainda «reformavam» doentes nos quaes nada havia ou, ao menos, nada havia de valioso, que merecesse renovação. Observámos pessoas que recorriam ao methodo psychanalytico para sua «reforma» ou «acabamento e decoraçáo», não por necessidade, mas apenas por vaidade intellectual. Isso tornou-se uma verdadeira moda. Pessoas dotadas de uma «fachada» puramente intellectual, submettiam-se a reformas profundas, embora o material existente ou as condições de espaço aproveitaveis da sua alma não valessem os esforços e o trabalho empregado. Psychanalystas inconscientes crearam *uma legião desses proprietarios de barracas assim renovadas, com fachada intellectual.*

Isso não modifica o facto da observação, segundo o qual o methodo de *Freud* ainda prestava beneficios nos casos de doença psychica, nos quaes todas as outras therapeuticas tinham fracassado, deixando desesperançados os doentes. Mas, o ridiculo das pequenas reformas psychanalyticas quasi destruiu a grande projecção desse conceito, como, aliás, tantas vezes acontece, não só na medicina, mas tambem com outras conquistas no dominio espiritual, ao entrarem para a applicação na vida pratica. O saber e a experiencia na moderna psychopathologia significam para o medico um aprofundamento dos seus conhecimentos, capacitando-o a avaliar

exactamente a conveniencia e oportunidade das medidas psychotherapeuticas e até que gráo devam ser applicadas, á vista da qualidade do doente.

Assim como naufragou a tentativa de *Ernst Haeckel*, de explicar até os ultimos problemas e segredos do mundo, partindo da pesquisa puramente intellectual, no terreno das sciencias naturaes, tambem haviam de fracassar os esforços de *Freud* e dos que seguiam a mesma orientação, de só reconhecer e analysar a alma com as forças do intellecto.

A falta de *ethos* foi uma causa profunda para incompreensão e refutação. Pois alma e *ethos* moram na *mesma* casa. Não se pode reconhecer só um habitante e ignorar o outro! Tambem não se pode allegar, violentamente, a presença de um delles como prova da não existencia do outro. Entretanto, muitas vezes o intellecto desejaria agir, fundamentalmente, dessa maneira!

Mas, apesar de tudo: Nada disso modifica o valor da concepção de *Freud*, nascida exclusivamente das sciencias naturaes, nem o da sua escola, quer immediata, quer mediata.

Quando gerações futuras vierem a tomar uma posição em face desse periodo da investigação psychologica, é possivel que um trabalho dessa natureza seja precedido pelas seguintes palavras de Goethe:

Das schoenste Glueck des denkenden Menschen ist, das Erforschliche erforscht zu haben und das Unerforschliche ruhig zu verehren.

(A melhor ventura do pensador é ter perscrutado o penetravel e venerar serenamente o impenetravel.)

*

Certo é que existem hoje methodos psychotherapicos bem pensados, nas mãos de psychotherapeutas experimentados. Mas essa

psychotherapia, á qual nos referimos, conquista destes ultimos tres decennios, nada tem que ver com a psychotherapia que todo medico exerce inconscientemente, pela sua personalidade, no trato dos doentes. Esta psychotherapia, que é uma irradiação da personalidade do medico, sempre constituiu uma parte integrante do proprio medico. Para o tratamento psychotherapico do cardiaco, tenho, hoje, a seguinte opinião, fructo da experiencia pratica:

Tive a ventura de poder occupar-me, após uma formação clinica rigorosa, com os resultados das pesquisas no terreno do psychodiagnostico, da psychotherapia e da psychanalyse. Acompanhei a evolução historica dessas questões. Entre 1920 e 1930 deparámos com a maré enchente da literatura referente ao diagnostico psychico e á psychotherapia. Essa abundancia constituiu um grande perigo para muitos medicos em formação. Engana-se quem pensar que a psychopathologia, com todas as suas diferentes escolas, não requer um estudo profundo. Foi uma tragedia não ter a psychotherapia nascido de verdadeiros psychiatras escolados, mas sim de muitos medicos que, pela leitura da literatura referente ao assumpto «descobriram uma vocação para essa sciencia e uma missão a desempenhar». D'entre os especialistas da nova sciencia, muitos se descuraram da sua formação basica, clinica e scientifica, e do estudo relativo aos males organicos. Não resta duvida que para o psychodiagnostico e a psychotherapia é necessaria uma certa vocação. Mas, intuição ainda não é vocação. Digo-o com toda força da expressão, porque no tratamento do *cardiaco* recuso hoje «ab initio» a psychotherapia, quero dizer, o tratamento psychotherapico methodico, desde a psychanalyse até todas as suas ramificações ou modificações possiveis.

Sei que nestes ultimos annos modifiquei a minha opinião neste assumpto. Por isso, a minha recusa exige uma pequena justificação,

que, aliás coincide, na sua concepção basica, com o ultimo capitulo do meu livro «Der Herzkranke» (1).

O medico moderno deve ter bons conhecimentos de psychodiagnostico e de psychopathologia. Poderá, então, conhecer-se muito bem a si mesmo e deixar de transferir os seus proprios conflictos aos doentes. Isto é muito importante! O auto-reconhecimento confere ao medico um raciocinio mais sereno e mais maduro. De facto, o estudo intensivo da psychopathologia, da concepção das neuroses, de *Freud*, e da literatura proxima, aproveita sobretudo ao proprio medico. O estudo dessas questões aguça a sua visão e a sua capacidade diagnostica. Nenhum medico moderno pode desprezar esses ensinamentos, mas não lhes deve attribuir um valor excessivo no tratamento dos seus doentes.

Penso que uma psychotherapia capaz de despertar a consciencia do doente para os seus males, é um erro de technica medica. O medico convencer-se-á desta asserção á medida que adquirir experiencia. A minha observação trivial e quotidiana ensinou-me que, mesmo numa neurose classica com manifestações cardiacas,— sendo a neurose indubitavelmente o quadro dominante— a psychotherapia falha, afinal. Quando um orgão já se tornou em orgão de expressão de uma doença, não mais se consegue por um tratamento puramente psychico, remover definitivamente os males organicos. Com effeito, basta que se formule qualquer receita, para que o tratamento exclusivamente psychotherapico, no sentido classico da palavra, esteja prejudicado. Sempre tive occasião de observar que um tratamento psychotherapico mais profundo não permittia ou mal permittia conseguir o resultado almejado, ao passo que um tratamento medico combinado, frequentemente domina os males em

(1) Nota do traductor: «O cardiaco» — Vide no fim do livro, a relação de obras do mesmo autor.

curto espaço de tempo. Quanto maior fôr o preparo do medico em psychodiagnostico, na accepção da moderna psychopathologia, tanto mais elle comprehenderá o acerto do proverbio: «a palavra é de prata, o silencio é de ouro».

Com esse silencio intelligente, poderá o medico curar o seu cliente, dirigindo a conducta deste, com proficiencia e dedicação. E isto é o essencial.

É uma regra importante para o medico, ouvir cuidadosamente as coisas psychicas do doente. É preciso cuidado para não o abalar demais com perguntas imprudentes. Cumpre ao medico occupar-se da vida sexual do doente, mas lhe é vedado identificar sem mais nem menos, por concepções psychanalyticas mal comprehendidas, a conducta sexual do doente com a sua alma. A derivação, como é concebida na psychanalyse, de todos os conflictos psychicos de motivos sexuaes, é falsa e unilateral. Não resta duvida que o desenvolvimento correcto ou defeituoso do instincto sexual tem grande importancia para o individuo. O desenvolvimento pathologico de uma força, por si mesma tão importante para a vida, apresenta, sem duvida, uma grande importancia no que respeita á manutenção da saúde. O grande merito de *Freud* foi justamente o de ter esclarecido em parte, as formas morbidas nas suas razões mais profundas e intimas, entre as quaes, sem duvida, os desvios do desenvolvimento instinctivo de character sexual são do mais alto valor. A generalização dessa causalidade a todos os conflictos constitue uma unilateralidade, que conduziu a uma philosophia arrevezada nas relações humanas.

É inexacto, sob o ponto de vista psychologico ou philosophico, que a feição de toda a conducta do homem, para comsigo mesmo e para com o mundo ambiente, seja devida unica e exclusivamente a impulsos inconscientes. Na psychanalyse, o intellec-

tualismo foi exaggerado, o que lhe valeu a mais acre repulsa em muitos circulos.

Finalmente, devemos ainda occupar-nos da «neurose», quando mais tarde quizermos aclarar o nosso modo de pensar sobre a «neurose cardiaca».

A idéa de «neurose» é uma concepção clinica do seculo XX. Nada tem de commum com a concepção de neurasthenia, do fim de seculo XIX, tal como foi descripta, por exemplo, por *Erb*, o grande clinico e neurologista de Heidelberg.

Sem aprofundar-se na definição minuciosa e exacta de «neurose», os medicos modernos assim designam, de maneira basica, um disturbio não corporal. Todos comprehendem, pela designação de «neurose», uma perturbação de ordem psychica. Todos subordinam, porém, igualmente a esse modo de pensar, um transtorno que tem as suas raizes não no presente ou no passado immediato, mas sim nos periodos mais remotos da infancia. Assim, tambem o conceito morbido da hysteria foi totalmente reformado. Sob o nome de reacção neurotica ou hystERICA entende-se hoje, de modo geral, uma reacção morbida dum individuo ás exigencias da vida quotidiana. Emquanto o homem sadio vence as adversidades da vida ou as soffre com resignação, o predisposto reage a essas difficuldades pela formação de symptomias morbidos. *Freud* mostrou que, nessas occasiões, o homem adulto retoma inconscientemente attitudes de character eminentemente infantil. Sendo guiado por meio do diagnostico e da therapeutica psychica adequada, o doente neurotico pode reconhecer a sua attitude infantil e restabelecer uma posição nova e conveniente em face da sua realidade. É certo que tambem existem neuroses e formas de hysteria legitimamente narcisicas, curaveis sómente por um psychodiagnostico e uma psychotherapeutica intelligente.

O penetrar na compreensão do «orçamento do amor», que todo individuo, por força do seu nascimento—e dos acontecimentos dictados pelo destino durante a infancia—é obrigado a manter comsigo mesmo e com o mundo ambiente durante toda a vida, tornou possível comprehender muitos phenomenos apresentados pelos nossos doentes, e, muitas vezes, remedial-os. É tragico que *Freud*, sendo um pesquisador puramente intellectual, esclarecesse, por um lado, a importancia extraordinaria da libido entre os homens, nunca porém a «dessexualizasse», fazendo assim com que uma concepção tão antiga como a propria humanidade fosse recusada em vez de reconhecida; que o amor, a necessidade de amor, a pobreza do amor e a desilusão amorosa—não só em impulsos sexuaes, mas tambem como *amor*, no sentido de *Eros* e *Agape*—determine a doença ou condicione a cura. A desilusão amorosa e a pobreza do amor, a lucta por este com *armas infantis*—eis a fonte de toda neurose, até ao suicidio de fundo neurotico.

Será uma tarefa e um dever, desentranhar dos liames da sciencia intellectual estes conhecimentos da veracidade da vida humana. Tal, porém, só será possível pelo amor á sabedoria—á *philosophia*—e não pelo amor ao intellecto. Com effeito, por cima deste labyrintho, todos os dias vemos ante o enfermo que, não existindo o amor, é difficil obter o que desejamos.

Ao cardiaco, porém, não se applicam essas presupposições, por isso que elle quasi nunca chega a persuadir-se de ser um doente neurotico. Considera-se, com effeito, um doente do coração. Mesmo quando apresenta, aos olhos do medico perito, o quadro de uma neurose grave, na consciencia do doente o que predomina é o seu coração. O conceito clinico de «neurose cardiaca» por ora, é muito infeliz e indefinido. O medico entendido em *psychotherapia* e *psycho-diagnostico* dissocia este conceito em «neurose com manifestações

cardiacas». Não o dirá, entretanto, ao doente, por saber que este não tem a capacidade de reconhecer a neurose como tal.

O conceito de neurose cardíaca deveria ser banido aos poucos da linguagem médica, e ser substituído pelo de «neurose com manifestações cardíacas». Ao doente basta dizer que os seus incommodos cardíacos não são de natureza grave.

A psychopathologia moderna nos ensina que não só as doenças físicas se transmitem hereditariamente através das gerações. Reconhecemos também de modo assustador que as affecções de origem neurotica se transmitem por herança familiar e que, de facto, os peccados dos ascendentes vão produzir os seus effeitos na terceira ou na quarta geração. Um dos grandes meritos de *Freud* e da repercussão das suas obras, foi o de ter desfeito os enganos do seculo XIX, especialmente em pedagogia sexual.

No meu livro «*Leid und Gefahr*»(1), que escrevi para ser comprehendido também por leigos, procurei expôr os conhecimentos relativos a essa questão, de maneira simples e comprehensivel.

Para o cardíaco, no qual fizemos o diagnostico de «neurose com manifestações cardíacas», a conducta do medico é muito importante. Os doentes são muito medrosos, frequentemente deprimidos ou deprimiveis, e diminuidos nas suas aptidões para a vida. Taes doentes necessitam, de maneira especial, serem guiados sensata e bondosamente pelo medico. Comportam-se—e é isto que revela a natureza neurotica da doença—como crianças. E uma criança não pode ser guiada ou educada sem amor e dedicação, exactamente como acontece no cardíaco com neurose. Podemos, portanto, desistir, com segurança, de toda therapeutica psychica originadora para o doente da consciencia do seu estado. Até pelo contrario: o medico que, em virtude dos seus conhecimentos psychologicos, se deixar

(1) Nota do traductor: «Soffrimento e perigo».

induzir a esclarecer a um cardiaco com neurose as relações entre a psyche e o coração, terá perdido a partida. O doente não pode, nem quer entender taes relações. Quem tiver comprehendido a psychopathologia, sabe que o cardiaco, como «neurotico organico», não troca seu orgão por uma explicação.

*

Do comportamento psychico do cardiaco salientamos mais uma vez este facto peculiar: emquanto um se julga muito precocemente necessitado de tratamento, apresentando, comtudo, ao lado de um fundo neurotico consideravel, alterações insignificantes, o outro, em geral, apparece infelizmente tarde demais, queixando-se muito pouco e revelando alterações muito profundas da circulação. Este praticamente nunca deixa transparecer traços de neurose.

Feito o diagnostico de «cardiopathia», observamos dois enganos: um, do medico recém-formado, que julga a alteração diagnosticada na circulação como *muito leve*. O outro, de muitos medicos que classificam qualquer transtorno cardiaco ou circulatorio de *muito grave*. Nenhum dos dois acerta. O medico comette um erro de diagnostico quando acceita para si o diagnostico do doente. O doente neurotico que denomina as pontadas que sente de «espasmos» do coração, nem por isso teve um espasmo cardiaco. O conceito de «espasmo cardiaco», como processo pathologico-funcional, é extremamente vago. Serviria, quando muito, para designar um disturbio na circulação coronaria, mas, mesmo nestas condições, não se verifica um verdadeiro «espasmo» do coração. Lembremo-nos, porém, de que na imaginação do doente, o «espasmo» ou a «fraqueza» do coração desempenham um papel ameaçador. Si o medico, pela sua attitude, palavra, gesto, ou receituario, acceitar esta idéa, terá, na maioria das vezes, transformado o doente neurotico em doente

incuravel. O cardiaco com lesões organicas graves nunca se refere a quadros semelhantes ao exposto. Nelle, o medico nem deve admittir a bronchite chronica como doença principal, nem a congestão hepatica como affecção propria de figado.

No diagnostico do cardiaco, seja qual for a lesão ou soffrimento de que se queixa, não erramos quando observamos as seguintes regras fundamentaes:

O diagnostico de dilatação, hypertrophia, espasmo e debilidade cardiaca não deve, de forma alguma, ser revelado muito cedo ao doente. Infelizmente tal acontece muitas vezes, justamente com doentes nos quaes esse diagnostico objectivo nem ao menos é acertado. Este diagnostico só deve ser feito no cardiaco com lesão organica grave. Como é facil comprehender, os esclarecimentos de ordem diagnostica sobre algum eventual embaraço da circulação geral são mais accessiveis ao doente do que a revelação de alguma lesão valvular ou de uma alteração morphologica na radiographia.

Cometemos com frequencia o engano de fazer uma idéa erronea sobre a capacidade de imaginação do doente. O medico attento sempre admira-se da pequena capacidade de comprehensão revelada pelo estudante de medicina, quando este adocece. O erro será tanto maior, quando pretendemos transmittir o nosso conceito clinico ao doente leigo, julgando que elle possa comprehendel-o. O resultado de uma conversa dessa natureza, é que o doente passa sempre a empregar palavras cuja significação desconhece, ignorando a essencia do seu mal e fazendo uso da terminologia que apprehendeu, com um medo neurotico crescente.

Para o diagnostico, depois da anamnese, o essencial é um exame physico rigoroso.

O exame directo é exigencia imprescindivel em todo doente. Nelle, a primeira regra é, para o medico que examina, o «nil mirari».

A segunda é, de accôrdo com a minha experiencia, evitar, durante o exame, qualquer dialogo com o doente. Num exame silencioso, em que se obriga o doente a despir-se tanto quanto necessario, sem nenhuma consideração pela sua commodidade ou pelas importunações que lhe impomos, o doente adquire, pelo menos, a impressão de que o medico se occupa seriamente do seu mal.

O medico que já durante o exame falla da pressão arterial, do tamanho do coração, de ruidos cardiacos, confere ao doente um humor angustioso e diminue a possibilidade de com elle conversar, com calma e concisão, no fim da consulta.

O exame medico não é conferencia scientifica, não precisando o doente admirar-se do preparo scientifico e intellectual do medico.

A confiança que o doente deposita no medico já está «a priori» provada, desde que o doente o procura. A experiencia me tem mostrado que é illusoria a apregoada sêde de conhecimento do doente.

Conhecidos os symptomias subjectivos pela historia pregressa immediata: angustia precordial, palpitações, tonteiras, zoeiras nos ouvidos, as queixas pintadas com todas as tonalidades de medo, relativas ao coração e esclarecidos todos os antecedentes morbidos pessoaes, deve o medico mandar o doente despir-se completamente. Com alguma habilidade e prestando attenção á psyche do doente, tal se consegue por certo, mesmo em se tratando de senhoras e mocinhas. É necessario que o paciente possa ser examinado de pé, sentado ou deitado.

Cyanose, dyspnéa, edemas, perturbações da marcha, varizes, anomalias cutaneas, «ictus cordis» visivel, emphysema pulmonar, bocio, ascite, situação alta do diaphragma, meteorismo, desenhos venosos da parede thoraxica, «caput medusae», hernias e muitos outros signaes terão sido reconhecidos pelo medico, mesmo antes de ter tocado o doente.

A observação cuidadosa do pulso, a influenciação do pulso pelas mudanças de posição ou pelo acto de vestir ou despir-se, a dependencia entre o rythmo cardiaco e a respiração, bem como o exame minucioso da respiração, são, naturalmente, condições indispensaveis na elaboração de um diagnostico. As bases pulmonares, na face dorsal, devem ser, por principio, auscultadas, pois ahi é que se encontram com maior facilidade os signaes de uma estase catarhal em inicio.

Numerosos doentes procuram o medico por causa de uma tosse, consequente a uma debilidade myocardica incipiente. Deve-se sempre examinar cuidadosamente o figado e a dor á pressão, especialmente na parte mediana. Uma debilidade myocardica incipiente tem muitas vezes o seu primeiro symptoma numa congestão passiva do figado, motivando com frequencia o diagnostico errado de «calculos biliares».

Diagnostico facil decorre do exame da região tibial: percutindo o rebordo tibial, no individuo com a circulação normal, ouve-se um som osseo claro. Havendo um leve edema, o som torna-se abafado e a pressão com o dedo provoca dores.

O exame radiologico e o electrocardiogramma são indispensaveis para o diagnostico, não sómente para o medico, como tambem para o doente, porque este percebe estar sendo examinado com rigor. As palavras do medico são, por esse meio, consideravelmente mais convincentes. Quanto mais deficientes forem os signaes objectivos apresentados pelo doente, e quanto mais este affirma «que nada sente», tanto mais minucioso deve ser o exame.

O exame pode revelar immediatamente um diagnostico claro ou despertar a suspeita de um transtorno circulatorio incipiente. Todas as perturbações da circulação de alguma gravidade não offerecem, praticamente, dificuldade diagnostica.



Um dos pontos mais decisivos do diagnostico é em todos os casos a determinação da aptidão funcçional, ou, antes, da diminuição da capacidade de trabalho da circulação geral. Nunca, porém, devemos fazer um diagnostico apenas por um symptoma, nem tratar um só symptoma sem considerar a funcção total. Referimo-nos, por exemplo, ao problema da hypertensão arterial, encarado unilateralmente quanto ao diagnostico e á therapeutica.

No diagnostico, a insufficiencia cardiaca chronica, com ou sem hypertensão e com ou sem alteração do rythmo, offerece as menores difficuldades. A radiographia e o electrocardiogramma eliminam, ainda, objectivamente, qualquer duvida do clinico. O mesmo acontece com a affecção grave do myocardio, de fundo arteriosclerotico ou luetico, e as lesões valvulares simples ou complicadas e as suas consequencias. O diagnostico de endocardite e pericardite é quasi sempre facil, porque o portador de doença infecciosa com complicação cardiaca geralmente se encontra sob vigilancia medica.

O «coração nervoso», isto é, o coração do neurotico e as affecções vasculares, extra-cardiacas, na circulação peripherica, principalmente na parte arterial, e as affecções arteriaes do proprio myocardio são muitas vezes de diagnostico bastante difficil.

Si é verdade, por exemplo, que a thrombose e a embolia das arterias coronarias e o mesmo processo anatomo-pathologico das arterias encephalicas, da arteria celiaca e da mesenterica, das arterias esplenicas e das arterias renaes, no quadro clinico completamente evoluido, não offerecem difficuldades diagnosticas, as alterações funcçionaes que ainda não constituem quadro anatomo-pathologico final, mas que são certamente suas precursoras, são, em regra, extraordinariamente difficeis de serem reconhecidas.

Chegamos, assim, ao diagnostico dos estados morbidos a que denominamos angina de peito. Dada a importancia desse quadro

clinico para o diagnostico, a therapeutica e o prognostico, delle nos occuparemos mais detalhadamente no capitulo seguinte, com o mesmo espirito, com que vimos expondo, de um modo geral, as nossas idéas. Ao lado do quadro clinico da angina de peito, estudaremos tambem um outro, que nada tem de commum com o primeiro, o da estenose mitral pura sem alteração do rythmo.

O nosso diagnostico tem em vista uma finalidade unica: Devemos procurar representar na nossa mente, reunidas numa idéa unica, as queixas do doente, a sua historia progressa e o seu estado objectivo. Somos, pois, obrigados a procurar a correspondencia entre as queixas subjectivas e as condições objectivas. Ora predominam as sensações morbidas subjectivas, embora falte talvez o «substractum» objectivo, ora faltam as queixas subjectivas, apezar das alterações objectivas patentes. O cardiaco sempre nos colloca, porém, deante do problema de elevar a sua diminuida capacidade para o trabalho e de soccorrel-o, não apenas quanto ao coração, mas tambem quanto á sua personalidade total.

No correr dessas explanações, uma coisa poderemos affirmar sem receio de errar: infelizmente não conseguimos curar lesões, já constituídas, do apparelho circulatorio. Tão pouco logramos remover uma lesão das valvulas cardiacas, ou restabelecer *ad integrum* um myocardio degenerado. Podemos, todavia, preservar cautelosamente e quiçá melhorar e augmentar o saldo remanescente do capital-saúde do paciente e o seu rendimento, isto é, a capacidade, alterada e sempre diminuida, da circulação, e, portanto, do doente para o trabalho. Tal, entretanto, só será possivel em condições de perfeita confiança e, podemos dizer, de effectiva cooperação entre o medico e o doente. Esta será no futuro a tarefa do moderno medico da familia.

Todavia, poderemos auxiliar e mesmo curar, obtendo uma verdadeira *restitutio ad integrum*, numerosos doentes que julgam

estar seu coração periclitando, mas cuja doença é effectivamente de fundo psychico. Para tanto, é necessario, além de um diagnostico exacto, que empreguemos uma conducta de verdadeira educação medica, evitando *todas* as medidas capazes de favorecer o desenvolvimento da consciencia da doença, que se esboça. O mesmo acontece com todos os doentes, nos quaes reconhecemos, por um diagnostico rigoroso e o mais precoce possivel, o começo de uma perturbação funcional da circulação, pois, nessas condições, podemos muitas vezes evitar que venham a se manifestar, mais tarde, alterações anatomo-pathologicas.

É, infelizmente, muito grande o numero de cardiacos com lesão organica grave, e o clinico que, como o cirurgião, só encontra satisfacção professional em resultados completos, não a obtem aqui. Terá a resolver, não obstante, muitos problemas medicos elevados.

Por outro lado, é tão grande o numero das pessoas que, em qualquer occasião da vida, julgam soffrer do coração e da circulação ou das que apresentam, de facto, alguma perturbação, que, nestes, o clinico terá a recompensa farta e satisfactoria, não conseguida no cardiaco com lesão organica grave, apesar dos seus esforços, da sua proficiencia e da sua abnegação.

CAPITULO II

O cardiaco com angina de peito e o cardiaco com estenose mitral

Ao procurarmos indicar os factos mais importantes e communs no trato diario dos cardiacos, distinguimos dois estados morbidos, nos quaes, sobretudo no inicio, a *perturbação funccional pode preceder por muito tempo o apparecimento definitivo das lesões anatomicas irreparaveis*: O quadro multiforme da angina de peito e o da estenose mitral sem perturbação de rythmo. Em face destes dois quadros nosologicos, tomaremos uma posição, relativamente ao nosso thema, á parte das questões que podem ser lidas nos livros didacticos. De facto, os dois estados mostram como o medico é collocado diante de decisões *importantes e communs*, entre as quaes está o diagnostico certo. Justamente aqui seria mais acertado falar de «doenças da circulação», e de «doentes da circulação», do que fixar-se no conceito da «doença do coração» e do «cardiaco». Não só seria mais moderno, mas tambem mais exacto, porquanto já aprendemos a comprehender muito melhor os phenomenos que se apresentam solitarios e entrelaçados nas doenças da circulação. Muitas vezes, num «doente da circulação» constatamos só perturbações circulatorias *periphericas*, estando intacto o «motor». Si, porém, nos aferrarmos muito unilateralmente ao diagnostico cardiaco e si nos deixarmos guiar, ao dictarmos a nossa therapeutica, demasiadamente pelos sopros, as relações de dimensão, a radiographia e o electrocardiogramma, continuarão incomprehendidas e intangiveis á nossa therapeutica as «*perturbações funcionaes*» (Betriebs-

stoerungen) da circulação, desenroladas além do coração, porquanto não as podemos attingir e influenciar só pelo coração. *G. v. Bergmann*, no seu livro *Funktionelle Pathologie* (1), ed. Julius Springer, Berlin, 1932, chamou pela primeira vez a atenção para o «raciocínio funcional» na pathologia. Antes de mais nada, enfronhem-nos no conceito de «perturbação funcional».

Por experiencia propria, só posso confirmar, na minha especialidade, a necessidade imprescindivel apontada por *v. Bergmann*, de uma «reforma diagnostica» na pathologia circulatoria.

v. Bergmann cita, entre os diagnosticos que deveriam ser feitos muito mais vezes do que de facto têm sido feitos até agora pelos medicos: a *hypertensão latente*, a *insufficiencia circulatoria latente*, as *perturbações funcçionaes dos capillares*, os *disturbios endocrinos latentes*, a *magreza* e a *obesidade endocrinas*, a *depressão endocrino-psychica*, e outros. *Citei apenas poucos exemplos.*

Pelo nome de *diagnosticos vitandos* (*Cavete Diagnosen*), *v. Bergmann* designa diagnosticos que denotam muitas vezes um embaraço ou confusão do medico, diagnosticos esses que devem ser evitados. Neste rol cita, *em primeiro logar*, as *neuroses organicas «puras»*: *neurose cardiaca*, *debilidade cardiaca nervosa*, *neuroses vasomotoras*, *neurose gastrica*, *cardialgia*, e outras. No mesmo capitulo cita, ainda, a *angina abdominal*, a *vagotonia* e a *sympathicotonia*. O seu trabalho sobre as perturbações circulatorias localizadas começa da seguinte maneira:

«Dentre as alterações funcçionaes localizadas da circulação, sobresaem dois grandes, frequentes e, portanto, importantes processos dramaticos, verdadeiras catastrophes dos transtornos de irrigação sanguinea cerebral e cardiaca: a *hemorrhagia cerebral* e a *angina de peito*, que pelos seus prodromos ameaçam o doente e, pelas

(1) Nota do trad.: «Pathologia funcional».

suas consequencias, o paralysam, o apavoram ou o aniquilam.»
(Vide pag. 282, 12° cap.)

Este trecho sobre o cardiaco com angina de peito traduz a *experiencia do medico*. Desejo, entretanto, destacar a *auto-observação* dessa doença, descripta pelo grande clinico allemão *Hermann Nothnagel* (28. 9. 1841—7. 7. 1905). A sua auto-observação é o ultimo escripto desse celebre medico e pesquisador da Universidade de Vienna, e o seu ultimo legado á posteridade, como testemunho de classico heroismo do grande medico e grande homem. Ainda na hora da morte, *Nothnagel* mostra-se-nos como o grande observador dos phenomenos da natureza.

No dia 6 de Julho de 1905, cerca de 11 horas da noite, *Nothnagel* chegava á casa, de volta de uma visita medica. Á meia noite, chamou o criado, que o encontrou recostado no leito, pallido e em visivel soffrimento. A custo queixou-se de um mal-estar, apontando com a mão o coração. Logo que sentiu melhorar um pouco aquelle estado, *Nothnagel* dispensou o criado, dando-lhe ordem para despertal-o ás 6 horas da manhã.

Na mesa de cabeceira, encontrava-se um bilhete no qual *Nothnagel* traçára a lapis a descripção da grave crise estenocardica que acabava de atravessar:

Eis a descripção:

«Crises estenocardicas com dores extremamente violentas. Pulso, durante o accesso, muito variavel: ora lento, cerca de 56 a 60, bem regular, muito tenso; ora acelerado, 80 a 90, bastante uniforme e regular; por fim, completamente arhythmico e irregular, ora acelerado, ora mais lento, e com tensão alternadamente variada.

As primeiras sensações dessas crises datam de uns 3 a 4 annos, a principio muito leves, depois cada vez mais pronun-

ciadas. Crises verdadeiras, com dores fortes, só se manifestaram de 5 a 6 dias para cá. Escrevo este bilhete em 7 de Julho de 1905, pela madrugada, depois de ter passado por tres crises violentas».

A crise seguinte causou a morte do afamado medico.

Nessa descripção, encontramos a representação classica da grave crise estenocardica ou de angina de peito. Saliento, para o medico que ainda não possui, no inicio da sua carreira clinica, experiencia bastante deste quadro clinico, o relato do comportamento tão variavel do pulso.

Tambem o medico que durante longos annos aperfeçoou os seus estudos na pratica diaria de algum grande hospital, ficará muitas vezes admirado, na clinica particular, da discrepancia entre os quadros clinicos observados na enfermaria e os da clinica privada. Innumeras vezes, o jovem assistente de hospital nada mais percebe da rude realidade, pois o doente, mesmo o que foi apanhado numa valeta de rua, em estado de inconsciencia após um *ictus*, se apresenta aos seus olhos, para estudo e observação, já rigorosamente limpo e nas melhores condições imaginaveis de preparo hospitalar previo e dispondo de todos os recursos therapeuticos possiveis.

Tratando-se de um doente com angina de peito, a differença entre o hospital e a clinica vulgar sobresahe extraordinariamente. A discrepancia vae tão longe que a angina de peito é muitas vezes considerada como uma doença das pessoas de posição social mais elevada. Isto se explica pelo seguinte: O homem culto observa melhor o seu estado de saúde, procurando, mesmo, a clinica, uma vez ou outra, para submeter-se a uma ligeira observação. O homem do povo, ao contrario, só se recolhe ao hospital quando se manifesta uma incapacidade completa para o trabalho. Quasi nunca procura o hospital por espontanea vontade.

Resulta dahi que o medico, no periodo do seu aperfeiçoamento hospitalar, só consegue presenciar a crise de angina de peito nos quartos particulares ou nas casas de saúde. Na maneira pela qual os doentes das enfermarias, modestos e timidos, descrevem padecimentos daquela natureza, é commum observar-se que as dores toracicas e a dôr irradiada para o membro superior esquerdo são simplesmente chamadas de dores rheumaticas. A experiencia ensina a esses doentes que, toda vez que se manifesta aquelle estado, devem permanecer completamente immoveis durante alguns minutos, e que os seus padecimentos desaparecem, então, por si mesmos. O medico experimentado certamente concordará commigo, quando digo que um simples trabalhador, por exemplo, ou uma criada, nos primordios da angina de peito não se matriculam no hospital para observação, e que tambem o clinico sobrecarregado de occupaões não lhes perscruta a origem. A luta pela vida obriga essas pessoas a um minimo de auto-observação, e uma fricção, ou ainda um comprimido de aspirina, constituem, nesses casos, a therapeutica habitual. Mas, tambem pela diversidade de regimem e de orientação das secções de primeira e de segunda classe dos grandes hospitaes, o medico recém-formado quasi nunca chega a conhecer, durante o seu aperfeiçoamento clinico, os precedentes e o quadro actual do doente de angina de peito. Só quando penetra na verdadeira vida clinica, terá o medico jovem occasião de aprender e comprehender em todos os seus multiplos aspectos, este quadro clinico.

Mas tambem no aperfeiçoamento policlinico, usual nas universidades allemãs, não é frequente para o medico iniciante, a oportunidade de ver a angina de peito, especialmente nos seus primordios, pelo motivo alludido ha pouco, isto é, porque o doente modesto geralmente já procura o medico com um diagnostico escolhido por

elle proprio, sendo muitas vezes tratado e medicado de accordo com essa queixa. Naturalmente, as coisas se passam de maneira diversa quando está em causa a crise anginosa grave, por arteriosclerose accentuada, sempre diagnosticada.

Uma angina de peito mortal, como no caso de *Hermann Nothnagel*, tem sempre um *subtractum* anatomo-pathologico. Ganhando terreno, mais ou menos desde o começo deste seculo, o raciocinio medico no sentido da *physiologia pathologica* e, mais adeante, de uma «*pathologia funccional*» (v. *Bergmann*), inicialmente concebido e orientado principalmente por *L. von Krehl*, o raciocinio puramente anatomo-pathologico, como o encontramos nos estudos de *v. Virchow*, perdeu muito valor em clinica.

Com effeito, os medicos do fim do seculo XIX apenas conheciam a crise estenocardica da angina de peito como uma consequencia das alterações arterioscleroticas dos vasos coronarios, sob a forma classica, como nol-a descreveu *Nothnagel*. A crise estenocardica, quando este diagnostico era feito com segurança, sempre constituiu um signal morbido ameaçador para a vida do doente. O prognostico era sempre sombrio e a therapeutica instituida conduzia sempre a uma restricção grande do trabalho e a um resguardo severo do doente. Mas, o perigo da crise estenocardica seguinte ameaçava qual espada de Damocles a vida do doente, que no intervallo dos accessos se sente quasi sempre com saúde e é surprehendido pela morte geralmente em plena actividade, muitas vezes até de maneira subita e inesperada para as pessoas mais proximas, sem que alguma doença anterior e preparatoria tenha dado signal previo desse desenlace. Tambem sob este ponto de vista a historia da doença e a conducta de *Nothnagel* são francamente classicas.

Entretanto, com a conquista do raciocinio physio-pathologico e pathologico-funcional, desapareceu, de um lado, o terror drama-

tico da angina de peito, e por outro, o seu diagnostico foi consideravelmente aperfeiçoado, o que permite fazel-o em epoca mais precoce da vida do doente.

Aprendeu-se a relacionar mesmo as perturbações mais frustras e passageiras a um disturbio ou a uma lesão da circulação coronaria, firmando-se, hoje, o diagnostico de angina de peito muito mais precocemente do que se fazia em 1900, por exemplo. Disto resultou tambem a possibilidade de se fazer o diagnostico de uma angina de peito espuria ou falsa. Referimo-nos ás condições que lembram o quadro clinico da angina de peito, mas que não são consideradas como tal pelo medico examinador. Muitas vezes, tambem se diagnostica uma angina de peito vasomotora em pessoas jovens, no segundo ou terceiro decennio de vida, nas quaes se desconfia de uma affecção anginoide, sem, porém, querer—ou ser obrigado a—tirar conclusões deste diagnostico.

Á vista da minha experiencia, recuso todo e qualquer «pseudo-diagnostico», que representa um grande perigo para o raciocinio do medico. Maior ainda é este perigo para a sua conducta. Muitas vezes, atrás desses pseudo-diagnosticos se escondem doenças completamente differentes, as quaes apenas não são exactamente reconhecidas no momento. É muito preferivel confessar que nem sempre se pode firmar immediatamente um diagnostico, a concluir, logo ao primeiro exame, por um diagnostico errado, com todas as suas consequencias. Eis um exemplo do que acabamos de dizer:

Não raro, uma moça, que cuida e trata da saúde de sua mãe, recebe um choque violento pela morte subita desta, durante a noite, com uma crise de angina de peito. Alguns meses mais tarde, a filha, talvez vaso-excitavel e neurotica, vae ao medico e lhe pinta os padecimentos caracteristicos da angina de peito com tantas minucias, que o medico se deixa levar para o diagnostico de angina de peito

de origem vasomotora. A filha aprendeu, durante a doença da mãe, aquelle quadro clinico com tanta exactidão que o seu modo neurotico chega a enganar o medico.

Por principio, *nunca* devemos diagnosticar uma pseudo-angina de peito. Nas pessoas que já passaram do quarto decennio de vida, sempre devemos pensar nella, porém, sem nunca transmittir, de qualquer maneira, esta suspeita ao doente. Verificamos tambem, por principio, que numa angina de peito incipiente as queixas e a historia do passado morbido do doente *podem* ser o unico e essencial ponto de apoio para o medico. O coração pode estar, em apparencia, inteiramente normal. Durante a crise, o pulso e as bulhas cardiacas *podem* não apresentar nenhuma discrepância do normal. Observei-o repetidas vezes, com surpresa, na clinica. Os tons cardiacos estão diminuidos de sonoridade, porém puros. O pulso é antes forte que fraco. Os doentes parecem abatidos e queixam-se de dores horriveis.

A possibilidade desse acontecimento deve ser conhecida de todo medico, mórmente quando elle vê e examina o doente pela primeira vez, na crise ou fóra della.

O diagnostico de angina de peito não é difficil, desde que se deixem de lado todos os condemnaveis pseudo-diagnosticos. Deve-se aceitar, por principio, o conceito de que mesmo a crise estenocardica mais ligeira e os seus phenomenos subsidiarios são provocados por um transtorno da irrigação sanguinea do musculo cardiaco.

Presuppõem-se conhecidas as modificações arterioscleroticas dos vasos. Lembremos, porém, que se sabe, hoje em dia, que as arterias, as arteriolas, os precapilares e os capilares apresentam, durante longo tempo, perturbações funcionaes transitorias, antes que se estabeleçam alterações escleroticas locaes ou geraes demonstraveis no cadaver.

Independente da sua formação na universidade, deve o medico reler a litteratura classica sobre a angina de peito. Dispomos de compendios excellentes, contendo um estudo completo da litteratura sobre as doenças do coração e dos vasos. No numero desses trabalhos, cito apenas, como exemplo, o dos pesquisadores inglezes e, na litteratura allemã, o trabalho de *L. v. Krehl*, contido no manual de *Nothnagel*. A obra mais completa sobre o assumpto é a de *E. Edens*: «Die Krankheiten des Herzens und der Gefaesse»(1). Esse livro-padrão encerra toda a litteratura mundial. Uma coisa sabemos hoje com certeza, pelos trabalhos de *v. Bergmann* e da sua escola: as modificações anatomicas podem ser precedidas, durante annos, por perturbações funcçionaes. O conceito de transtorno funcional é muito plastico. Cumpre, todavia, referir ainda o seguinte:

O diagnostico da verdadeira angina de peito não é difficil para o medico experimentado. Difficeis são, porém, as conclusões que elle deve tirar desse diagnostico. Com effeito, durante o intervallo das crises os doentes geralmente não querem acceitar nenhum conselho ou ensinamento. A exposição classica da crise com seus symptomas, tal como foi relatada, com as proprias palavras de *Nothnagel*, no inicio deste capitulo, não é a regra. Nas pessoas com predisposição nervosa, os dados são ordinariamente pouco nitidos, e o diagnostico tem que ser quasi desentranhado de um sem numero de queixas.

Resumindo, desejo mais uma vez chamar a attenção para o facto de correrem maior perigo as pessoas com pressão sanguinea baixa, coração não dilatado e condições clinico-objectivas reduzidas. Condensada a idéa em uma formula simples, pode-se falar de um quadro clinico monosymptomatico de angina de peito.

A crise typica é o unico symptoma. E o medico muitas vezes nem ao menos a presença. A historia progressa, cuidadosamente

(1) Nota do trad.: «Doenças do coração e dos vasos».

colhida, é a columna-mestra do diagnostico. Além dessa, ha uma angina de peito que se pode chamar secundaria. Esta se manifesta como um symptoma de debilidade myocardica installada a pouco e pouco. Seu prognostico é muito mais benigno, porque, com a remoção da insufficiencia muscular, tambem melhora a irrigação sanguinea do myocardio.

Mesmo na angina de peito monosymptomatica, emprego o *Cardiazol* e o *Digipuratum*, em doses minimas, sob a forma de gottas. É necessario, sómente, manejar a digital com muito cuidado e parcimonia. Nem por isso deve ser esquecida. A observação deve sempre começar com o doente em repouso no leito. O electrocardiogramma confirma, frequentemente, o diagnostico. A radiographia muitas vezes falha. O valor da therapeutica consiste em determinar o limite da capacidade de trabalho, sem provocar accessos. Deve-se pois, augmentar paulatinamente o esforço imposto ao coração. Conseguir-se-ão, por esse modo, resultados consideraveis. Por principio, comtudo, podemos dizer que em nenhuma doença é preciso ter tanta cautela, como no diagnostico, no prognostico e na therapeutica da angina de peito.

Na therapeutica da angina de peito desempenha actualmente um certo papel, ao lado das medidas já conhecidas, a denominada «gymnastica da aorta», indicada por *L. Roemheld*. Já muito antes dessa nova concepção therapeutica, vinhamos realizando, com vantagem, exercicios gymnasticos cautelosos nos nossos cardiacos. Todos os exercicios gymnasticos do cardiaco devem começar por *exercicios da respiração*.

O profissional, sobretudo o intellectual, acostuma-se, no correr dos annos, a uma respiração curta e superficial, na qual a inspiração é aproveitada apenas para fazer penetrar nos pulmões a quantidade de oxygenio estrictamente necessaria. A expiração é cada vez mais

descuidada. Essas pessoas aproveitam apenas os segmentos superiores dos pulmões para as suas trocas respiratorias.

Correlativamente, no terceiro e quarto decennio da vida, o abdomen cresce em circumferencia, e a digestão se torna mais difficil. Verifica-se uma elevação do diaphragma, conduzindo a um recalçamento do coração para a esquerda. Basta a posição alta do diaphragma, combinada á formação anormal de gazes no grosso intestino, para provocar incommodos cardiacos depois das refeições. Os doentes queixam-se de angustia ou de constricção no peito, de pontadas ou apenas de uma sensação de oppressão. Como os doentes inspiram e expiram muito mal, a percussão revela um desvio do coração para a esquerda, desvio que desaparece logo que o doente respira profundamente e o diaphragma se abaixa.

Sendo defeituosa a respiração, vê-se na radiographia uma sombra aortica um tanto larga e uma silhueta cardiaca inclinada.

Mandando-se o doente respirar bem profundamente, tanto a configuração da aorta, como a silhueta cardiaca, retornam á normalidade. Pode-se, portanto, ver directamente na radiographia as lesões que se installam no correr dos annos, pela posição alta do diaphragma, pela technica defeituosa da respiração e pelo augmento da adiposidade.

Por esse motivo, todo cardiaco deve, na medida do possivel, aprender uma technica *expiratoria* efficaz e completa. Sua respiração habitual deve obedecer a uma technica invertida, isto é, elle deve passar da respiração quasi exclusivamente *inspiratoria* para uma respiração activa e predominantemente *expiratoria*. Esses exercicios devem ser feitos sempre em decubito, para poupar o coração. Mesmo no doente com angina de peito, pode-se fazer o exercicio, com cuidado e sem nenhum inconveniente. Dá-se, até, o contrario, pois os doentes sentem a sua respiração mais livre e facil. Com o

abaixamento do diaphragma, muitas vezes desaparecem as manifestações anginosas.

Depois que o doente tiver aprendido uma technica respiratoria predominantemente expiratoria perfeita, passará a treinar a mobilização da parte inferior da caixa toracica, á maneira do que fazem os cantores. A maioria das pessoas perde toda a noção da existencia da parte inferior de seu thorax e da parte superior do seu abdomen. Esta sensação de existencia de parte do seu corpo desenvolve-se primeiramente pela technica respiratoria da gymnastica curativa, que, na litteratura especializada, se denomina «gymnastica da aorta».

Seria, porém, unilateral lembrar-se exclusivamente da aorta, pois ao mesmo tempo se obtem uma modificação mais favoravel da posição do coração e uma melhor ventilação das partes inferiores dos pulmões. Ainda pela maior mobilidade do diaphragma, realiza-se uma verdadeira massagem do figado, influenciando favoravelmente a circulação venosa de retorno.

Uma vez obtido o dominio sobre a gymnastica respiratoria, sem que tenham apparecido perturbações cardiacas, começa o doente a fazer exercicios musculares, muito cautelosos, na posição deitada. Pela elevação das pernas fortifica-se paulatinamente a musculatura abdominal, geralmente frouxa. Estes exercicios gymnasticos da musculatura abdominal e dos membros inferiores, além de cautelosos, devem ser realizados só em concordancia optima com uma irreprehensivel gymnastica respiratoria. Satisfeita esta condição, nunca apparecerão consequencias nocivas, pois é impossivel ao doente esforçar-se exaggeradamente, enquanto observa a technica respiratoria.

A technica respiratoria é ainda importante para o cardiaco pelo effeito que produz sobre o esvaziamento intestinal. Sempre obser-

vámos que doentes portadores de varizes, especialmente mulheres, conseguiam melhoras consideraveis pelo emprego da technica de respiração. Muitas vezes, encontraremos na technica respiratoria, combinada á gymnastica, um auxilio que não lográmos com medicamentos.

É importante vigiar cuidadosamente os exercicios praticados pelos doentes, que devem ser instruidos em aulas regulares, durante longo tempo, com paciencia e com uma dosagem rigorosa. Nessas condições, podem ser obtidos resultados brilhantes.

Ao contrario, toda gymnastica irregular, a gymnastica pelo radio, a technica respiratoria insufficiente ou defeituosa são muito mais prejudiciaes do que a inacção absoluta neste terreno. Como, em geral, o medico não dispõe do tempo necessario ás aulas do doente, devemos recommendar com empenho, que estas sejam executadas sob a orientação de uma enfermeira especializada em gymnastica curativa. Não obstante, devem ser controladas constantemente pelo medico, não sendo permittido, durante longas semanas, a sua execução fóra da posição deitada.

Nas precedentes considerações evitei propositalmente desenvolver o thema: angina de peito—insufficiencia cardiaca—infarcto do coração—insufficiencia coronaria—á maneira dos tratados scientificos. Tal estaria inteiramente fora dos propositos deste livro, cuja finalidade unica é tirar dos acontecimentos da pratica quotidiana do especialista algumas considerações capazes de despertar um estimulo para o estudo e a discussão do assumpto. Cada medico tem a sua maneira especial de ver e de observar, o *seu* modo especial de elaborar o que viu e observou. Um parte sempre da «litteratura mais recente» no desenvolvimento dos seus themas; outro não procura tanto—prefere esperar mais um pouco, até que os resultados das novas pesquisas se esclareçam melhor. Nem todas as communicções

dos congressos, por mais acertadas e incisivas que sejam theoreticamente, produzem immediatamente as suas consequencias praticas. Ha uma serie de medicos que, depois de cada congresso a que assistem, moldam a sua linha de raciocinio e de conducta de accordo com o «estado actual» da sciencia. A directriz conservadora—não é o mesmo que «fora da moda»—não é a peor para o medico. O excesso de theoria junto ao leito do doente não torna mais aguçado o olhar ingenuo do esculapio. Muitas vezes acontece o contrario. Pode, pois, parecer que as minhas opiniões sobre a angina de peito sejam antiquadas e já substituidas, ha muito tempo, por outras mais modernas. Evitei tratar mais de perto o infarcto do coração e, antes de tudo, a insufficiencia coronaria. Sabemos que a insufficiencia coronaria desempenha um papel decisivo no decurso ulterior de todas as affecções cardiacas. Muitas vezes, a insufficiencia coronaria—não a insufficiencia cardiaca—marca a meta da vida do cardiaco: eis uma noção scientifica que augmenta dia a dia de importancia! Receio que só augmente a incerteza entre os medicos, não entre os que exercem actividades scientificas, mas sim entre os que se dedicam ao trabalho pratico, quando se os adverte claramente contra toda therapeutica digitalica na insufficiencia coronaria. O leitor que quizer enfronhar-se nessas questões recentemente abordadas, deve ler os artigos de *H. Rein*: «Die Durchblutung der Herzgefäesse» (a circulação sanguinea dos vasos do coração), *F. Buechner*: «Herzmuskelinfarkt und disseminierte Nekrosen des Herzmuskels» (infarcto do myocardio e necroses disseminadas do myocardio), *A. Ruehl*: «Stoffwechsel der Herzkranken» (metabolismo dos cardiacos), *Chr. Kroetz*: «Herzinsuffizienz und Koronarinsuffizienz» (insufficiencia cardiaca e insufficiencia coronaria), (Steinkopff, 1933, IIº Curso da Sociedade Medica de Oeynhausen).

Não pretendemos com este livro produzir obra scientifica, nem

occupar-nos de novidades mais recentes da litteratura medica. Nosso intuito é muito outro: Já o dissemos, e é quanto basta para o autor — quiçá também para o leitor —.

*

A esse quadro clinico, oppomos o de uma lesão valvular, erroneamente considerada como muito rara na pratica corrente. Referim-nos simplesmente á estenose mitral sem perturbação do rythmo. A determinação deste conceito é dada em outro lugar do presente livro. Encaramos, comparando uma em face da outra, a angina de peito e a estenose mitral, por motivos clinico-praticos. Com effeito, tanto um como outro quadro clinico são commummente omitidos ou indevidamente apreciados.

A estenose mitral pura sem perturbação do rythmo nada tem que ver, como quadro morbido, com a estenose mitral + insufficiencia + arhythmia perpetua, embora ambas essas entidades sejam encaradas pelo medico na mesma ordem de idéas, quer na litteratura, quer junto ao leito do doente. Clinicamente, a affecção é encontrada, na maioria das vezes, em mulheres jovens ou mocinhas, que se queixam muitas vezes apenas de palpitações nocturnas e de diminuição da capacidade de trabalho. O exame revela um sopro presystolico da ponta e um reforço do segundo tom pulmonar. Muitas vezes se percebe, já com a mão espalmada, um fremito presystolico e diastolico. A radiographia mostra uma saliencia do segundo arco auricular esquerdo. O electrocardiogramma apresenta uma grande elevação em *P*. Quanto ao mais, a silhueta cardiaca pode estar normal. O sopro da ponta não deve ser confundido com um sopro thyreotoxico. Esta forma de estenose mitral pura sem arhythmia apresentar-se-á ao medico com maior frequencia á medida que elle aprender a observal-a. Os doentes têm a particularidade de enganar

o medico, graças ao seu aspecto geralmente vivo e sadio. Além disso, apresentam uma qualidade especial do character: são simuladores.

A queixa aparentemente sem importancia, das «palpitações», pode illudir o medico. Si nos lembrarmos, porém, do diagnostico de estenose mitral, esclareceremos a verdadeira diminuição da capacidade de trabalho dos doentes. Outra peculiaridade da forma pela qual se apresentam estes doentes é a simulação. Elles accrescentam uma especie de «adorno hysterico» aos seus symptomas — talvez com medo de que se pudesse passar por alto na sua doença.

Á estenose mitral pura sem alteração de rythmo, associa-se frequentemente uma insufficiencia aortica. Isto constitue uma vantagem para o doente: O transtorno funccional determinado pela estenose mitral é, até certo ponto, diminuido. O fundo de todo o quadro clinico é uma endocardite curada ou muito lentamente progressiva, da valvula mitral. Esta endocardite deve ter uma localização anatomo-pathologica tal que a estenose occupe o primeiro plano no disturbio funcional. Antes de tudo, o processo anatomo-pathologico deve ter transcorrido de uma forma que não dê logar á manifestação de uma perturbação do rythmo. Assim considerado, o processo seria benigno. Considerado, todavia, do ponto de vista do doente e clinico, é assás sério, pois a estenose mitral pura é uma lesão valvular grave. E é grave, porque o seu prognostico é muito desfavoravel.

Os recursos therapeuticos são reduzidos. A capacidade de acção do doente está sempre muito compromettida. O apparecimento de uma gravidez pode significar uma catastrophe. A séde do processo anatomo-pathologico explica o perigo de embolia. Effectivamente, são observadas hemiplegias subitas, bem como cegueiras inesperadas.

Em casos muito raros, pela evolução do processo anatomo-pathologico, o quadro clinico da estenose mitral pura sem alteração

de rythmo se transforma, em uma phase mais adeantada, em outro, o de estenose mitral + insufficiencia + arhythmia perpetua, com todas as suas manifestações pathologicas typicas. Tal—quasi podemos dizer: infelizmente—não é regra. Fiz, sobre o assumpto, uma comunicação minuciosa, em 1930, na revista «Archiv fuer klinische Medizin». Tive, então, oportunidade de descrever o quadro clinico da estenose mitral pura de maneira clara e precisa. (Vide o registro bibliographico no fim deste livro.) Accrescentei esse registro bibliographico para mostrar ao leitor como a nossa experiencia clinica sempre constituiu assumpto de trabalhos scientificos.

Não estamos longe de admittir que talvez esta forma de estenose mitral pura sem alteração de rythmo esteja, porventura, em relação com uma endocardite da valvula mitral, processada durante os primeiros annos da infancia. Porque não acceitar a hypothese de terem as denominadas molestias da infancia lesado, em crianças sensiveis, o seu endocardio? O processo soffreria uma cura aparente e não seria diagnosticado na infancia. Poderia então, na puberdade, por exemplo, uma simples angina ou, mais tarde, uma grippe, reactivar essa endocardite, até então não diagnosticada.

Não sei a razão pela qual são, quasi sempre, mocinhas ou mulheres as portadoras deste quadro clinico. A litteratura medica denota um desinteresse extremo por esse assumpto. A hypothese da estenose mitral congenita não conta com argumentos sufficientes para manter-se de pé. Uma mocinha ou mulher pode ser portadora, durante toda a vida, dessa lesão e da correspondente redução da capacidade de acção. Mas, o quadro clinico da estenose mitral pode tambem apresentar, sobretudo pela intercurrencia de molestias infecciosas, uma tendencia á progressão.

A therapeutica consiste, em primeiro logar, no diagnostico, como aliás acontece muitas vezes em medicina interna. Com effeito,

do diagnostico exacto decorre a conducta conveniente do medico e do paciente. O problema do matrimonio é muito difficil de ser resolvido. Actividades esportivas sempre devem ser prohibidas, bem como qualquer esforço physico. A conducta conveniente do doente, orientada pelo medico, e os conselhos deste são os factores primordiales do tratamento. O ambiente deve cercar o paciente de todos os cuidados. É surprehendente a submissão immediata dos doentes ao diagnostico de lesão cardiaca. Elles vêm, no medico, sua tabua de salvação, onde encontrarão auxilio e protecção. No fundo, os doentes sabem muito bem a gravidade da sua affecção cardiaca. O medico repetidamente terá oportunidade de verificar que ninguem acredita na doença do seu cliente. De facto, o cardiaco com estenose mitral pura tem um aspecto particularmente vivo e saudavel. É preciso prestar attenção para relacionar uma tendencia á bronchite ás condições do coração, pois trata-se, ahi, de uma bronchite de estase. Quasi nunca se observam phenomenos de estase peripherica. Existem, todavia, todos os grãos de transição.

Os portadores de uma estenose mitral grave sem perturbação do rythmo estão seriamente doentes para toda a vida.

Com um tratamento de preservação, mantido durante annos, obtêm-se, muitas vezes, resultados admiraveis. Tanto o medico como o doente devem possuir uma boa dose de paciencia. Um tratamento digitalico prolongado e intermittente, em doses minimas—2 gottas de *Digipuratum* e 5 de *Cardiazol*, por dia—é sempre bem tolerado. As grandes doses de digital sempre são mal supportadas. Os preparados de bromo e valeriana são indispensaveis. Conheço uma serie de doentes que melhoraram no correr dos annos pela preservação cuidadosa a que foram submettidos, mas tambem conheço outros que peioraram de anno para anno. Tudo isso depende provavelmente só do gráo do disturbio funcional. O estudo

e a observação cuidadosos desses doentes têm grande importancia para o medico, porque o introduzem nos menores detalhes da cardiopathologia. Nesse quadro nosologico pode o medico aprender a desdobrar diagnosticos totaes em diagnosticos parciaes mais minuciosos. Partindo da estenose mitral sem perturbação de rythmo, que acabámos de pintar em rapidos traços, abrem-se para o medico, as portas da comprehensão para a endocardite da valvula mitral com propagação para a valvula aortica.

A estenose mitral pura é uma especie de chave para a comprehensão do cardiaco com lesão valvular. Este quadro clinico é o que mostra, com a maior clareza, quanto é importante, para o medico, o raciocinio pathologico-funcional. Por importantes que sejam as noções exactas do processo anatomo-pathologico para o raciocinio do medico, mais necessario é, ainda, que elle esteja esclarecido, em cada caso clinico, sobre o gráo de compromettimento funcional determinado por esse processo anatomo-pathologico. Com os olhos na valvula mitral, aprende-se, então, como os processos anatomo-pathologicos da mesma ordem podem produzir os mais variados e mais graves quadros morbidos. O que importa é o estado clinico *intra vitam*, não o estado anatomo-pathologico encontrado no cadaver. Pois, o que importa é saber reconhecer as doenças no homem vivo, para ir em seu socorro. O cadaver já não precisa do nosso auxilio. Estas são as considerações que mostram as relações que ligam o cardiaco com angina de peito ao cardiaco com estenose mitral pura sem alteração de rythmo.

*

Relativamente á idéa de designar a estenose mitral como uma especie de chave para a comprehensão das affecções valvulares, cabem ainda algumas considerações:

Os medicos mais velhos, entre nós, só ouviram falar muito pouco, na universidade e no estudo em compendios—lembro que só me refiro ás lesões valvulares—sobre a estenose mitral, certamente, porém, nada sobre aquelle quadro clinico que eu só vim a conhecer na pratica clinica.

Todos nós aprendemos—não sei si ainda hoje é assim—a auscultar e a percutir as lesões valvulares systematicamente, uma após outra. Eramos felizes quando, ainda estudantes, aprendiamos a distinguir uma insuficiencia mitral de uma insuficiencia aortica. Classificavamos as lesões valvulares segundo os sopros caracteristicos e as modificações morphologicas, o tamanho do coração, etc., peculiares a cada uma. Nos compendios, as lesões valvulares são estudadas systematicamente, uma por uma. Talvez deve ser assim. A vida clinica, porém, nos revela a realidade. Ao lado das lesões valvulares completas—refiro-me sobretudo ás lesões valvulares do coração esquerdo—sempre tornámos a encontrar sopros que não sabemos a que attribuir. Contentamo-nos com o diagnostico de sopro funcional, ligamos um sopro a uma thyreotoxicose existente simultaneamente, e, dessa maneira, muitas vezes deixamos passar despercebida uma endocardite ainda evolutiva da valvula mitral. Volto, assim, á idéa de designar a estenose mitral sem perturbação do rythmo como uma chave para a comprehensão das lesões valvulares do coração esquerdo—praticamente as mais importantes.

No aprendizado systematico dos estudantes e no ensino systematico de docentes e professores, sempre eram escolhidos—pelo menos no meu tempo—estados finaes definitivos, como base para a materia de ensino e de estudo. A lesão, já cicatrizada, da insuficiencia mitral muitas vezes não tem importancia pratica. Ao contrario, o reconhecimento precoce de uma estenose mitral é importante. A maioria dos medicos, que suspeitam ou diagnosticam

uma estenose mitral, pensam, geralmente, num processo já evoluído, analogo, por exemplo, a uma insuficiencia mitral cicatrizada sem incidentes. Mais clara ainda é essa idéa na insuficiencia aortica cicatrizada.

Entretanto, a estenose mitral apresenta, nas suas phases mais iniciaes, aquillo a que *v. Bergmann* denominou «perturbação funcional» («*Betriebsstoerung*»). O medico, porém, que raciocina anatomo-pathologicamente—pode-se dizer, tambem, o medico que raciocina só anatomo-pathologicamente—apenas designa estenose mitral aquillo que no cadaver se apresenta como estenose mitral. Lembra-se, então, involuntariamente, do lapis que o anatomo-pathologista a custo faz passar atravez do *ostium* mitral, estreitado ao maximo. Na realidade, esses corações apresentavam, no vivo, o quadro clinico da estenose mitral + insuficiencia + arhythmia perpetua + coração monstruosamente alterado. *Não é desses doentes que nos occupamos*, mas sim daquelles nos quaes pela autopsia só se pode constatar uma endocardite na valvula mitral—processos anatomo-pathologicos certamente demonstraveis, que todavia não permittem reconhecer a *gravidade da perturbação funccional intra vitam*, que se destacava como estenose mitral sem alteração de rythmo.

Segue-se dahi: Quando já as valvulas do orificio mitral estão affectadas por um processo endocardico, o sopro puramente systolico, ao lado do 2º tom conservado é, certamente, um ponto de apoio para se reconhecer que a «perturbação funcional» decorrerá predominantemente no sentido de uma insuficiencia mitral. Mas, já um desdobramento do 1º tom e só o indicio de um sopro presystolico, ou um sopro curto após o 2º tom, ou, ainda, um leve susurro na ponta tornam discutivel o diagnostico de insuficiencia mitral. Então, o quadro clinico trahe, pela sua gravidade, *si na perturbação funccional o factor estenose é mais importante que o factor insuficiencia*.

Pode-se, pois, tratar de uma perturbação funcional grave, decorrendo ao lado de um estado anatomo-pathologico infimo, por uma localização infeliz no aparelho valvular.

Outrosim, chegamos á convicção de ser mais acertado diagnosticar uma endocardite na valvula mitral e julgar o caso pelo gráo da perturbação funcional, do que ter em mira sempre fazer um diagnostico de lesão valvular completo e acertado.

A estenose mitral é tanto uma nova chave para o estudo das lesões valvulares do coração esquerdo, quanto podemos dizer que esse quadro clinico quasi sempre é a expressão de *uma endocardite da valvula mitral, de evolução ainda não cessada*.

A insuficiencia aortica *simultanea* á estenose mitral é um bom defecho, ao passo que constitue um defecho desfavoravel, a persistencia só de uma estenose mitral pura.

Desse ponto de vista, comprehendemos como, por uma endocardite repetidamente recidivante na valvula mitral, se desenvolve muito lentamente um *cor bovinum*. A insuficiencia da mitral e da aorta determinam, aos poucos, a hypertrophia do ventriculo esquerdo. A estenose mitral condiciona uma dilatação das auriculas e uma estase pulmonar. Si coincidirem varios disturbios, tambem o systema excito-conductor pode ser affectado pelo processo inflammatorio, e então encontramos, como estado final, a insuficiencia mitral + estenose, com tachycardia das auriculas ou fibrillação auricular e um rythmo inteiramente dysforme e irregular dos ventriculos. Essa observação nos mostra, então, que o *processo endocardico uma vez iniciado nunca cessou de evoluir*, e que a affecção continuou a se desenvolver, em marcha inteiramente insidiosa, até dar logar a uma lesão cardiaca complicada completamente constituida. Diariamente os cardiacos portadores de lesão cardiaca combinada nos offerecem a prova dessa asserção.

Como é grande o numero desses doentes! Elles são o dominio classico da therapeutica pela digital e dos nossos maiores successos. Em comparação com elles, é pequeno o numero dos doentes nos quaes o insidioso processo endocardico entretem, durante toda a vida, a perturbação funccional da estenose mitral pura sem alteração de rythmo e sem augmento de tamanho do coração, e que vêm a soffrer uma paralysisa ou a morrer, por embolia, durante uma gravidez.

Em logar, pois, de sempre tornar a ensinar e a estudar a lesão valvular constituida—incendio já extinto—deveremos—como manda a pratica—dirigir no futuro, a nossa attenção parã o brazeiro ainda ardente da endocardite em evolução. Fazendo isso, uma insufficiencia aortica extincta e liquidada e uma insufficiencia mitral cicatrizada nos darão menos preoccupações. Muito nos preocupa, porém, o doente no qual encontramos, na falta de um augmento sensivel do coração, a estenose mitral pura sem perturbação do rythmo.

Não ha duvida: Essa lesão valvular explica o destino dos nossos doentes. A estenose mitral é, como «perturbação funcional», a lesão valvular mais grave, porque zomba das nossas providencias therapeuticas. Só o «incendio» muito maior, que nos impressiona, tanto no electrocardiogramma como arhythmia perpetua, quanto na radiographia como *cor bovinum*, e que, ao exame, mostra o doente já no limite da descompensação ou na descompensação já estabelecida, é o nosso campo therapeutico mais grato. Então, já não nos daremos conta, meticulosamente, só do character dos sopros cardiacos, nem faremos um diagnostico apenas anatomo-pathologico, mas sim, adquiriremos uma idéa plastica da verdadeira «perturbação funcional» e estabeleceremos, com maior acerto, o prognostico. Isso tem grande importancia para os nossos doentes.

Formulo, portanto, a minha opinião da seguinte maneira:

Existem sopros cardiacos «*acabados*» e «*inacabados*». Ao passo que, no diagnostico da insuficiencia mitral, deparamos com um sopro *acabado*, sempre igual, a sua variabilidade na estenose mitral indica que estamos em face de um sopro *inacabado*. Esse sopro *inacabado*, porém, pela sua variabilidade, denota tambem as variações da «*perturbação funccional*». O sopro *inacabado* não permite uma impressão clara sobre o processo anatomo-pathologico; o sopro *acabado* permite um diagnostico anatomo-pathologico, o *inacabado*, antes, um diagnostico funcional.

Atrás do sopro *inacabado*, segue seu caminho, ardendo como um fogo despercebido, o processo endocardico. Do sopro *acabado*, constituido, podemos concluir que o foco do incendio está extinto e não pode reincandescer. Na insuficiencia mitral + estenose com arhythmia perpetua e as modificações morphologicas grotescas, bem conhecidas, do coração, até ao *cor bovinum*, é muito difficil separar os sopros *acabados* e os *inacabados*. No rythmo cardiaco frequente e irregular, é impossivel.

O forte sopro da insuficiencia mitral não tem a importancia que se lhe poderia attribuir em virtude mesmo dessa sua qualidade, isto é, a «*perturbação funcional*», tornada manifesta por esse sopro vigoroso, pode ser pouco importante para a circulação total. Que enorme differença para o leve sopro da estenose mitral—ou da endocardite insidiosa. Portanto, um sopro forte não revela uma lesão cardiaca grave, nem um sopro leve significa lesão benigna!

Admiro-me do facto de ainda ser o sopro *acabado* da insuficiencia aortica o que melhor se pode determinar, entre todas as lesões valvulares, das mais graves, do coração esquerdo. Certamente não se trata, ahi, de algum processo, terminado, da valvula mitral; provavelmente conseguimos, pela therapeutica digitalica, pôr em

ordem, transitoriamente, as graves perturbações funcionaes. Avaliámos, porém, muito alto os sopros *acabados* no raciocinar anatomico-pathologico e, muito baixo, o perigo do sopro *inacabado* da estenose mitral, que já muda de caracter desde que o doente executa algum esforço.

Posso mostrar, com um simples exemplo, como se dividem os medicos em dois grupos: um, dos que pensam mais funcionalmente ou physio-pathologicamente e outro, no qual domina o raciocinio anatomico-pathologico, no estabelecimento do diagnostico.

Uma senhora, de 32 annos, apresenta o estado univoco do bloqueio cardiaco 1:2. O coração mal apresenta augmento de volume. Ha alguns annos, a electrocardiographia constatou o bloqueio cardiaco. A radiographia, que a doente traz comsigo, revela uma aorta ligeiramente alongada e um coração um tanto *pequeno e atonico*.

A paciente tinha tido *escarlatina* aos 5 annos de idade. Em seguida, o pulso cahiu a 28 batimentos por minuto. É, pois, fora de duvida que naquella occasião ella tenha adquirido, por lesão do systema excitoconductor pela *escarlatina*, um *bloqueio cardiaco*. Todavia, o processo inflammatorio cessou por completo, no systema excito-conductor, do contrario o coração se teria alterado, durante 27 annos, no sentido de uma *myopathia*. Criança, a paciente cursou regularmente o collegio, fez gymnastica, pôde fazer natação e cyclismo, sem nunca saber coisa alguma do seu coração. Era, comtudo, afamada no collegio pela sua *phleugma* e confessa, sorrindo, que sempre foi muito vagarosa.

Um bello dia, ella quiz casar-se. Os medicos que pensavam anatomico-pathologicamente prohibiram categoricamente o matrimonio. Procurou, então, outros medicos. Estes ultimos, raciocinaram pathologico-funcionalmente e permittiram o enlace. Os primeiros

prohibiram a gravidez. Os segundos a permittiram. Com o tempo a gravidez se apresentou. Os primeiros meses foram um tanto desagradaveis; no oitavo e no nono apresentaram-se os incommodos habituaes. Nasceu o filho. O parto foi normal, durando 12 horas. A mãe amamentou o filho durante 5 meses. Hoje, vem occasionalmente ao consultorio, com incommodos de pequena monta.

Este exemplo illustra, de modo classico, o nosso modo de pensar. Mostra, tambem, como o coração se acostuma a uma perturbação funccional, quando esta já se estabilizou. E, visto que a estenose mitral, ao contrario desse disturbio da conducção—bloqueio cardiaco completo—*não* é como endocardite chronica uma lesão *estavel*, tem um prognostico tão desfavoravel.

Mas, o exemplo mostra ainda outra coisa: mostra o acerto do dictado paradoxal, de morrer o cardiaco ou no inicio ou no fim da sua doença. A senhora da nossa observação teria morrido, em criança, do seu bloqueio cardiaco, si as forças curativas da natureza não tivessem permittido uma adaptação a essa anormalidade extraordinaria. Agora não ha mais motivo para se receiar que ella morra do bloqueio cardiaco.

A estenose mitral não traz a morte no inicio da endocardite, porque o processo em causa é benigno no inicio e só muito lentamente se vae tornando mais grave. Prolonga-se por decennios e todos os seus phenomenos consecutivos se desenvolvem aos poucos, com elle. Mas, como nunca chega a um estado final, *acabado*, o quadro clinico da estenose mitral é de prognostico tão desfavoravel.

*

Para governo do leitor, devo aqui accentuar mais uma vez, que os conhecimentos que elle encontra nos livros didacticos são ommitidos propositalmente no presente trabalho. O que nos pre-

occupa é tirar dos conhecimentos que a experiencia clinica nos confere, as idéas que *não* encontramos nos compendios.

Por essa razão, trago a lume o seguinte pensamento: Até hoje ainda não sabemos por que motivo a estenose mitral é, preferencialmente, uma affecção do sexo feminino, e porque, por outro lado, a angina de peito attinge principalmente os homens.

Até hoje não encontrei explicação satisfactoria para essas preferencias. Todavia, a experiencia nos ensina que quasi sempre são homens na melhor idade, os arrebatados da vida por essa doença traiçoeira, emquanto a mesma affecção nas mulheres apresenta um cunho differente. Todos conhecemos, naturalmente, a angina de peito na mulher. Mas, o quadro clinico é muitas vezes encoberto ou desfigurado. Por outro lado, em toda a minha pratica clinica não conheci nenhum homem com o quadro clinico da estenose mitral pura sem alteração de rythmo, que tão frequentes vezes observei em mulheres jovens.

Assim, pode-se denominar, propriamente, a angina de peito como uma forma masculina de affecção do apparelho circulatorio, em contraposição á estenose mitral pura sem alteração de rythmo, que deveria ser designada como affecção propriamente feminina.

*O cardiaco com esclerose cardio-vascular e as suas relações
com o problema da hypertensão*

Presuppomos conhecidos os factos anatomico-pathologicos referentes á natureza e á séde da esclerose no coração e no aparelho circulatorio peripherico. Para o medico pratico, o diagnostico de *myocardite arteriosclerotica com ou sem hypertensão* é o diagnostico mais commum e mais importante, em se tratando de doentes com idade avançada. O medico, ao fazer esse diagnostico, após um exame rigoroso e ainda mesmo *antes* do exame roentgenologico e de ter em mãos o electrocardiogramma, já antevê, pela experiencia, a silhueta approximada da aorta e do coração do seu doente e não se surprehende da ondulação T negativa e de outras alterações de forma do electrocardiogramma, talvez, em si, normal. Não o surprehende, igualmente, a modificação, em geral pouco pronunciada, apresentada pelo coração. A suspeita de uma *myocardite arteriosclerotica* é devida ao ligeiro sopro systolico no foco aortico e á accentuação do segundo tom aortico. Além disso, muitas vezes os ruidos cardiacos são abafados, regulares, ás vezes um tanto lentos. Indagando da capacidade de trabalho do doente, sempre se descobre uma diminuição relativa á energia cardiaca. Pela medida da pressão sanguinea, distinguimos a forma *hypotonica* da forma *hypertonica*.

Sabemos que as affecções *myocardicas* acompanhadas de *hypotensão* têm, antes, um prognostico desfavoravel.

O resultado do exame objectivo do coração pode ser tão insignificante que passa despercebido quando não ha *hypertensão* arterial.

Estando, porém, a pressão sanguínea notavelmente elevada, o quadro clinico é reconhecido.

Este conhecimento applica-se, sobretudo, á affecção arteriosclerotica dos vasos coronarios. Os doentes portadores desta lesão, porém sem hypertensão, estão muito mais ameaçados que os doentes com a mesma lesão, acompanhada de grãos elevados de alteração da pressão sanguínea. O conhecimento basico resultante da experiencia adquirida no consultorio e junto ao leito do doente ensina que as alterações arterioscleroticas do coração e dos vasos se processam *com e sem hypertonia*.

O problema da hypertensão occupou, nos ultimos 30 annos, em todos os ramos possiveis da investigação, a totalidade do mundo medico. A litteratura sobre o problema da hypertensão sedimentou-se em muitos livros especializados. Não se logrou descobrir a etiologia da hypertensão. Como dantes, a hypertensão arterial continua a ser um symptoma singular—aliás, muito importante. Devemos limitar-nos a estudar esse symptoma com todo o cuidado, para dahi poder tirar conclusões acertadas para o diagnostico, o prognostico e a therapeutica.

Hypertensão e arteriosclerose não são a mesma coisa. Pelo facto das alterações arterioscleroticas se acompanharem tão frequentemente de um augmento da pressão arterial, nasce na mente do medico pouco experimentado a confusão entre esses dois conceitos. Sabemos que em muitos casos, nos quaes ha uma coincidencia dessas manifestações morbidas, o symptoma do augmento da pressão arterial—a hypertensão ou hypertonia—é apreciada de modo todo unilateral quanto ao prognostico e á therapeutica. Esquece-se, entretanto, a necessidade imperiosa de tratamento do musculo cardiaco debilitado. Com effeito, uma hypertensão arterial mais prolongada conduz sempre, no correr dos annos, passando por uma

hypertrophia do coração esquerdo e por uma certa alteração aortica (botão aortico), a um enfraquecimento, embora lento, da energia cardiaca.

Pode, porém, acontecer que o medico, examinando cuidadosamente um doente entre os 40 e os 45 annos de idade, e que não apresenta, por assim dizer, nenhum incommodo subjectivo, encontre apenas uma pressão arterial elevada.

Depende, ahi, da experiencia theorico-scientifica e pratica que o medico tiver do problema da hypertensão, a sua capacidade diagnostica e prognostica.

É certo que toda elevação mais duradoura da pressão arterial indica uma alteração funccional pathologica da circulação.

Sobre o «problema da hypertensão», deve o medico pratico saber o seguinte:

Os termos hypertensão e hypertonia são usados como synonymos.

Uma elevação da pressão arterial, acima de 170 mm Hg num homem de 25 a 30 annos de idade, por exemplo, é uma hypertensão. Esta verificação, porém, nada significa, a não ser que a pressão arterial, que talvez em condições normaes seria de 125 mm Hg, estava elevada por occasião daquela medição unica. Sómente quando este doente apresenta valores da pressão arterial constantemente acima de 170 mm Hg, durante maior prazo de tempo, e medidos em differentes horas do dia, poderá ser chamado «*hypertenso*». Impõe-se, então, ao medico, a tarefa de averiguar as razões do augmento da pressão arterial. Poderá constatar, na eventualidade mais favoravel, que uma excitação psychica chronica, actuando sobre um individuo vegetativamente estigmatizado, ou um trans-torno endocrino demonstravel (glandula thyreoides), podiam causar uma hypertonia de varias semanas de duração. *Pela remoção dessas*

influencias maleficas, esta forma de hipertensão pode desaparecer completamente.

Em todo caso, a medicina interna já abandonou a idéa de concluir immediatamente, em face de uma elevação, mesmo consideravel, da pressão arterial, pela existencia de uma lesão renal.

Além disso, o diagnostico de uma *hypertensão essencial* pode continuar, durante muitos annos, inteiramente *monosymptomatica*, sem que se possa constatar algum comprometimento renal ou cardiaco de certa importancia.

De facto, o diagnostico clinico de «hypertensão essencial» colloca no primeiro plano, de forma explicita e indubitavel, o symptoma da elevação da pressão arterial como signal diagnostico. Ora, podemos verificar que, pela persistencia mais prolongada da pressão arterial elevada, sob a forma clinica da hipertensão essencial, se associam, com o correr dos annos, as manifestações da arteriosclerose. Com essa designação, queremos dizer alterações organicas do coração, da cellula myocardica, dos vasos sanguineos do coração, da aorta, das grossas arterias até os precapillares e capillares.

A arteriosclerose é um conceito anatomo-pathologico, não um diagnostico clinico.

O mesmo podemos dizer do conceito da «degeneração do myocardi», pois pretendemos significar um processo anatomo-pathologico de natureza degenerativa das cellulas myocardicas, demonstravel pelo exame microscopico. Tanto o conceito de myocardite arteriosclerotica, como o de degeneração do myocardi, têm por base a presuposição de um processo anatomo-pathologico.

Comtudo, a *etiologia* que pode conduzir a esses dois processos anatomo-pathologicos é *extremamente variada*.

Habitua-mo-nos, na linguagem de medico pratico, a transformar, mesmo sem o perceber, um diagnostico anatomo-pathologico

em diagnostico clinico. *Esquecemos, assim, muitas vezes, que esse diagnostico nada significa para a clinica e para o doente, sob o ponto de vista de suas relações etiologicas.*

Para o cardiaco, o diagnostico «arteriosclerose» ou «degeneração do myocardio» significa, sob o ponto de vista etiologico, o facto de que a *vida* e o *progredir da idade* conduzem a um *desgaste*, como, aliás, qualquer objecto de uso diario está sujeito a avarias e ao *desgaste*. Podemos, pois, dizer que:

Primeiro, o envelhecimento normal ou precoce constitue um factor causal nesses processos.

Segundo, innumeras excitações psychicas, fructos da civilização, pesam sobre a circulação viva e sobre o seu portador, podendo determinar um *desgaste* consideravel.

Terceiro, o proprio dono prejudica ou lesa, durante dezenas de annos, o seu coração, proposital ou involuntariamente, pelo uso de alimentos inadequados, de bebidas, taes como o chá e o café, e de venenos introduzidos pela civilização, como o alcool e a nicotina. Todas essas influencias ainda poderiam ser consideradas normaes, pois praticamente quasi só estaria isento dellas quem vivesse como asceta ou num convento, onde ainda não faltam os outros factores: excitações psychicas e envelhecimento. Accrescem ainda as lesões endogenas e exogenas, ás quaes o homem está exposto pelo seu destino: As molestias intercurrentes, acompanhadas de febre alta, lesam, pelo augmento do trabalho imposto ou por acções toxicas, a cellula myocardica, o systema conductor, e o endothelio dos vasos. Certas toxinas bacterianas exercem uma influencia particularmente nociva sobre a circulação até então normal: diphteria, escarlatina, syphilis, a infecção mixta que é a grippe e, acima de todas, o agente causal desconhecido do rheumatismo polyarticular agudo. No mesmo plano estão o typho abdominal e a angina lacunar, aparentemente

inocua. Isso não quer dizer que qualquer infecção, por benigna que seja, não possa, por um processo septicemico muitas vezes latente, lesar o coração pelo accomettimento do endocardio. De facto, o endocardio parece ser particularmente sensível a determinados germens e toxinas. Tratando-se de uma acção toxica chronica, como, por exemplo, a do alcool, pode verificar-se a degeneração cerea da cellula myocardica, ao lado da de outros elementos organicos. Mas, nem é indispensavel alguma lesão evidente, demonstravel, da circulação.

Basta a maneira pela qual uma pessoa «manobra com o seu coração», queremos dizer: exige delle esforços insensatos, para determinar um augmento pathologico da massa muscular do coração. O coração, sobretudo dos adolescentes, está ameaçado muitas vezes de grande perigo e de uma lesão irreparavel. Sabemos que o coração hypertrophiado não é mais forte que o coração normal, mas que, pelo contrario, até é attingido mais facilmente pelas lesões ha pouco citadas, em affecção chronica.

Para a juventude allemã, no periodo da puberdade, constitue um grande perigo, segundo a minha experiencia, o cyclismo praticado desenfreada e ambiciosamente, nas regiões montanhosas. Mas, tambem é igualmente perigosa toda pratica esportiva desregrada ou excessiva.

No periodo da puberdade, o jovem é assaltado normalmente por numerosos conflictos psychicos—masturbação—. As excitações psychicas encontram o seu orgão de expressão no coração e nos vasos, dahi: palpitações, enrubecimento subito, pallidez subita, dermographismo, pelle marmorea, tendencia a lipothymias ou ao colapso por occasião da vaccinação, etc.

O aparelho circulatorio do individuo jovem encontra-se, biologicamente, numa certa labilidade e, nessas condições, apresenta

uma diminuta resistencia contra as lesões supervenientes. Comtudo, os estados que observamos nos nossos cardiacos entre o terceiro e o setimo decennio da vida, como alterações circulatorias geralmente chronicas, têm suas origens annos ou dezenas de annos atrás, numa somma desses transtornos por nós apenas indicados.

Além disso, commettemos o erro de raciocinio, de aceitar um quadro anatomo-pathologico colhido com o auxilio de recursos technicos, portanto uma especie de «media» da propria vida, como si fosse um diagnostico clinico.

O diagnostico clinico, no entanto, é a somma de muitos symptomas: isto é, uma syndrome symptomatica que sempre de novo nós obriga a examinar e investigar muito minuciosamente cada doente como uma individualidade unica, para podermos descobrir essa syndrome nesse *determinado* individuo.

Com effeito, as mesmas modificações anatomo-pathologicas em tres individuos differentes podem ser devidas, no primeiro, apenas a condições desfavoraveis de vida, excesso de preocupações, falhas alimentares e estasamento; no segundo, a uma gripe, cujo tratamento foi negligenciado; e, no terceiro, á lues.

Citamos apenas tres exemplos, quando na realidade as eventualidades são innumeraveis. E, pela possibilidade de se juntarem varias causas simultaneas, cresce ainda o numero de combinações.

Voltamos, assim, ao problema da hypertensão. Não devemos esquecer que a elevação da pressão arterial é *meramente* um symptoma muito importante. Pode tornar-se uma das causas do apparecimento das já alludidas alterações do coração e dos vasos, no sentido da arteriosclerose e da degeneração do myocardio.

Emquanto não encontrarmos outro signal, a não ser a elevação da pressão arterial, falamos em clinica de uma «*hypertensão essencial*».

Si, porém, constataremos um sopro systolico no foco aortico, uma hyperphonese do 2° tom aortico, na urina alguns cylindros granulosos e traços de albumina, na radiographia uma aorta larga e o «botão aortico», com uma ligeira hypertrophia do ventriculo esquerdo, sabemos, na verdade, que o diagnostico clinico de «hypertensão essencial» não se justifica mais, pois estamos já em face de uma syndrome symptomatica. Nem por isso devemos diagnosticar repentinamente uma arteriosclerose *grave*, nem considerar como prova substancial deste diagnostico a pressão sanguinea elevada.

Existe, comtudo, um grande numero de cardiacos que nunca tiveram o symptoma de augmento da pressão arterial, mas que apresentam, pelo contrario, symptomas multiplos e patentes de esclerose cardio-vascular nos territorios mais importantes para a vida (encephalo, rins, pancreas, arterias periphericas dos membros inferiores, etc.).

Apezar dos esforços dispendidos, não se conseguiu, nos ultimos 20 annos, encontrar uma etiologia unica e inconfundivel da hypertensão arterial. A litteratura relativa a esse problema tornou conhecido o valor da hypertensão a todos os medicos. Não sómente aos medicos, mas, infelizmente, tambem a muitos doentes. Pelo apparecimento, na litteratura, do conceito de «alteração da pressão sanguinea», espalhou-se entre doentes e medicos a «phobia da hypertensão», de maneira analoga ao que se passou na tuberculose, originando a nosophobia por essa affecção.

Essa phobia tornou-se em verdadeira doença, carecendo muitas vezes mais de tratamento do que a propria hypertensão arterial. A melhor prova para o que acabamos de afirmar é a importancia que se liga ao symptoma da pressão sanguinea elevada. A nomenclatura clinica relativa ás doenças da pressão sanguinea ainda é pouco segura entre clinicos, especialistas e medicos, e, para mal dos

doentes, ainda não chegou a uma terminologia uniforme. Segundo a minha experiencia de 20 annos, que reproduzi, em 1926, num pequeno livro: «Die Psycho-Physischen Wechselwirkungen bei den Hypertonieerkrankungen» (1), só o conhecimento das curvas esphygmomanometricas autoriza uma nomenclatura clinica approximadamente uniforme.

Não esqueçamos, porém: *A hypertensão arterial é um mero symptoma.* É um symptoma que traduz uma alteração funcional muito importante da circulação. Não é, com segurança, provocada unicamente por uma affecção renal, mas presuppõe—como já no inicio da questão referiu *v. Krehl*—um disturbio de origem central. O systema vasoregulador central, situado no encephalo, está desviado pathologicamente. Muito cedo já, *v. Krehl* chamou a attenção para a regulação vasomotora central. Sem ella, não seria possivel comprehender as variações, de origem psychica, da hypertensão. Estabelecido o facto de se estar em presença apenas de um symptoma cuja etiologia é desconhecida, pode-se, á vista de curvas, cuidadosamente colhidas, da pressão sanguinea,—as medidas devem ser tomadas pelo menos tres vezes por dia—chegar á seguinte divisão:

1° O doente portador de verdadeira *hypertensão essencial* pode apresentar transitoriamente valores de pressão sanguinea até acima de 200 mm Hg. *Nunca* faltam grandes variações, durante dias ou mesmo semanas.

2° O doente com arteriosclerose e hypertensão pode apresentar grãos muito elevados da pressão sanguinea. Chega-se a constatar valores de pressão systolica de cerca de 300 mm Hg, o que se observa tambem na hypertensão com affecção vascular de natureza syphilitica. Especialmente os doentes com insufficiencia aortica mostram,

(1) Nota do trad.: «As influencias reciprocas psycho-physicas nas doenças de hypertensão».

numa amplitude muitas vezes superior a 150 mm Hg, valores de pressão systolica que attingem a 300 mm Hg. Cito propositalmente as excepções, porque ellas confirmam a regra, que está no meio desses resultados.

3° Quando a curva da pressão sanguinea se modifica de maneira que apparece uma *contínua* mais ou menos alta, isto é sempre um mau signal. É que se está, então, em presença de uma *hypertensão constante*, na qual sempre encontramos uma lesão renal concomitante. Tal pode acontecer na hypertensão com grande arteriosclerose generalizada do aparelho circulatorio— coração e periphéria—. Tal, porém, tambem é o symptoma mais funesto da nephrosclerose maligna. Encontrando-se, em doentes com nephrosclerose maligna, uma contínua alta na curva da pressão arterial, praticamente nunca falta, pelo menos temporariamente, á ausculta, um rythmo de galoppe. Este é sempre um signal prognostico desfavoravel. A duração da vida destes doentes está sempre limitada, mesmo que elles se encontrem, no momento, em condições relativamente boas. Um clinico parisiense chamou o rythmo de galoppe protodiastolyco de «le glas des cardiaques». Em regra, isto é acertado, segundo a minha experiencia, para os doentes com nephrosclerose grave. Hoje em dia, diagnosticamos facilmente este quadro clinico pela curva da pressão sanguinea.

Deve-se chamar a attenção para o mal irreparavel que comette o medico, quando, cheio de admiração ou de surpresa, communica ao doente as cifras elevadas da pressão arterial deste. Para o medico, o «nil mirari» é a regra primordial da sua conducta em face do doente. O medico não tem necessidade de mentir, mas pode calar-se.

O mau costume de transformar a consulta em «film educativo», tomou vulto entre medicos e pacientes. Devemos convencer-nos de que, si nós mesmos temos duvidas ou conhecimentos incertos, a

conversa com o doente sobre lesões valvulares, pressão arterial, arteriosclerose e muitos outros assumptos exclúe, de antemão, qualquer *verdadeira* possibilidade de comprehensão.

O que entende o doente de cylindros urinarios? Ou de um botão aortico saliente? O doente nem conhece o tamanho normal do coração, nem pode comprehender, não sendo medico, o que é uma dilatação cardiaca. Mesmo assim, o doente traz consigo na carteira a radiographia, o electrocardiogramma, e, talvez, ainda um relatorio clinico do seu exame. Tudo isto só serve para augmentar a sua phobia pela doença, mas não os seus conhecimentos de pathologia. Ao doente devemos inculcar *comprehensão*, não *conhecimentos*.

O medico é o guia do doente, não o seu professor. Mesmo os doentes mais rebeldes e letrados pela experiencia de muitos annos, acabaram submettendo-se ao meu silencio neste sentido e seguiram, sollicitos, os meus conselhos medicos. É assombroso que estas verdades corriqueiras sempre sejam esquecidas. Da minha consulta, nunca um doente levou uma cifra de pressão arterial, muitas vezes, porém, um conforto grandemente tranquilizador. A conducta, até agora errada, dos medicos, depende, sem duvida, da avaliação excessivamente alta dos conhecimentos intellectuaes do doente.

A Allemanha tenta, neste momento, indicar um novo caminho a seguir.

Sobre o problema da hypertensão, *Mariano R. Castex*, num livro: «La hipertensión arterial, hipertónia arterial o hiperpiesis, y los estados hipertensivos, hipertónicos o de hiperpiesia» (Ed.: Humberto Andretta, Buenos Aires, 1929), reproduziu a sua valiosa experiencia, concordando, manifestamente, na questão das curvas de pressão sanguinea, com os meus pontos de vista. Ademais, nesta pequena exposição só podemos escolher os factos mais importantes

e communs do problema da hipertensão, deixando de lado todas as minúcias.

Emquanto escrevo estas linhas, recebo o excellento livrinho do meu amigo *Mariano J. Barilari*, de Buenos Aires, «Contribución a la Medicina Psíquica» (Ed.: Frascoli y Bindi, Buenos Aires, 1934), que nesse trabalho, fructo da experiencia adquirida pela pratica, descreve as suas observações igualmente, no mesmo sentido. *Barilari* escolheu para o capitulo «Tensofobia y Psicoterapia del Hipertenso» o lemma: «Nil nocere».

Este lemma deve sempre guiar o medico na therapeutica da hipertensão. Muitos medicos tratam o symptoma da hipertensão arterial monosymptomaticamente. Do estudo das curvas de tensão sanguinea sabemos que a therapeutica da hipertensão arterial por meio de medicamentos se torna inutil no fim de um certo tempo. Depois de alguns meses o doente acaba recusando os remedios, pelo mal que lhe fazem ao estomago. Entre os medicamentos que influenciam beneficemente a hipertensão arterial—não se trata aqui apenas de um abaixamento da pressão sanguinea, mas de uma melhora do disturbio funcional total,—os preparados de theobromina occupam o primeiro logar. A *Diuretina Knoll* e a *Iodo-Calcio-Diuretina* tornaram-se, para nós, recursos indispensaveis, quando se trata de *combater prompta e efficaamente elevações extraordinarias, ameaçadoras, da pressão sanguinea.*

O numero de preparados, lançados no commercio, contra a hipertensão e quasi simultaneamente contra a arteriosclerose, para administração por via quer oral, quer intramuscular ou ainda endovenosa, é incalculavel.

O desejo de obter uma composição adequada para esses preparados levou os pesquisadores a tentar sua synthese, mas, infelizmente, este desejo até hoje é irrealizavel.

Muitos medicos e pesquisadores são de opinião diversa. Muitas vezes nos esforçamos, na clinica, em combater duradouramente, por meio de medicamentos, tanto o *symptoma* hypertensão arterial como a arteriosclerose, tambem considerada como um *symptoma*. O meu ponto de vista em face dessa questão resulta principalmente do estudo de muitas centenas de curvas de pressão arterial que eu mesmo colleccionei desde 1919.

Ainda é desconhecido o motivo por que um bello dia a pressão arterial se eleva, por uma modificação da regulação central, instalando-se, pouco a pouco, o quadro morbido da hypertonia. Em outro lugar mostrei que, por exemplo, *Vaquez*, de Paris, celebre pelos seus estudos sobre a circulação, concorda, em principio, com a minha opinião.

Aliás, é questão aberta saber si se deve, ou não, remover uma hypertonia existente.

Questão completamente differente é a do combate immediato e energico das elevações extraordinarias agudas na hypertensão sanguinea, descriptas por *Pal*, de Vienna.

Existe, tambem, uma grande differença entre as experiencias sobre as substancias abaixadoras da pressão arterial, feitas num serviço hospitalar, pelo medico occupado em resolver o problema da hypertensão, e o tratamento deste transtorno pelo medico pratico, na clinica. Tenho a impressão que a clinica—e della nos estamos occupando neste momento—com todas as suas exigencias, importantes e communs, ao medico pratico não deve servir de campo para pesquisas quasi experimentaes no homem. Na clinica, deveriam encontrar applicação tanto quanto possivel, os meios seguros e de efficacia comprovada.

Tenho, além disso, tambem a impressão de que o medico quando deseja abaixar a pressão arterial elevada do doente, lhe faz, até

certo ponto, uma concessão. As idéas erroneas sobre a hipertensão arterial e a «tensophobia» entre os leigos levam o medico a experimentar os mais variados recursos, mais para consolar o doente, do que para realizar uma therapeutica legitima.

Repetidamente levanta-se, ahi, a questão, primeiro, si se *pode* abaixar, de maneira duradoura, a pressão arterial elevada e, segundo, si se *deve* abaixal-a duradouramente.

É que observamos o seguinte:

Um doente portador de uma grave hipertensão arterial e de myocardite chronica arteriosclerotica, cahe, um bello dia, em insufficiencia. Com o incremento dos phenomenos de insufficiencia, a pressão arterial desce cada vez mais. Isto não é bom signal. Á medida que se fôr conseguindo dominar os phenomenos de insufficiencia por meio de uma therapeutica digitalica adequada, a pressão arterial começa de novo a elevar-se até á sua antiga altura, aliás pathologica. Mas o doente melhora.

O augmento da pressão arterial é, certamente, um recurso de que lança mão a natureza para manter a aptidão circulatoria. Devo, todavia, accentuar mais uma vez que as pesquisas e investigações nas clinicas são perfeitamente necessarias e justificadas. De investigações na pratica privada deshabituei-me completamente.

Mesmo os derivados da cholina não satisfizeram praticamente os resultados promettidos theoreticamente. Cito, em poucas palavras, dois preparados, aliás não propriamente abaixadores da pressão arterial. Apresentam, porém, importancia pratica para o coração e os vasos sanguineos: a *Padutina* e o *Lacarnol*, ou substancias analogas.

A *Padutina* está comprovada scientifico-theoreticamente. O *Lacarnol*, o *Eutonon* e substancias semelhantes ainda são fortemente combatidas theoreticamente. Na pratica, são muito uteis. A *Padutina* pode, na gangrena imminente, produzir milagres.

Lacarnol, *Eutonon* e preparados analogos não actuam sobre a altura da pressão sanguínea, mas exercem sem duvida—nesses casos sobretudo em doentes de certa idade—uma influencia benéfica sobre o myocardio. Sendo completamente atoxicos, podem ser administrados durante meses seguidos, no momento das refeições. Tem-se a impressão que estes preparados e outros analogos representam uma especie de therapeutica de substituição.

Si ha razão para se recusar o tratamento monosymptomatico da hypertensão arterial, *as elevações agudas na hypertensão devem, por principio, ser combatidas por uma therapeutica energica*. Com effeito, as «*elevações extraordinarias*» representam um perigo para o doente com hypertensão.

Nessas occasiões são indicadas tanto a sangria efficaz como a administração de grandes doses de *Diuretina* ou de *Iodo-Calcio-Diuretina*.

Constituem, porém, um erro as sangrias varias vezes repetidas no anno, exclusivamente por causa da hypertensão. Já no dia seguinte o doente pode, por uma excitação psychica, apresentar uma elevação aguda extraordinaria e o medico ficará na situação de um caçador que, tendo só uma bala na espingarda, atirou antes do tempo.

Em contraposição, essa therapeutica intensiva, ha pouco delineada, é indicada no edema de pulmão imminente, no apparecimento do rythmo de galoppe, na vertigem de manifestação subita, nas cephaléas, nas perturbações visuaes ou nos primeiros signaes premonitorios da uremia.

Foi abandonada a idéa de ser contraindicada a digital na hypertensão arterial. Nesses estados, a digital significa a mesma coisa para o coração que os preparados de theobromina para a regulação dos vasos sanguíneos, dos quaes tememos um transtorno circulatorio ameaçador (por exemplo, a ischemia ou a apoplexia cerebral).

É de *Laubry*, o famoso clinico parisiense, a significativa expressão: «*Os preparados de theobromina são a digital da aorta*».

Recusamos, portanto, o tratamento da hypertensão sem indicação especial, só pela presença desse symptoma. A experiencia de cada dia mostra que esses doentes com o tempo não podem persistir no tratamento medicamentoso, porque o seu quarto fica transformado em pharmacia, o seu appetite desaparece e a pressão continúa alta como dantes.

Como a medida da pressão arterial já entrou no ról dos exames systematicos do medico pratico, devem ser mencionados aqui alguns pontos de vista mais importantes e communs sobre a technica da medição da pressão arterial: O aparelho mais usado—pelo menos na Allemanha—é o esphygmomanometro de mola, gradação de *Riva Rocci*, modelo medio, de *Recklinghausen*, sendo empregada uma braçadeira larga. A pressão é medida quer pela palpação digital, ao mesmo tempo que se lêem as oscillações do ponteiro do manometro, quer pelo methodo auscultatorio, de *Korotkow*.

É muito importante empregar sempre o mesmo aparelho, cuidar que esteja bem vedado e tomar as medidas *com rapidéz*. Acostumando-se o medico a uma technica bem certa, poderá colher, durante annos, medidas de pressão arterial *exactas* entre si e sobretudo para a *sua propria experiencia*. As causas de erro, theoricas, não o devem interessar, porque sabe que está medindo, não a pressão verdadeira, absoluta, mas sim cifras relativas.

Quando, por exemplo, dois medicos grapham uma curva de pressão, technicamente certa, do mesmo doente de hypertonia, o aspecto total das curvas de cada um é rigorosamente congruente nas suas oscillações, sendo, praticamente, indifferente, si os valores registrados por um dos medicos são, em media, 10 mm Hg mais altos que os do outro. Por motivo de commodidade, os manometros

de mercurio são menos usados. Na Allemanha mede-se a pressão arterial em millímetros de mercurio e não em centímetros d'agua. Os mostradores dos esphygmomanometros de mola apresentam ambas as escalas.

Não quero terminar este capitulo sem fazer algumas observações acerca da pressão media, estudada por *Vaquez* e sua escola, no problema da hypertensão arterial.

Numa longa entrevista pessoal, *Vaquez* explicou-me a sua concepção basica, ponto de partida para os seus estudos sobre a pressão media e que foi por elle publicada num trabalho: «La détermination de la pression moyenne par la méthode oscillométrique». Tive, tambem, occasião de aprender em Paris, com *Vaquez* e os seus collaboradores, o methodo da tonometria, que na Allemanha é praticamente desconhecido. O manejo do aparelho não é facil.

Si bem que o aparelho construido por *Vaquez* e a sua escola, para medição da pressão media não satisfizesse as esperanças theoricas, e as investigações de *Laubry* e de sua escola mostrassem, por medições directas na arteria femural, que *Vaquez* não encontrára, com o seu oscillometro, a verdadeira pressão media, não obstante, *a idéa de Vaquez é tão feliz quanto fecunda para o nosso raciocinio clinico.*

Vaquez defende a opinião segundo a qual a pressão sanguinea — no individuo são — bem como a hypertensão arterial — no doente — representam uma «constante» de sua vida.

Já conhecemos uma serie dessas «constantes», cuja destruição significa um perigo para a vida. Lembremos apenas a constante de *Ambard* e o nivel glycemico. Segundo *Vaquez*, as variações da pressão arterial que geralmente verificamos com os nossos aparelhos de tonometria representam esforços da «constante», no sentido de manter o seu equilibrio. Para *Vaquez* seria, pois, simplesmente

contraindicado destruir, pela therapeutica medicamentosa, essas tentativas de restabelecer a normalidade. *Vaquez* demonstrou, effec-tivamente, que o seu aparelho marcava, nos doentes com hyper-tensão e arteriosclerose, e apesar dos valores extremamente elevados da pressão systolica, uma pressão media de 90 mm Hg, valor, portanto, concordante com o normal. Mostrou, ainda, que na nephrosclerose maligna se constatava uma elevação constante da pressão media até 120 mm Hg. As premissas theoreticas, entrementes refutadas, e as grandes difficuldades technicas da leitura dos resul-tados, relegaram passageiramente as pesquisas sobre pressão media a um plano secundario.

Era, entretanto, necessario mencionar em resumo, relativa-mente ao nosso modo de pensar, as idéas de *Vaquez*, porque ellas confirmam o nosso ponto de vista quanto ao «nil nocere».

Termino este capitulo, chamando a attenção para a observação diaria de serem tanto a arteriosclerose como a hypertensão mani-festações especialmente familiares. Além disso, parece tambem augmentar, de decennio para decennio, o numero de pessoas que apresentam, em tempo relativamente precoce, alterações patholo-gicas do coração e do systema vascular, com ou sem elevação da pressão arterial e com prejuizo da capacidade de trabalho e da elasticidade. A vertigem dos tempos e a precipitação do rythmo de trabalho, o augmento das preocupações na lucta pela vida, o abuso dos «toxicos da civilização», o encurtamento do repouso nocturno, e, enfim, o desassocego crescente de todas as manifesta-ções da vida, parecem determinar um augmento do numero de cardiacos.

Uma estatistica sobre o consumo de hypnoticos energicos e de laxativos nos paizes civilizados revelaria relações muito delicadas, nesse sentido.

Para o medico, exposto ás mesmas condições de vida, é difficil estabelecer uma distincção entre as condições herdadas e os factores de vida actuaes. Praticamente é impossivel distinguil-os. Elles se revezam em acção e reacção. É possivel que um individuo, predisposto *ab ovo*, no sentido da arteriosclerose ou da hypertensão, não soffresse tão precocemente o ataque desses males, si lhe fosse dado levar uma vida calma e despreoccupada.

Inversamente, um individuo em si normal pode vir a morrer de arteriosclerose ou de hypertonia, sem a predisposição hereditaria, desde que soffra a influencia de acções nocivas sufficientemente fortes.

O medico deve prestar attenção ás condições hereditarias. Não resta duvida que a hypertensão e a arteriosclerose apparecem como affecções familiares. Mas tambem ha familias nas quaes apparecem com frequencia não sómente a arteriosclerose, mas tambem as «lesões valvulares».

Queremos dizer o seguinte: Em algumas familias, os seus membros são isoladamente attingidos com muito maior facilidade pelo rheumatismo polyarticular e por outras molestias infecciosas, tendo, como consequencia, lesões do coração. Em outras familias, parece, por outro lado, haver uma certa predisposição para as affecções do tracto digestivo.

Faltam ainda dados exactos sobre a influencia do factor-herança nas cardiopathias.

A pathologia circulatoria fez progressos extraordinarios nos ultimos annos. Compare-se, por exemplo, um tratado de medicina interna de 1880 com um de 1930. Assim não podemos hoje fazer uma idéa exacta da frequencia das affecções circulatorias dos nossos antepassados. A angina de peito classica, como foi descripta por *Nothnagel*, sempre deve ter existido.

Considero como um phenomeno da epoca, a extensão do conceito dessa affecção, abrangendo mesmo as formas mais benignas e de prognostico favoravel. Pessoalmente, sou de opinião que o numero de affecções cardiacas e circulatorias augmenta constantemente. As condições extenuantes e enervantes da vida actual significam um verdadeiro damno para a circulação. O automovel, o avião, emfim, tudo que significa velocidade e «record» representam influencias nocivas para o coração. Nesse particular, os nossos antepassados corriam menores riscos. Em compensação, somos hoje mais prudentes na alimentação.

Uma coisa não sabemos: porque certos doentes são attingidos de arteriosclerose e durante todo o curso da affecção nunca se tornam hypertensos, apresentando, ao contrario, muitas vezes uma hypotonia extrema. Conheço doentes de 40 ou 50 annos, cuja pressão sanguinea mal attinge 90 a 95 mm Hg. Esta hypotensão nos incute receios. Não é possivel removela de maneira duradoura por meio de medicamentos. Na asthenia aguda, podemos lançar mão dos analepticos. Radicalmente, porém, não a podemos remover.

Ignoramos, igualmente, a razão de certos doentes com arteriosclerose apresentarem uma pressão arterial elevada, durante toda a sua vida.

Digna de reparo é a observação de que a forma *hypotonica* da arteriosclerose quasi nunca se transmuda em *hypertonica*. Quando, porém, a forma hypertonica se muda em hypotonica, isto é sempre um mau signal. É o que se vê, ás vezes, depois de pequenos insultos cerebraes, provando a importancia da regulação central.

Para as formas morbidas aqui esboçadas, a principal therapeutica é a personalidade do medico. Este, com a sua experiencia, tem as melhores aptidões para aconselhar e guiar convenientemente o doente.

Já foram referidos os factos mais importantes e communs relativos á therapeutica medicamentosa da arteriosclerose com hypertensão.

A esse respeito, a conducta varia de medico para medico. Uns são muito parcimoniosos em suas prescrições; outros, todos os dias experimentam novos medicamentos.

Existirá algum medicamento capaz de curar a arteriosclerose? Devemos responder negativamente.

Do medo da arteriosclerose e do medo da hypertensão derivam muitas praticas therapeuticas que não resistem á critica sensata do medico, possuidor de experiencia scientifica e pratica.

Os doentes ingerem succo de alhos e de betula, por causa da sua pressão arterial elevada. Fazem os maiores sacrificios para não ver progredir a sua arteriosclerose. O medico, pelas mesmas razões, impõe-lhes prohibições severas.

Não posso concordar com esse modo de proceder.

Finalmente, queremos dizer ainda algumas palavras sobre os conselhos que o medico dá aos seus doentes de arteriosclerose e de hypertensão ao partirem para uma estação de repouso.

Tambem a esse respeito sei que estou em desaccordo com grande numero de collegas. Julgo conveniente aconselhar o cardiaco de maneira a fazel-o poupar um pouco, *diariamente*, a sua saúde. Creio, porém, desacertado permittir que o doente passe onze meses do anno, vivendo sem nenhum cuidado com a sua circulação periclitante e, no decimo segundo, queira, na estação de repouso, recuperar a saúde.

A verdadeira finalidade da estação de repouso não consiste em restabelecer, num prazo de quatro ou seis semanas, a saúde do doente, o que é impossivel.

O legitimo papel da estação de repouso é ensinar ao doente, sob

a direcção de medicos particularmente experientes e capazes, a lidar convenientemente com o seu coração e aparelho circulatorio affectados. Ao mesmo tempo, se fará, muitas vezes, na estancia de repouso, a «reparação» necessaria e ainda possivel, para a qual o doente não encontrava tempo em casa.

O verdadeiro objectivo da estancia de repouso é fazer com que o doente volte de lá mais sensato do que chegou. A supposição do doente, de poderem as estancias balnearias *cural-o* de suas doenças, é erronea. Dessa idéa do doente resulta tambem, muitas vezes, uma discrepancia desfavoravel no modo de conceber do medico da estancia e do medico da familia. Deve ser evitado esse estado de coisas.

É muito importante afastar, uma vez por anno, o cardiaco do seu meio ambiente e entregal-o aos cuidados do cardiologista, particularmente especializado, da estancia sanatorial. Só na mão desse especialista, os recursos da estancia terão o seu maximo valor. Não creio, porém, que haja estancias apropriadas exclusivamente á arteriosclerose e á hypertensão arterial. Sabemos que depende sempre da personalidade do medico, unico capaz de escolher para cada doente os meios curativos adequados.

Não ha duvida que os banhos nas differentes aguas carbo-gazosas sejam da maior utilidade therapeutica para o cardiaco. O banho carbo-gazoso allivia o coração e é uma especie de gymnastica para a circulação.

A *balneotherapia* é uma sciencia importante, em via de pleno florescimento, na Allemanha. O aproveitamento dos meios curativos naturaes e das fontes naturaes que encerram propriedades therapeuticas do nosso solo são, naturalmente, de grande importancia para o organismo humano. O exaggero, entretanto, é inconveniente. Muitas vezes a decisão deve ser tomada justamente no sentido de

propositalmente não mandar para a estancia balnearia um cardiaco bem compensado, com myocardite arteriosclerotica hypertonica ou com uma lesão valvular bem compensada. Tratando-se de um doente sensato, pode-se mesmo mandal-o uma vez a logares de certa altitude, longe da pharmacia e do medico. Isto importa, sob o ponto de vista psychico, numa elevação extraordinaria do sentimento de vida do doente.—Tambem isto precisa ser dito.

Toda eschematização, portanto, conduz a erro, porquanto os phenomenos vitaes, sobretudo em tempo de doença, sempre nos collocam deante de novas questões, que por sua vez exigem sempre novas soluções. O eschema e a regra apenas servem de ponto de partida para as nossas explanações. Deante, porém, do cardiaco, não nos devemos escravisar a idéas rotineiras.

Ainda outro problema muito commum para o cardiaco: Em que altitude *pode* o cardiaco viver?

Varios clientes meus, recorreram, sem me consultar previamente, a viagens por avião, por ter sido esse meio rapido de transporte necessario á realização dos seus negocios. Outros, utilizaram-se na Allemanha e na Suissa de estradas que sobem rapidamente — algumas vezes a uma altura superior a 3.000 metros — contando-me, depois, que se sentiram perfeitamente bem. A altitude permittida ao cardiaco depende, pois, sobretudo do seu estado de compensação.

O doente hypotonico supporta a altitude com muito maior difficuldade que o hypertonico. O doente com *hypotonia* geralmente dorme muito mal numa altura de 2.000 metros, sente palpitações, tonteiras e corre, mesmo, um certo risco. Não acredito que se possa indicar ao cardiaco cifras absolutas sobre a altitude em que elle pode viver. É falsa, de qualquer maneira, a supposição de correrem risco os doentes cardiacos desde que subam a mais de 1.000 metros de altura.

Isto tem importancia na escolha das estancias de repouso.

Podemos indicar uma regra fundamental para o cardiaco: Todas as medidas extremas e bruscas são inconvenientes e podem significar um perigo. Entre estas medidas bruscas, contam-se: exercicios gymnasticos, forçados, pelo radio, duchas muito quentes ou muito frias na hygiene matinal e, especialmente, as mudanças bruscas dos habitos de alimentação até então seguidos. Certamente, não pode fazer bem ao organismo, experimentar inesperadamente de um dia para outro, uma alimentação completamente differente daquella a que está habituado. E justamente as modificações dieteticas bruscas tornaram-se moda nos ultimos decennios. Referimo-nos, aqui, de modo especial á «dieta de alimentos crús» («Rohkost») e á alimentação accentuadamente vegetariana. Si um individuo já está attingido de manifestações evidentes de arteriosclerose, não é possível remover o processo pathologico com essas medidas bruscas.

CAPITULO IV

O cardiaco em relação a doenças infecciosas agudas e chronicas

Tão commum quanto importante para o medico é o tratamento do cardiaco no curso de uma molestia infecciosa aguda ou chronica. Além do grande numero de complicações, o retorno á saúde perfeita e á aptidão para o trabalho depende de deixar ou não a doença infecciosa, como consequencia, uma lesão cardiaca.

Para o estudo desta questão, devemos desde já separar as doenças infecciosas agudas das chronicas.

Certas e determinadas molestias infecciosas são peculiarmente ameaçadoras para o coração. Em primeiro plano, colloco o rheumatismo polyarticular agudo. Tão bem conhecemos o seu quadro clinico, tão pouco sabemos acerca do seu agente causal. O rheumatismo polyarticular agudo é a doença infecciosa aguda por excellencia, relativamente ao acomettimento do coração.

Os differentes agentes causaes, conhecidos e desconhecidos, das doenças infecciosas, apresentam pontos de predilecção todo especiaes na pathologia circulatoria. O agente etiologico desconhecido do rheumatismo polyarticular agudo prefere o endocardio. É a molestia *primaria* mais importante, causando secundariamente a endocardite, sobretudo da valvula mitral. Devido ás suas estreitas relações anatomicas, muitas vezes tambem é attingida a valvula aortica.

Os pediatras observam o decurso de uma endocardite recente, durante ou depois do rheumatismo polyarticular agudo, muito mais frequentemente que o clinico. Este observa muito mais vezes os

estados finais da molestia. É, todavia, assombrosa a frequência com que a endocardite da mitral e da aortica — as duas valvulas principaes — decorre despercebida e insidiosamente.

Isto é devido ás seguintes razões: O rheumatismo polyarticular agudo, de decurso violento e acompanhado de febre alta, obriga o doente a recolher-se ao leito ou mesmo ao hospital. Ahi elle é submettido a uma observação rigorosa. Com surpresa, porém, se observa que não são os casos clinicamente graves, os precusores de uma endocardite grave, mas sim os casos benignos desse grupo nosologico. Muitas vezes são as infecções mais benignas, monoarticulares, que vão determinar, algumas semanas mais tarde, uma lesão grave da valvula mitral ou aortica, ou de ambas, deixando como consequencia uma lesão progressiva duradoura do funcionamento valvular. O medico muitas vezes encontra, para explicar uma lesão mitral grave, antecedentes pouco significativos.

A experiencia ensina que o processo endocardico, causador das mais graves alterações do aparelho valvular e, secundariamente, de modificações morphologicas graves da massa myocardica, evolue de forma extraordinariamente lenta e insidiosa. Este processo pathologico não repercute na consciencia do doente e, praticamente, não provoca incommodos subjectivos. Pode-se, muitas vezes, descobrir um certo dia, — poder-se-ia dizer, por acaso — uma lesão valvular grave, quando, por exemplo, numa aula de gymnastica, uma criança vem a se queixar de palpitações ou de falta de ar.

Ora, desenvolve-se uma insuficiencia aortica: Percebe-se um sopro diastolico, lento e aspirativo, e uma silhueta radiologica da configuração aortica. O choque da ponta pode manifestar-se por uma elevação perceptivel na linha axillar. Pode-se sentil-o através da roupa.

Ora, manifesta-se uma simples insuficiencia mitral sem alterações morphologicas dignas de menção.

Outra vez, ainda, o resultado é um coração esphericoide, grandemente augmentado, com auriculas dilatadas. O ventriculo esquerdo mostra-se hypertrophiado. Temos, deante de nós, o quadro clinico da insufficiencia mitral com estenose e arhythmia perpetua. Ora predomina a estenose, ora a insufficiencia, porém, considerado o transtorno funccional, sempre pesa mais a estenose.

É surprehendente que o portador de uma simples insufficiencia mitral apresente uma anamnese longa, relativa ao coração, e é admiravel que um jovem no qual o choque da ponta determina aquella elevação, na insufficiencia aortica, pergunte si pode jogar *foot-ball*.

Por fim, podemos ainda deparar com uma mocinha que apenas se queixa de um pouco de palpitações, porém accentúa expressamente que, quanto ao mais, se sente perfeitamente bem, e apresentando, occasionado por uma estenose mitral mais insufficiencia, um *cor bovinum* com uma arhythmia perpetua altamente frequente.

São factos de observação que expuz no meu livro, já alludido, «Der Herzkranke» (1) com uma grande casuistica, desenvolvendo, tambem, este problema que tanto preoccupa o medico. A razão de encontrarmos entre os nossos cardiacos este comportamento paradoxal, não só inexplicavel e incomprehensivel, mas até prejudicial a elles mesmos, é uma questão que não tem logrado, na clinica, a attenção que merece, apesar de ser commum e muito importante.

Surprehendemo-nos de serem tão poucos os conhecimentos que o medico tem desses factos importantes e communs, ao terminar seus exames finaes. Mostra-se ahi a deficiencia do programma de ensino da universidade. Dá-se um valor exaggerado á theoria, em prejuizo das necessidades praticas que não são devidamente apreciadas. Tambem na vida quotidiana, o entendimento entre os

(1) Nota do trad.: «O cardiaco».

medicos sobre os quadros clinicos apresentados pelos cardiacos não é facil. A razão disso está tambem no facto de serem as affecções cardiacas expostas, na maior parte dos compendios, tendo por base os conceitos anatomo-pathologicos.

Os disturbios funcçionaes—referimo-nos ás «*Betriebsstoerungen*» de *v. Bergmann*,—não são figurados de maneira plastica. Sempre se volta a fazer referencia ao *subtractum* anatomo-pathologico. Contudo, existe uma grande differença entre analysar theoreticamente um sopro cardiaco ou collocar, no primeiro plano do estudo, a significação clinica desse sopro.

Cito, a esse respeito, um exemplo simples: Nas publicações scientificas, ao ser apresentada a casuistica, por exemplo, num trabalho sobre o effeito de um preparado de digital, lê-se que a observação foi feita num doente com *hydropsia*, *estenose mitral* e *arythmia perpetua*. O que se pretende dizer é o seguinte: doente com um «coração de boi» e uma endocardite, decorrida ou sempre recidivante, da valvula mitral. O internista que designa este quadro clinico como estenose mitral está, mentalmente, collocado ao lado do anatomo-pathologista, que lhe mostra como o orificio mitral mal dá passagem a um lapis de escrever. *Tal é, porém, o resultado do exame no cadaver.*

A pathologia funcional é, no emtanto, bem differente da anatomia pathologica. Ao fazermos os nossos diagnosticos clinicos ainda estamos acostumados a pensar mais anatomo-pathologicamente do que sob o ponto de vista funcçional. Teremos que estudar de novo a clinica em novos moldes, cunhando para as perturbações funcçionaes do coração conceitos uniformemente clinicos. De outra maneira, tornar-se-á cada vez mais difficil o entendimento entre os medicos e cada vez mais complicado o ensino e o estudo da medicina.

Na verdade, porém, processa-se *intra vitam*, em dois a quatro decennios, uma endocardite da valvula mitral, que *tanto* causou uma insuficiencia mitral como *tambem* uma estenose mitral. Á medida que na auscultação dominava o sopro rude, presystolico, o factor estenose do transtorno funccional augmentava, ao passo que a insuficiencia mitral, em si inocua no que respeita ao prejuizo funccional, diminuia.

O diagnostico clinico, portanto, deveria ser, de accôrdo com o que revelasse a radiographia: insuficiencia mitral mais estenose(?).

O ponto de interrogação refere-se á incerteza do medico examinador, que ainda não quer affirmar com segurança si a estenose é ou não predominante. Algum dia, o medico terá certeza de que a estenose passou a ser o symptoma principal.

O quadro clinico chamar-se-á, então: *estenose mais insuficiencia*. Entretanto, logo que se manifestarem signaes clinicos de *estenose mitral* e o medico perceber, com a mão firmemente espalmada sobre a ponta do coração, um ruflar diastolico,—nem ha, pois, necessidade de auscultar—existe sempre um componente estenose ameaçador para o doente. No julgamento do caso, varios outros symptomas ainda auxiliam o medico.

Não ha insuficiencia mitral com dilatação, clinicamente demonstravel, da auricula esquerda. A insuficiencia mitral simples, sem complicação, conduz a uma hypertrophia moderada do ventriculo esquerdo. Não determina, porém, um refluxo, digno de nota, para a auricula esquerda.

O coração compensa esta perturbação funcional por uma hypertrophia ventricular.

Na estenose, ao contrario, verifica-se um refluxo sanguineo que, no mecanismo de compensação do coração esquerdo, se traduz, radiologicamente, por uma maior curvatura do segundo arco auri-

cular esquerdo. O principal é que não ha insuficiencia mitral simples com um pulso irregular permanente, ou seja, com *arythmia perpetua*.

Tal só se observa, e até como regra, na *estenose* mitral mais insuficiencia. Está, assim, claramente limitado para todo medico pratico experimentado, o quadro clinico da *arythmia perpetua* mais *estenose* mitral e insuficiencia, com a correspondente modificação *morphologica* do coração.

É um acontecimento tragico o facto de neste quadro clinico não haver praticamente uma cessação da endocardite, que apresenta, durante dezenas de annos, uma evolução latente, além de muito torpida. Quanto mais accentuada estiver a affecção cardiaca no sentido clinico, tanto melhor reage á digital. O pericardio pode participar do quadro morbido, mas não o faz, em regra. O que acabamos de dizer deve soffrer uma restricção: Todos estes doentes chegam a uma phase terminal, em que não lhes podemos mais ser uteis. Mesmo assim, durante muitos annos de doença, a *syndrome* completamente desenvolvida, *estenose mitral + insuficiencia + arythmia perpetua + bronchite de estase + engorgitamento do figado + edema pretibial*, com todos os *incomodos subjectivos correspondentes*, constitúe o dominio mais grato á *therapeutica* pela digital e ao tratamento do cardiaco.

Só quando apparece, pela primeira vez, uma ascite por estase hepatica chronica e consequente alteração cirrhotica do figado, o prognostico se torna por principio mais desfavoravel, no que respeita a uma *therapeutica* efficaz.

Outro facto de observação clinica, importante e essencial, é, além disso, verificar-se que a existencia simultanea de uma insuficiencia aortica pode antes melhorar que peiorar o quadro clinico. Então, na união do terço superior com os dois terços inferiores do esterno, além do sopro, mal definido, devido á *arythmia* e á grande

frequencia dos batimentos cardiacos, ouve-se de vez em quando, um sopro mais ou menos brando, diastolico, lento e aspirativo. No transtorno funcional («*Betriebsstoerung*») do coração, a insuficiencia aortica compensa, em parte, para o ventriculo esquerdo, o lado negativo da estenose mitral.

Em logar dessa descripção vemos, quasi sempre, nos livros didacticos, as lesões valvulares serem estudadas sob o ponto de vista anatomo-pathologico.

Desta maneira, á insuficiencia mitral cabe sempre um quinhão avantajado. Attribúe-se-lhe theoreticamente uma importancia que ella não tem, praticamente.

O mesmo acontece com a insuficiencia aortica não complicada. *Tambem esta lesão, na sua forma pura, nunca é acompanhada de pulso irregular permanente.* Referimo-nos á insuficiencia aortica post-rheumatica, não á luetica. A insuficiencia aortica postrheumatica nunca determina o pulso irregular permanente, ou, só no momento em que se verifica, em consequencia da progressão da lesão aortica, o acommettimento da valvula mitral, tambem no sentido de uma estenose.

Falamos *expressamente* das lesões postrheumaticas, que reconhecemos como consequencia das doenças infecciosas agudas. Só mais tarde nos occuparemos das doenças infecciosas chronicas, tendo já em mente sobretudo a aortite chronica especifica. Esta conduz muitas vezes a uma insuficiencia aortica, sempre a uma lesão simultanea do myocardio. Mas separamos propositalmente este quadro morbido e outros analogos, que *tambem* se podem processar, em seguida a uma alteração myocardica, com uma arhythmia perpetua.

Voltamos, pois, novamente ás molestias infecciosas. A pratica ensina que a lesão mitral combinada com arhythmia perpetua e com

as correspondentes alterações morphologicas do coração representa, para cardiacos jovens, a affecção circulatoria mais frequente.

É um esforço esteril querer, num pulso arhythmico perpetuo e frequente e com essa lesão da valvula mitral, analysar exactamente os sopros. Segundo a minha experiencia, tal é impossivel.

Ao contrario, pode-se observar si apparece, de vez em quando, um sopro diastolico acima da parte media do esterno, pois sabe-se, então, que o processo endocardico tambem se propagou á valvula aortica e, portanto, que está tambem em jogo uma insufficiencia aortica. Nos compendios, entretanto, esse quadro morbido é designado como estenose mitral, o que não corresponde ao facto verdadeiro.

Analysa-se, ahi, theoreticamente uma lesão valvular, sem que seja considerado esse quadro clinico, praticamente importante, na sua totalidade.

O meu esforço, em apresentar os problemas de maneira mais simples que a encontrada nos livros didacticos é devido ao facto de ter reconhecido que a pathologia circulatoria sempre parece excessivamente difficil ao medico recémformado. Entretanto, é mister que elle conheça a pathologia circulatoria, porquanto o cardiaco pode vir a constituir o doente mais importante da sua clientela.

O autor do presente trabalho procura tambem uma simplificação, não porque a complexidade lhe passe despercebida, mas sim porque a conhece. Essa complexidade deve ser resolvida, no interesse da clinica. A tendencia do futuro não é a formação de cardiologistas, nem a differenciação da classe medica em muitos especialistas, mas sim a formação de medicos praticos, munidos de conhecimentos especializados.

A prova de que o quadro ha pouco delineado não é uma construcção propria do autor, mas sim um facto de existencia real, é

que na consulta e junto ao leito do doente encontramos o quadro clinico puro da estenose mitral *sem* insuficiencia mitral e *sem* arhythmia perpetua, sem congestão passiva do figado e sem edemas: em summa, sem phenomenos periphericos de insuficiencia.

Esse quadro clinico da *estenose mitral pura sem perturbação de rhythmio* foi por mim repetidas vezes exposto na litteratura medica e, no 2º capitulo deste trabalho, foi propositalmente tratado lado a lado com a angina de peito, por isso que ambos esses quadros clinicos, praticamente muito importantes, são muitas vezes erroneamente julgados, quanto á sua extensão e ás suas consequencias.

O quadro clinico da estenose mitral pura mostra, no electrocardiogramma, um accidente *P* elevado, na radiographia, um 2º arco auricular esquerdo saliente e, muitas vezes, nem ao menos um ventriculo esquerdo hypertrophiado.

A capacidade funcional do coração está sempre muito prejudicada e a capacidade de trabalho dos doentes muito reduzida. Sempre se encontra um sopro ou ruflar presystolico.

Este quadro clinico é de grande importancia pratica e muito mais frequente do que até agora se tem reconhecido. *Pode*, no correr dos annos, transformar-se em uma estenose mitral + insuficiencia + arhythmia perpetua, desde que o processo inflammatorio endocardico não cesse de evoluir. Esta eventualidade, porém, é rara. Chegamos assim a uma idéa, que até agora encontrou pouca guarida no nosso pensamento, ao termos que examinar e julgar o coração de uma pessoa entre vinte e trinta annos de idade. Os doentes declaram com toda a naturalidade que tiveram toda a serie de doenças proprias da infancia, mas que, *afóra isso, sempre gozaram saúde.*

Raramente passa pelo nosso pensamento que as doenças infecciosas dos dois primeiros annos de vida ou alguma molestia infecciosa grave soffrida pela mãe durante a gravidez, possam lesar,

embora apenas passageiramente, o endocardio da criança. Comtudo, si tal não é a regra, devemos, não obstante, meditar si não representa exactamente a estenose mitral pura sem alteração de rhythmo, o residuo de uma endocardite da valvula mitral, decorrida em tenra idade, e que só vem a manifestar-se depois da puberdade, entre o segundo e o terceiro decennio de vida. Na anamnese de doentes desta natureza muitas vezes verificamos que as desordens cardiacas se patenteiam, por exemplo, depois de uma angina aparentemente benigna. Não estamos longe de suspeitar que os agentes causaes da angina reactivaram o processo endocardico.

Estas idéas fundamentaes foram aqui ventiladas por tratarmos da endocardite consequente á doença infecciosa mais frequente, o rheumatismo polyarticular agudo. A esta doença pertence o erythema nodoso. Clinicamente tambem se poderia considerar neste rol a angina lacunar commum, porque ella precede muitas vezes, na anamnese, o apparecimento da endocardite. Conhecemos muito bem a clinica e a pathologia das diversas molestias infecciosas nas suas predilecções peculiares de lesar o coração. Para o endocardio, desempenham papel a angina, o rheumatismo polyarticular agudo, a escarlatina e quiçá todas as doenças infecciosas, mesmo passageiras, da serie dos exantheas agudos.

A diphteria ataca sobretudo o nervo vago e o myocardio. A morte subita após a escarlatina é conhecida como sendo determinada pela paralysisia do vago.

Em primeiro logar, entre as doenças infecciosas que lesam o myocardio, está o typho *exanthematico*. Sob temperaturas extremamente altas, morrem os doentes muitas vezes no decimo ou decimo segundo dia, directamente de uma myocardite aguda grave. Quando os doentes se salvam, subsiste uma myocardite chronica.

Da mesma forma é o myocardio frequentemente attingido pelo

typho abdominal. Trata-se, ahi, de uma legitima alteração inflammatoria do tecido myocardico. O processo pode curar-se, deixando como «reliquat» alterações cicatriciaes e diminuição da energia cardiaca. O mesmo podemos dizer quanto ao acomettimento do myocardio após o typho exanthematico.

O typho abdominal pode ser citado como exemplo de que o perigo oriundo da penetração das toxinas no correr da infecção não ameaça só o coração, mas sim a circulação na sua totalidade. O medico tanto teme a debilidade dos vasomotores ou a paralyisia vasomotora no terreno dos grandes vasos abdominaes, como a claudicação aguda do coração. Não pensamos, agora, na consideravel perda de sangue, que pode ser determinada no typho por uma ulcera intestinal que sangra. Referimo-nos aos doentes que apresentam phenomenos subitos do collapso, apresentando todos os signaes da debilidade vascular verdadeira. Nesses casos, os analepticos energicos,—*doses altas de Cardiazol*, bem como o alcool e a cafeina—podem ser recursos salvadores de vidas.

Uma debilidade dos vasomotores, de origem central, pode manifestar-se subitamente. Em antagonismo, deve-se tambem pensar na possibilidade de uma verdadeira intoxicação, de origem peripherica, do endothelio dos vasos sanguineos e das terminações nervosas. Provavelmente os dois processos se associam. Na verdade, o portador de doença infecciosa morre, finalmente, de paralyisia cardiaca. Neste sentido, desempenha papel relevante a pneumonia postinfecciosa, que representa um serio obstaculo á circulação, e augmenta ainda mais o trabalho do coração já por si prejudicado.

Nossa maior attenção em todas as molestias infecciosas dirige-se finalmente, além das medidas impostas por essas doenças infecciosas em si, á circulação. Ultimamente têm-se aconselhado, no tratamento

do typho, doses enormes de estrophantina. Falta-me experiencia pessoal neste assumpto. Uma coisa, porém, sei com certeza, por experiencia propria: que o effeito verdadeiramente favoravel da digital requer, como condição previa, a lesão chronica do myocardio. Nas doenças infecciosas agudas, ainda não observei effeito benefico da administração de preparados de digital, a não ser a satisfação psychica do medico assistente de ter lançado mão de todos os recursos. Isto vale sobretudo para os doentes *com menos de trinta annos de idade*.

De modo diverso passam-se as coisas depois do quarto decennio de vida. Ahi, doses pequenas de Digipuratum, dadas como therapeutica subsidiaria ou auxiliar, produzem effeitos excellentes, talvez por agirem contra uma lesão myocardica existente, porém latente. Entretanto, em nenhuma doença infecciosa de duração mais prolongada, pode-se dispensar a administração de Cardiazol, cafeina, oleo camphorado e de alcool por via oral, isto é, dos medicamentos chamados analepticos. No collapso, a estrophantina representa um analeptico energico para os vasos. Pessoalmente, porém, julgo melhor as *doses elevadas de Cardiazol*. Especialmente tambem para o feixe atrio-ventricular, muitas vezes atacado nas doenças infecciosas. Na verdade, vemos, mesmo depois de inflammações ligeiras da garganta, que os doentes não se restabelecem completamente, encontrando-se, no cardiogramma, apezar da normalidade revelada pelo exame directo do coração, um tempo de conducção prolongado. Sabe-se, então, que está em jogo uma lesão myocardica postinfecciosa.

Nessas condições é incerto o effeito decorrente da therapeutica pela estrophantina. Ao passo que applico, sem nenhum receio, uma injeção endovenosa de Cardiazol-morphina ou de Cardiazol-Dilaudid em um portador de doença infecciosa, excitado e na im-

minencia de colapso, recuso, pessoalmente, a administração de uma injeção endovenosa de estrophantina nesse caso.

Conhecemos todos a tachycardia da septicemia. Ella não pode ser frenada pela digital, e, justamente na septicemia, sempre de novo temos que nos convencer da inefficacia da digital, quer sobre a excitogenese e a conductibilidade, quer sobre a funcção myocárdica.

Advertencia especial merece a therapeutica «agressiva» pela digital, immediatamente depois da escarlatina ou da diphtheria. Dos nossos estudos sobre a «*funcção de ponte*» («Brueckenfunktion») do *feixe atrio-ventricular*, evidenciam-se as razões dessa precaução. Effectivamente, não sabemos em que condições se encontra o nódulo atrio-ventricular. Seria, pois, possível que a nossa therapeutica pela digital ainda viesse agravar um processo postinfeccioso localizado nesse ponto. Em compensação, sabemos com certeza que melhoramos a situação existente no nódulo atrio-ventricular pelo Cardiazol. Devemos aceitar como regra o novo e rigoroso exame do doente, depois de algumas semanas, após qualquer doença infecciosa, por mais benigna que seja, incluída neste rol também a gripe. Basta a presença de «extrasystoles», apparecidas *pela primeira vez* depois de uma doença infecciosa, para advertir da necessidade de uma observação cuidadosa e de um exame clinico meticoloso.

Ao lado das doenças infecciosas agudas, desempenham papel importante para o coração as doenças infecciosas chronicas.

É interessante notar que ahi a tuberculose tem o papel mais insignificante, ao passo que a syphilis desempenha o dominante. Desde a descoberta do salvarsan e do seu emprego em therapeutica, que agora se institue muito mais precocemente e com muito melhor resultado que antigamente, modificou-se o quadro clinico da affecção luetica do coração e dos vasos. Os grandes aneurysmas tornam-se mais raros, e o decurso da mesaortite e da myocardite lueticas ad-

quire um aspecto mais favoravel. Ao menos na Allemanha. Na America do Sul ainda tive oportunidade de ver aneurysmas enormes com usura da parede thoracica, como só excepcionalmente ainda são encontrados na Allemanha.

Além da syphilis, todos os focos infecciosos chronicos do organismo têm importancia para o coração. Isto vale sobretudo para as affecções purulentas chronicas das raizes dentarias. Temem-se, hoje em dia, as obturações abusivas dos dentes. Atrás de dentes externamente bem conservados, podem desenvolver-se focos extremamente toxicos de germens anaerobios. Esses pequeninos focos são conhecidos pelos dentistas sob a denominação de «granulomas». Só o methodo radiologico tornou possivel o diagnostico seguro desses granulomas. Na extracção da raiz dentaria, muitas vezes se encontra apenas uma gottinha minima de um pús muito fetido. Como se sabe, na America do Norte se recorre a processos radicaes, extrahindo todos os dentes, para extinguir todos os focos infecciosos. Á experiencia norteamericana muito deve a Allemanha, embora use methodos mais attenuados. Com effeito, muitas vezes myopathias das mais graves dependem de affecções dentarias. Quando a conclusão deste factó é por demais tardia, nada mais adeanta a extracção. Não é facil para o medico tomar uma decisão desta ordem. Quando já existe um mal cardiaco clinicamente perceptivel, já é tarde. Devemos, pois, acceitar, tambem como regra, o *exame systematico dos dentes* e, em todos os casos, mandar retirar dentes suspeitos de granuloma, por isso que a therapeutica efficaz é a que consiste, ahi, numa prophylaxia precoce.

O mesmo podemos dizer das *amygdalas*. Aprendemos a temer, nos ultimos vinte annos, não sómente a angina lacunar aguda, com ou sem formação de abcessos, mas, principalmente, a amygdalite chronica. Não se pode, por uma inspecção summaria, decidir si as

tonsillas estão ou não inflamadas chronicamente. É o especialista de ouvidos, nariz e garganta quem dirá a ultima palavra. As amygdalas, séde de inflammação chronica, lançam, sem cessar, pequenissimas quantidades de toxinas na corrente circulatoria. Ao mesmo tempo é lesado o myocardio. E justamente as myopathias mais graves, que durante varios annos não originam nenhum incommodo, podem nascer dessa maneira. É, pois, muitas vezes, de toda conveniencia a extirpação precoce de ambas as amygdalas, obedecendo á technica rigorosa. Nem por isso devemos attribuir um valor exaggerado a essa operação e mandar extrahir, por principio, todas as amygdalas. É conhecido o parentesco clinico intimo entre o rheumatismo polyarticular e a angina lacunar. É certamente erroneo designar, num caso as articulações, noutro as amygdalas, como a «*sedis morbi*». Physio-pathologicamente, na concepção de *Krehl*, tambem não consideramos a *pneumonia* como uma affecção dos pulmões, mas sim como uma affecção pneumococcica—ou pneumobacillar—por assim dizer, com reacção focal no pulmão. Tambem a angina lacunar, nessa ordem de idéas, não é uma inflammação da garganta e affecção local. A angina lacunar significa sempre que o organismo foi inundado de germens, causadores de febre, com manifestação nas amygdalas.

Eis a razão da nossa cautela com o coração nas doenças infecciosas, tanto agudas como chronicas. De facto, não nos é dado ver o coração e, quando a circulação começa a patentear os primeiros symptomas, muitas vezes já é tarde demais.

Dentre as doenças infecciosas chronicas devemos occupar-nos de uma certa forma do rheumatismo polyarticular chronico, frequentes vezes manifestado apenas pelo quadro de «dores rheumaticas». Queremos referir-nos ás recidivas benignas, de que é atacada uma pessoa que já tivera o rheumatismo polyarticular agudo, legi-

timo. Conheço doentes que foram acometidos, infelizmente só no terceiro decennio de vida, de um legitimo rheumatismo polyarticular agudo que nem foi, obrigatoriamente, muito grave. A affecção pode, mesmo, muitas vezes ser monoarticular. Depois disso, em cada inverno se manifesta um ligeiro surto, tão leve que não chega a obrigar o doente a recorrer ao medico—e traiçoeiramente desenvolve-se uma endocardite. Um bello dia, vem-se a descobrir uma endocardite grave ou uma bradycardia com disturbio de conductibilidade, sem que a attenção do medico ou do doente tenha sido despertada por alguma infecção aguda. Ultimamente tem-se ligado especial cuidado ao estudo do chamado «rheumatismo» ou rheumatismo muscular. Na Allemanha, fundou-se uma sociedade para pesquisa dessa affecção rheumatismal. Conhecem-se, já, alterações inflammatorias «legitimas» das myofibrillas: myosite aguda e chronica. Si essas affecções rheumatismaes tambem lesam o endocardio ou o myocardio, ainda não sabemos.

Quanto á influencia exercida sobre a circulação pelas doenças infecciosas communs nos tropicos e subtropicos, falta, de modo absoluto, a experiencia na Allemanha. É surprehendente a observação que fiz repetidamente, de doentes que após um impaludismo grave não apresentavam transtornos circulatorios. Verdade é que a malaria não pertence ás doenças infecciosas de que cogitamos, pois não são bacterias, mas sim plasmodios, os agentes causadores dos accessos febris. Si fosse de temer uma lesão circulatoria, não teria sido possivel realizar, com tanto successo, a malario-therapia da paralysisia geral progressiva, nos moldes traçados por *Wagner-Jauregg*, de Vienna. Na therapeutica pelo *plasmodium malariae* e pela febre recorrente tem-se á mão uma febre artificial «experimental», susceptivel de ser ampliada e dominada á vontade. É obvio que esta febre nada tem que ver com a febre das doenças infecciosas.

Relativamente á questão da natureza *infecciosa* da anemia perniciosa e de outras affecções do sangue, como, por exemplo, a leucemia, nada se sabe. Sabemos, porém, com segurança, que nas affecções sanguineas verdadeiras, acompanhadas de uma alteração do quadro hematico ou leucocytario, a lesão do myocardio é a regra. Constatam-se infiltrados leucemicos ou focos ischemicos e processos degenerativos no tecido myocardico. Além disso, a alteração do quadro hematico prejudica o supprimento normal de oxygenio e de liquidos nutritivos ao musculo cardiaco.

Ás doenças infecciosas chronicas ainda devemos acrescentar a acção chronica de substancias toxicas. Ha uma serie de profissões capazes de, em condições deficientes de hygiene do serviço, lesar o operario e a sua circulação. Com o progresso continuo da industrialização e pela realização technica do serviço, todos os dias podem apparecer novas substancias toxicas. Os venenos classicos eram o chumbo, o arsenico e o mercurio. Estes, ou antes os quadros clinicos das respectivas intoxicações, ha muito tempo que desapareceram dos ambulatorios clinicos, em virtude das medidas de precaução creadas pela legislação social. Com a successão de descobrimentos, poderá, em tempo proximo, apparecer algum novo producto toxico, a que provisoriamente chamaremos «X» e que poderá exercer as influencias mais deleterias sobre a circulação.

Como é sabido, o mais toxico entre os toxicos existentes é o cyanogenio. Este paralysa, em poucos segundos, o processo physiologico da respiração tissular. Não podemos prever si não serão descobertas substancias toxicas ainda mais venenosas.

Dentre as intoxicações chronicas, merecem logar destacado as oriundas do metabolismo intermediario. Temos em mente, por exemplo, os productos toxicos da *gota*. Certamente, a uréa do sangue não é o unico. Sob a influencia da *gota* aguda e chronica,

que na clinica se destaca sob a forma de affecção articular, e na qual a accumulacção de acido urico nas articulações, acompanhado de destruição das superficies articulares, apresenta notavel importancia, observa-se ainda um «*coração de gottoso*» («Gichtherz»). Além disso, tambem um «*rim de gottoso*» e uma forma de hypertensão ligada ao estado gottoso.

Seria, pois, este um exemplo da influencia toxica chronica oriunda do metabolismo intermediario.

Mulheres ha que vêm a soffrer de um *myoma*. Trata-se de uma multiplicação anormal das cellulas musculares do utero, de natureza benigna, podendo attingir, ás vezes, proporções enormes e que se apresenta como uma gravidez chronica. O «*coração de myoma*» («Myomherz») e a hypertensão da mesma origem constituem um segundo exemplo.

Como terceiro exemplo, podemos citar a alteracção e degeneração da *thyreoide*. Ora vemos apparecer, na thyreotoxicose, disturbios cardiacos, tachycardias, um sopro systolico forte, causado funcionalmente por alterações do tono cardiaco, e não por alterações inflammatorias das valvulas. Ou então, constatamos um choque de ponta perceptivel pela elevação que determina, um augmento da silhueta cardiaca e, pela existencia do bocio, diagnosticamos um «*cor strumosum*».

Do que ficou dito até agora, verifica-se que o coração nunca adoee primariamente.

É, porém, frequentemente affectado secundariamente, em consequencia de uma doença infecciosa aguda, quer grave quer benigna. No que respeita o coração, a experiencia mostrou que as doenças infecciosas agudas graves muitas vezes decorrem com benignidade maior que as formas subagudas leves. Ao lado das doenças infecciosas agudas, abordámos a influencia das infecções chronicas, muitas vezes latentes.

Seguiram, afinal, formas morbidas primarias, que nem pertencem ao grupo das doenças infecciosas—*substancias toxicas, gotta, myoma, bocio*—*que por seu turno affectam secundariamente o coração.* Finalmente, chegamos ao *alcool*, o qual, como toxico de acção chronica, não só pode destruir o figado e os rins, mas ainda pode determinar uma verdadeira degeneração myocardica. A capacidade individual de resistencia organica ou a hypersensibilidade a esse factor desempenham o papel decisivo. Entretanto, essa predisposição certamente congenita é, provavelmente, da maior importancia no destino de um coração acomettido de infecções agudas ou chronicas.

Devemos, por fim, ter em conta que um coração que já soffreu uma vez a vicissitude de uma doença infecciosa, sempre continúa sendo um «*locus minoris resistentiae*» para o seu dono. Isso é verdade, mesmo quando a pessoa em causa está no gozo da melhor saude durante varias dezenas de annos. Sempre existe para ella o perigo de uma nova infecção, que poderá tornar a atacar o coração já lesado anteriormente.

Nosso ponto de partida é a supposição de que a mesma pessoa, si não tivesse soffrido a lesão anterior, *não* seria, neste caso, acomettida.

Isto faz-nos lembrar novamente que, nas nossas explanações sobre a anamnese, infelizmente somos informados muito pouco a respeito das denominadas «doenças da infancia». Não estamos longe de admittir *que uma doença infecciosa grave da primeira infancia lesasse o coração, tão sensivel e não habituado a taes influencias, sem que o facto fosse percebido por ninguem.*

Tal seria uma explicação plausivel para o facto de observação, tão importante e commum, de existir, ao lado das pessoas de coração sadio, tão grande numero de cardiacos.

Esta explicação ainda é reforçada, si considerarmos que o individuo adulto, em condições de vida semelhantes ás dos seus proximos, está sujeito aos mesmos perigos de infecção, á grippe, á angina e a outras affecções—e, *apezar disso, não adoce do coração.*

Todos os dias estamos sujeitos a infecções, sem, no emtanto, adoecer do coração ou do systema vascular. Si, porém, segundo a minha concepção, já na primeira infancia o coração soffreu alguma lesão em virtude das denominadas doenças da infancia, este orgão continuará sendo, embora pareça inteiramente sadio, *o orgão de invasão de toda a sorte de infecções.* Talvez se justifique a hypothese de que é predominantemente a endocardite lenta que acomette as pessoas particularmente predispostas, quer por constituição, quer por uma infecção soffrida em tenra idade. Como sabemos, a infecção pelo *streptococcus viridans* é a doença infecciosa mais grave e desesperadora que conhecemos, para o coração. Os doentes sempre acabam morrendo após um padecimento de um a dois annos.

Firmamo-nos, pois, na hypothese de um *locus minoris resistentiae* para o coração, adquirido na infancia, em *relação causal com as doenças infecciosas.*

Finalmente, comtudo, devemos novamente tratar, em rapidas palavras, e para evitar qualquer equivoco, da therapeutica da circulação nas doenças infecciosas.

Registámos que ultimamente têm sido indicadas, na litteratura medica, doses elevadas de estrophantina, por exemplo, no typho. Em toda molestia infecciosa, de duração mais prolongada, seja qual fôr a sua etiologia, impõe-se sempre ao medico a importante tarefa de sustentar a circulação. Tanto faz que se trate de uma pneumonia fibrinosa ou de um typho abdominal. Quanto mais se prolonga a infecção, tanto maiores devem ser os cuidados dispensados á circulação.

Da minha parte, nunca obtive um resultado favoravel do emprego de uma therapeutica prolongada pela digital, em individuos jovens, e em casos de lesão aguda do myocardio ou do endocardio. Na maior parte das vezes, com effeito, o que domina o quadro clinico é a debilidade vasomotora ou, numa endocardite incipiente (septicemia), o pulso muito frequente e pequeno. Nestas condições, a digital mostra-se inefficaz.

Todos os medicamentos analepticos, ao contrario, são indispensaveis. Em primeiro plano estão o *Cardiazol*, a camphora e a cafeina, merecendo destaque, pela simplicidade de sua applicação, o *Cardiazol*. Muitas vezes prestará, tambem, optimos serviços, a combinação do *Cardiazol* á quinina. De facto este febrifugo, tão velho quanto efficaz, abaixará a temperatura, o que muitas vezes é necessario. Temos, então, no *Cardiazol-Quinina* «Knoll» um medicamento simples e muito efficaz.

Doutra forma se passam as coisas quando, em pessoas mais idosas, atacadas de uma doença infecciosa acompanhada de febre alta, instituimos bem precocemente um tratamento chronico pela digital, pois que, neste caso, talvez se esteja tratando conveniente e simultaneamente uma lesão e uma debilidade myocardica pre-existentes, que permaneciam latentes.

CAPITULO V

O cardiaco em relação com os seus habitos de vida, clima, ambiente, coincidencias e em relação á vida publica

O cardiaco depende dos seus habitos. Pode-se até dizer que os habitos de vida determinam o destino do cardiaco. Sob a denominação de habitos de vida não entendemos—está claro—apenas a alimentação.

Significamos tambem o modo pelo qual a pessoa realiza o seu trabalho, divide o seu dia, satisfaz regularmente a necessidade de dormir, bem como o seu comportamento no terreno sexual, aprendendo ou não a evitar e a supprimir os momentos nocivos.

Tudo isso depende, em alto gráo, do character do cardiaco, da sua sensatez, da sua força de vontade, mas tambem depende muito do medico assistente e do ambiente. Muitas vezes o cardiaco vive num meio ambiente sem comprehensão ou até imprudente; muitas vezes, tambem, as prohibições são por demais rigorosas ou insufficientes.

Decisiva é a relação de confiança pessoal do cardiaco para o seu medico. Este deverá estudar e comprehender a personalidade isolada do seu doente. Não convem impôr-lhe, como regras de vida, indicações dogmaticas taes como as encontramos nos livros didacticos.

Assim, por exemplo, será erroneo formular prohibições geraes como estas, a um cardiaco que deve acautelar o seu coração:

«O senhor não deve mais abaixar-se; não deve irritar-se; não deve fazer esforços excessivos; fique bem socegado e tenha a maxima cautela.»

Isto são palavras inexpressiveis. E, ainda mais, pedimos ao doente coisas impossiveis.

O medico deve esforçar-se por chegar a conhecer os varios factores nocivos da vida do cardiaco. Pouco ou nada adeanta formular regras geraes. A um cardiaco ameaçado de angina de peito, por exemplo, devemos prohibir de carregar pesos, correr atrás do bonde, tomar banhos de vapor russo-romanos, heber os fortes vinhos do Porto. Sendo necessario, recommenda-se-lhe que faça calçar e descalçar seus sapatos por outra pessoa.

Isto são prohibições concretas: Estas, sim, têm utilidade e podem ser observadas. Devem, entretanto, adaptar-se, em cada caso, aos habitos de vida do doente.

Na prescripção do regimen alimentar, o mais sensato é escrever apenas o que é absolutamente prohibido ao doente, permittindo tudo o mais. Este procedimento é mais simples, tanto para o medico como para o doente. Deve-se sempre incutir ao cardiaco o uso de alimentos pobres em sal e condimentos e de facil digestão. É desacertado restringir a todo cardiaco a quantidade de liquidos a ingerir, dizendo: «Não beba mais que um litro por dia.» Via de regra é perfeitamente dispensavel lançar essa prohibição, que pode causar hypochondria em certos doentes. Elles passam a pesar-se diariamente, a medir cuidadosamente o volume de urina eliminada e a esperar a hydro-pisia. A consulta e os conselhos ao doente cardiaco devem ser estrictamente individuaes.

Um ponto importante no modo de vida do cardiaco é a regula-ção de sua alimentação. O medico tem por obrigação procurar conhecer os habitos do seu doente no que respeita á alimentação, para corrigil-os convenientemente. O cardiaco deve tomar pequenas refeições em maior numero, para não sobrecarregar o estomago. A elevação lateral esquerda do diaphragma após as refeições pode,

havendo predisposição para tanto, desencadear a crise de angina de peito. Tão importante quanto a regulação da ingestão de alimentos é a regulação da exoneração intestinal diaria e perfeita.

Erro absoluto é a execução dogmatica de certas associações de idéas na dieta do cardiaco. «Cardiaco» e «restricção de liquidos» nem sempre se combinam. A dietetica adquiriu, nos ultimos dez annos, um character scientifico. É imprescindivel advertir contra exaggeros e abusos. O medico deve ter em mente que é racional uma transição da alimentação errada para outra, adequada. Ou, em sentido figurado: Não se pode alimentar uma caldeira velha com um combustivel completamente novo. Não convem passar um cardiaco de certa idade, de um dia para outro, para uma dieta vegetariana, talvez, porque esteja em jogo um factor gottoso. Peior, ainda, é a idéa do regimen de alimentos crús («Rohkost»). Não é possivel sustentar um doente durante longo tempo com esse regimen. Da mesma maneira, o succo de alhos não é panacéa contra a arteriosclerose. Uma cosinha vegetariana esmerada é mais custosa que a alimentação burgueza trivial mixta. Exige muito mais recursos e conhecimentos do que o medico geralmente imagina. Comer muita fructa é, igualmente, um dogma erroneo. Patenteia-se, ahi, de modo antes desfavoravel que benefico, a nova concepção sobre as vitaminas. Praticamente, as coisas se passam como segue: O doente julga que comer fructa é saudavel. De accordo com essa idéa, elle passa a comer, além do regimen commum, mais meio a um kilogramma de fructa. Sobrecarrega, assim, o estomago e a circulação, em vez de preserval-os. Coisa bem diversa é um dia de rigorosa dieta de fructas, simultanea ao repouso rigoroso no leito; ou um «dia de chá», ou um «de verduras». Assim são os verdadeiros dias de preservação.

Nas prescripções dieteticas não sabemos, hoje, muitas vezes,

onde começa o ponto de vista pessoal e termina a sciencia—e vice-versa.
Ao medico devo aconselhar: Comer de tudo, porém com moderação!
Pois os doentes têm muita tendencia para os exaggeros.

No emtanto, sempre é importante,— como já tivemos occasião de dizer— que o doente use uma alimentação pobre de sal e de condimentos.

Comtudo, uma pequena anormalidade encontrada no exame de urina não deve ser pretexto para obrigar o doente a uma dieta achloretada durante varios meses. Seria util prescrever, a titulo de experiencia, essa dieta ao medico. Praticavel é, ao contrario, a observancia de 3 a 4 dias seguidos, de dieta sem sal, em cada 10 ou 15 dias. Assim, o doente acostuma-se, pouco a pouco, a resignar-se. O problema da alimentação porém sempre deve ser regulado individualmente. Na casa do cardiaco deve existir uma balança em funcionamento exacto. Basta, geralmente, *uma* pesagem por semana.

Alguns cardiacos, sobretudo os portadores de myocardite chronica arteriosclerotica, e especialmente, sem tendencia para a hydropsia, chegam, geralmente, no fim da sua doença a um estado de emmagrecimento. A vigilancia da alimentação torna-se, então, particularmente importante. Entre todas as prescrições relativas á modificação dos habitos de vida do cardiaco, a mais importante é, a meu ver, fazer o doente recolher-se ao leito e fazer uma dieta preservativa, quando se manifesta uma peiora do seu estado.

Fundamentalmente erradas, porém, são todas as providencias que, como uma «confecção scientifica» não são feitas «sob medida» e impostas ao cardiaco, como uma roupa que não «lhe assenta bem».

A responsabilidade mais pesada cabe ao medico quando elle deve decidir si o cardiaco deve ou não abandonar o seu trabalho habitual.

Da minha parte, deixo o cardiaco, desde que elle possúa o gráo sufficiente de sensatez, o maior tempo possivel no trabalho. Muitos medicos não se lembram que o cardiaco sem trabalho se torna incapaz para a vida. Desde que a perturbação circulatoria atinja gráos mais elevados, o cardiaco abandona, por si mesmo, a sua occupação.

Regra basica é que o medico transmitta a uma pessoa da familia do doente, merecedora de confiança, a sua opinião franca sobre o prognostico da enfermidade.

Só o fará, entretanto, uma vez, e com toda seriedade e franqueza. D'outra forma, corre-se o risco de implantar-se o medo no ambiente do cardiaco. As pessoas circumstantes esperam, então, a todo momento, que aconteça alguma coisa. Pode-se, tambem, formular esta these da seguinte maneira: Admittamos o caso de um cardiaco grave, cujo prognostico se afigura gravissimo ao medico. Este prognostico pessimista resulta dos conhecimentos scientificos do medico. Estes seus conhecimentos sobre a pathologia cardiovascular elle os participa *uma vez a um parente* do doente. Dahi por deante, o medico deverá pautar sua conducta para com o doente, fazendo abstracção destes conhecimentos e imprimindo á sua conducta um optimismo, sem o qual, aliás, lhe é impossivel tratar qualquer doente. Este optimismo nasce da propria personalidade e das disposições philosophicas do proprio medico. Tambem os parentes deviam mostrar este optimismo.

Centenas de vezes senti que era necessario saber agir de accordo com essas duas concepções, para guiar acertadamente os doentes cardiacos.

Si a morte sobrevier inesperadamente, o parente lembrar-se-á seguramente daquella entrevista seria, que elle provavelmente transmittiu «*refracta dosi*» aos demais membros da familia. Mas, a

familia toda não esperou, quotidianamente e durante meses, a morte do doente.

Justamente ao tratar e aconselhar um cardiaco, tanto o medico como a familia do doente podem aprender que *existe uma grande differença entre ter medo e ter cautela.*

Cautela deve ter o cardiaco, assim como o medico e os proximos; *medo*, ninguem deve ter, nem o proprio cardiaco.

Quando consideramos devidamente as particularidades individuais do cardiaco, o seu programma diario se evidencia por si mesmo. Além da alimentação, é necessario, antes de tudo, garantir o repouso nocturno do cardiaco. Sempre tive por habito conservar ao doente, até o momento extremo, a sua actividade habitual. De inicio, devem ser prohibidas, sem dó nem piedade, todas as obrigações decorrentes de cargos honorificos. Depois, todas as occupaões que não pertencem verdadeiramente ao trabalho profissional.

A directriz principal é sempre: conservar o doente para a sua familia, o seu trabalho e para elle mesmo.

Naturalmente, retira-se um cardiaco grave do volante de seu automovel.

Igualmente, prohibem-se-lhe os caprichos inuteis, os exercicios gymnasticos inadequados, o uso improprio da agua sob qualquer aspecto, a natação, duchas frias ou quentes, etc.

O cardiaco ameaçado por uma forma grave de angina de peito deve observar abstinencia sexual. É um acontecimento horrivel para um conjuge, a morte do outro *post-cohabitationem.*

Nesse sentido, o medico deve ser sensato e rigoroso, devendo falar claramente com ambos os conjuges.

Questão importante é a que o medico deve resolver, quando um cardiaco quer viajar. Um doente em perigo de descompensação não deveria abalançar-se a uma viagem mais longa. Eu mesmo tive

ocasião, em viagem para a America do Sul, de encontrar dois doentes em grave descompensação, que sómente á custa de um rigoroso tratamento clinico pela estrophantina supportaram a viagem.

Os doentes não tinham a minima idéa da gravidade das suas doenças e do perigo da viagem.

A mudança de clima numa longa viagem da America do Sul á Europa ou vice-versa, representa um esforço para a circulação affectada. Os tropicos podem representar, verdadeiramente, um perigo. Assim, verifiquei, depois da Bahia, um grave edema pulmonar, em uma senhora de 68 annos de idade, com uma estenose mitral + insuficiencia + hypertensão, e que na juventude soffrêra de rheumatismo articular. A doente pôde, aliás, sob um tratamento clinico rigoroso, desembarcar, em boas condições, em Hamburgo.

É expressamente necessario que os medicos assistentes se lembrem de que uma viagem maritima, de duas a tres semanas, pode constituir, effectivamente, um perigo para a vida do cardiaco.

Em todo caso é necessario pôr, pessoalmente, o medico de bordo ao corrente da situação, antes da partida do navio.

Nada é mais perigoso do que o doente julgar que sua affecção é isenta de perigo. A doentes, por exemplo, portadores de hypertensão grave, porém perfeitamente compensados, que aprenderam a adaptar os seus habitos de vida a seu aparelho circulatorio doente, bem se pode permittir uma viagem maritima.

Uma senhora de 65 annos, minha conhecida ha muitos annos, fez duas vezes a viagem da Allemanha a Bornéo. Seu maior desejo era visitar o filho que lá vivia.

Devo confessar que essa senhora, muito intelligente, era seu proprio e melhor medico. Durante toda a viagem, nunca teve necessidade dos serviços do medico de bordo. Levava a vida tão

cautelosamente, apesar de todas as seducções da cosinha do navio, que por duas vezes chegou em casa nas melhores condições.

O cardiaco deve estar perfeitamente instruído para uma viagem marítima. Não lhe são permitidos os banhos quentes, diários, de água do mar. Deve saber que é necessário recolher-se espontaneamente ao leito quando o mar está agitado. Também deve saber que os banhos de sol lhe podem ser muito prejudiciais.

Outra questão importante é, por exemplo, resolver si um cardiaco grave pode fazer uma viagem de *Zeppelin*. A rapidez da viagem diminúe, sem duvida, o risco. Tratando-se de um cardiaco sensato e bem preparado, a rápida viagem no *Zeppelin* é, certamente, menos perigosa que a longa viagem transoceanica por mar.

Uma viagem de avião pode tornar-se perigosa para o cardiaco, porquanto o piloto pode ser obrigado a subir a uma altura muito elevada. A mudança de pressão atmospherica é perigosa para o systema vascular. O coração direito pode claudicar subitamente. Pode verificar-se um edema de pulmão e uma legitima e grave debilidade myocardica. No avião, as possibilidades de socorro medico são minimas, e uma aterragem extraordinaria para um doente, impossivel. As condições geographicas da America do Sul p. ex. são, por si mesmas, taes que muitas vezes se tornam necessarias viagens nas quaes o passageiro que parte do littoral, attinge immediata e rapidamente a altura de 1.000 a 3.000 m nas montanhas. Isto é, por exemplo, a regra em todas as viagens mais longas na direcção da costa oriental para a occidental.

Muitas vezes ha necessidade, tambem, de viagens, como, por exemplo, a de Santos a São Paulo. Tambem ahi, não se faz sentir apenas a differença de altitude, mas tambem uma mudança essencial do clima. Já o individuo são está, muitas vezes, sujeito a apanhar um resfriado. Para o cardiaco, que por necessidade profissional é

obrigado a fazer essa viagem varias vezes por semana, dahi podem naturalmente advir grandes prejuizos para a sua saúde. Com frequencia extraordinaria observamos, na America do Sul, formas sérias de edema pulmonar agudo, em virtude de existirem ahi, assim como na Europa, muitos doentes com hypertensão grave. Lembremos apenas os cardiacos com hypertensão e nephrosclerose grave, e nos admiraremos do grande numero de doentes nestas condições que ainda trabalham, apezar do rhythmo de galoppe, percebido pelo medico na ausculta. Rhythmo de galoppe e edema de pulmão são muito proximos um do outro. O edema de pulmão pode ser mortal.

Quando ha possibilidade de socorro medico immediato, pode geralmente salvar-se o doente em perigo agudo de vida: Sangria, grandes doses de Cardiazol e, de modo absoluto, morphina ou Dilaudid, ou ainda Pantopon. Ás vezes é necessaria certa dose de estrophantina e a administração abundante de liquidos, sob a forma de «champagne» ou de café. Esta therapeutica mostrou-se-me efficaz. A sangria deve ser o mais precoce possivel, bem como a therapeutica medicamentosa. Os estertores tracheaes e a expectoração rosea e espumosa no lenço confirmam o diagnostico. Esta ameaçadora debilidade circulatoria será mais frequente quando a temperatura exterior estiver elevada, portanto, nos dias quentes e abafados, talvez depois de um grande esforço physico ou de uma emoção psychica, do que numa vida calma e cuidadosa, sem grandes variações da temperatura exterior.

Observação singular é a de se poder desencadear o edema pulmonar, nos doentes predispostos, exclusivamente por uma exaltação. Da mesma forma, pode manifestar-se após o esforço physico e psychico do coito.

Certo doente apresentava um edema de pulmão cada vez que tinha uma altercação com sua mulher, muito rabugenta. Meu mestre

Krehl, a cujo conselho recorri naquella occasião, esclareceu esta relação de causa a effeito. Uma conferencia muito séria com a mulher, e o edema pulmonar do marido não se repetiu. Eis ahi uma observação muito importante.

O medico mais experiente observa que *todos os estados ameaçadores* agudos podem, no cardiaco, ser provocados por excitações psychicas.

Entretanto, quasi nunca as pessoas que cercam o cardiaco aprendem a guardar a preservação psychica do doente. Faz-se mister que o medico não só seja conselheiro do cardiaco, mas ainda instructor energico dos seus proximos. Convem, muitas vezes, escolher com vagar, dentre os parentes a pessoa mais adequada para cuidar do doente. É importante ensinar e instruir as pessoas que cercam o cardiaco.

Si, por um lado, se pode, sem receio, permittir que um doente sensato e bem compensado faça uma viagem, por outro lado, é perigoso conceder essa permissão a um doente *insensato*. Seria de bom aviso fazer com que o doente levasse comsigo todos os recursos e medicamentos de que, segundo previsão do medico, elle pudesse necessitar em caso de emergencia. Um medico estranho, desconhecendo o doente, não pode absolutamente acertar de momento. Isto dá em resultado uma incerteza prejudicial ao doente e desagradavel para os seus companheiros.

A um cardiaco grave, porventura habituado a passeios solitarios mais prolongados, não mais se deverá permittir fazel-os desacompanhado. Sempre de novo acontece que depois de procurar por muito tempo, se encontra o doente, já morto, num caminho ermo da floresta. O medico deve prever e prevenir taes eventualidades.

A prophylaxia é, aliás, tão importante quanto a therapeutica.

O clima e o meio ambiente são factores relevantes para a con-

servação da vida do cardiaco. Quando o clima é muito inconstante, desfavoravel, muito quente, muito humido, ou sujeito a fortes variações, deve o medico tentar encontrar condições climaticas mais favoraveis para o seu cliente.

Muitas vezes se impõe a retirada do doente de um ambiente agitado. Todas essas questões devem preoccupar o medico. Si, por exemplo, um cardiaco é obrigado, pela sua profissão, a subir varias vezes ao dia a um quarto andar de um edificio, não ha concordancia possivel entre este facto e o conselho do medico. Uma pequena casinha, fora da cidade ou na falda da Serra, proporcionam ao doente, naturalmente, mais preservação que a residencia na cidade.

Dentro da grande cidade, os melhores conselhos medicos são illusorios. No campo estes mesmos conselhos são desnecessarios, porquanto as novas condições de vida realizam por si mesmas todas as exigencias, mesmo sem as respectivas recommendações.

Havendo boa vontade de todas as partes, pode-se muitas vezes crear, em beneficio do doente, habitos de vida completamente novos, que no primeiro momento pareceriam irrealizaveis e impossiveis.

Aliás, como em tudo, com *boa vontade* de todas as partes, e *uma boa dose de verdadeira dedicação ao doente*, se pode conseguir, nesta vida humana, muito mais do que uma pessoa sã imagina nos seus dias de saúde.

As relações entre o cardiaco e a vida publica devem ser claramente reguladas pelo medico assistente. Com o progredir da doença, diminue a capacidade de trabalho e a tensão da energia do cardiaco. Devemos conservar, ao cardiaco e á sua familia, pelo maior tempo possivel, o resto de sua sempre minguante energia de trabalho, para o desempenho do seu verdadeiro trabalho, queremos dizer, para a sua actividade profissional.

Segue-se dahi que se deve retirar o cardiaco cada vez mais da vida publica, pois *as condições dessa denominada «vida publica» não permitem preservação.*

Na maior parte das vezes se esbarra nas maiores difficuldades por parte do doente. *Muitas pessoas soffrem de uma doença terrivel: pensam que são insubstituiveis.* Dessa falsa idéa resultam para o doente os maiores males. O medico deve, então, agir com *toda a energia.* Deve saber mostrar ao doente e a seus proximos qual *a tarefa mais elevada que elle tem a cumprir.*

Esta consiste sempre na conservação da restante capacidade de trabalhar e de viver, por exemplo, de um chefe de familia para os seus filhos.

O cardiaco deverá renunciar espontaneamente, embora muitas vezes com sacrificio de sua ambição, a cargos honorificos. Isto é um sacrificio enorme para muitos. O medico aprende, ahi, a conhecer particularmente o character do seu cliente. Nas entrevistas pessoas, elle pode tornar-se o amigo pessoal do doente. Isto é uma das maiores e mais bellas tarefas do medico.

Creio que bastam essas notas resumidas para caber no feittio deste opusculo. Ellas mostram que o medico tem deveres ainda muito mais elevados do que ser apenas um medico de boa escola scientifica.

É o seu destino, entrar quotidianamente em contacto com o soffrimento, as afflições e os cuidados dos homens, com a miseria e com a morte. *Eis como a sua vida clinica e o soffrimento e a morte de uns ensinam o medico a combater a doença e a conservar, na forma mais supportavel e pelo maior tempo possivel, a vida dos outros.*

—

*Manifestações raras, porém decisivas
para o diagnostico no cardiaco*

É contradictorio, occupar-se de manifestações *raras* sob o ponto de vista dos factos mais importantes e *communis* do trato diario do cardiaco. Mas, o facto não deixa de ter as suas razões.

A experiencia mostra que os medicos, sobretudo os recémformados, têm uma predilecção pelos diagnosticos difficeis e raros, esquecendo, entretanto, as coisas frequentes e *communis*. Nosso grande mestre *Krehl* sempre repetia aos estudantes esta phrase banal, mas que contem uma profunda philosophia medica «O que é frequente é frequente e o que é raro é raro».

Por um exame cuidadoso, geralmente se consegue reconhecer claramente tambem um quadro clinico aparentemente complicado. Como causas do apparecimento de uma affecção circulatoria, no sentido mais lato da expressão, citamos as doenças infecciosas agudas e chronicas.

Papel especial, entre as doenças infecciosas chronicas, é o que desempenha a syphilis. Sempre devemos pensar nella quando deparamos com uma affecção cardiaca ou aortica no individuo de certa idade. O resultado da reacção de *Wassermann* não é decisivo para o diagnostico. Muitas vezes esta prova resulta negativa. Um symptoma sempre desperta a suspeita da affecção luetica da aorta: Quando o medico, na ausculta, ouve um sopro systolico muito suave no foco aortico e um 2º tom aortico não muito claro e muitas vezes um tanto desdobrado, nasce a suspeita da affecção vascular especifica.

Quando esse conjuncto é encontrado numa arteriosclerose, geralmente o character desses ruidos é mais breve e mais rude.

A historia de antecedentes de um doente com aortite especifica pode não proporcionar nenhum esclarecimento. Doentes ha que não se lembram da lesão primaria, outras que a esqueceram ou não querem falar a respeito. Os doentes sentem um certo mal-estar psychico, quando o medico se refere claramente á natureza porventura syphilitica de sua affecção cardiaca. O doente não pode comprehender como é que uma infecção apanhada 20 ou 30 annos antes, possa estar ligada causalmente a uma doença cardiaca tão tardia.

O medico deve, em qualquer circumstancia, ser muito reservado e cauteloso com a suspeita.

Um chefe de familia, cardiaco, com aortite ou myocardite especifica, muitas vezes está psychicamente todo arruinado, quando descobre de repente a causa do seu mal.

Tenho observado que é geralmente desnecessario tocar nessas questões, sem que dahi decorra qualquer obstaculo para o tratamento adequado.

A outra doença infecciosa, que tambem desempenha, em outros territorios, um papel importante, é a tuberculose. No terreno propriamente das affecções cardiacas ella não tem importancia. Acontece, naturalmente, que a tuberculose pulmonar ou das tunicas serosas se propague ao pericardio.

O diagnostico é sempre facil, porquanto as affecções tuberculosas do coração e do pericardio se desenvolvem lentamente, no decurso de uma tuberculose de outra localizaçào.

Quando o medico é levado a pensar na tuberculose, tratando de uma affecção cardiaca, geralmente o doente lhe proporciona um ponto de apoio seguro em outros systemas organicos. Por isso, é

preferível pensar *por ultimo* numa affecção tuberculosa do coração. Ao contrario, nunca se pode pensar demais na syphilis cardiaca. Ao passo que infelizmente só nos é dado, *re vera*, tratar symptomaticamente a maior parte das affecções cardio-vasculares, abstracção feita da insufficiencia cardiaca, para a qual o tratamento pela digital é uma therapeutica causal, muito perdemos quando tratamos apenas symptomaticamente uma affecção luetica especifica do coração e dos vasos.

Divergem as opiniões dos medicos experimentados sobre a questão de se dever tratar sempre uma affecção luetica cardio-vascular pelo salvarsan. Eu, pessoalmente, convenci-me no correr dos annos que a therapeutica endovenosa da aortite syphilitica pelo salvarsan não é isenta de perigos. O processo anatomo-pathologico da tunica media da parede vascular pode ser reactivado de tal forma, a ponto de acarretar a morte cardiaca subita. Tambem eu nunca observei alterações, dignas de nota, das condições morphologicas provocadas pela lues. Uma therapeutica especifica branda—preparados mercuriaes por via intramuscular—e um tratamento intensivo pelo iodeto de potassio *per os*, são desprovidos de perigo e promettem bons resultados. O mais importante é, comtudo, que o tratamento antiluetico não concorra para o esquecimento do tratamento pela digital.

*

Trataremos, em breves palavras, das formas raras de affecção cardiaca:

A lesão valvular congenita, que o medico ás vezes tem oppor-tunidade de observar, geralmente é, por principio, de facil diagnostico pela discrepancia entre a anormalidade constatada pelo exame e a insignificancia das queixas subjectivas.

Só o diagnostico anatomico exacto offerece algumas difficuldades.

Este requer conhecimentos embryologicos sobre a constituição do coração. O caminho mais pratico a seguir é desenhar um graphico rigoroso do resultado de exame, da radiographia e do electrocardiogramma e depois rebuscar o capitulo de «lesões congenitas do coração» nos livros didacticos.

Um «diagnostico de primeira impressão» é quasi sempre erroneo e só enthusiasma os inexperientes. Não ha necessidade de nos enfeitarmos com conhecimentos que não temos obrigação de reter na memoria. O que importa é que uma anormalidade, verificada pela ausculta, numa criança que até então se sentiu perfeitamente bem—muitas vezes se assustam os paes com o resultado do exame medico-escolar—via de regra é devido a um vicio congenito. A anormalidade mais inocua é a perfuração do septo ou molestia de Roger.

Outra anomalia congenita é a denominada «maladie bleue» dos franceses, que é uma combinação de varias malformações congenitas. A mais importante é a reunião da aorta e da arteria pulmonar no bulbo arterial, de maneira que resulta uma mistura do sangue arterial e do venoso no coração. Essas crianças raramente attingem a idade de 10 ou 12 annos, morrendo quasi sempre de alguma affecção pulmonar. Entre essas formas, a mais leve e a mais grave, está a anomalia diagnosticada por: *persistencia do buraco de Botal*, muitas vezes associada á «maladie bleue». Como é sabido, o buraco de Botal constitue a comunicação fetal entre a crossa da aorta e a arteria pulmonar, e que normalmente se fecha no momento do parto. Grãos mais leves dessa lesão congenita são compatíveis com uma sobrevida longa. Como symptoma cardinal, ouve-se no segundo espaço intercostal esquerdo o phenomeno descripto sob o nome de sopro continuo de reforço systolico.

Alteração sempre grave ou medianamente grave é a estenose pulmonar congenita na raiz da arteria pulmonar. Quando, por uma

estase retrograda ou pelo augmento progressivo da lesão, o coração direito se torna aos poucos insufficiente, tambem estes doentes adquirem uma cor accentuadamente azul.

Fizemos de proposito um relato succinto, sem nenhuma preocupação de sermos completos, para que o leitor possa formar um juizo de quanto é importante só diagnosticar essas affecções raras com a maxima cautela. Mesmo o especialista experimentado só observa alguns casos isolados dessas affecções, apesar de um longo tirocinio. E, toda vez que tal acontece, elle tem que se dar ao trabalho de procurar nos tratados as particularidades encontradas em cada caso especial.

Para o medico, é importante não considerar sempre como seu dever primordial firmar immediatamente um diagnostico exacto. Na primeira consulta elle não devia firmar-se no diagnostico, quer anatomo-pathologico, quer clinico. No segundo encontro será mais facil fazer um estudo critico do diagnostico. Alguns symptomas do primeiro exame no consultorio, originados, por exemplo, por um estado de excitação, terão desaparecido; outros signaes morbidos tornam-se mais claros ao seu exame.

O medico facilitará o seu trabalho si em cada consulta ou visita tomar notas, sobretudo dos symptomas que merecerão sua attenção especial na vez seguinte. É preferivel firmar um diagnostico certo, feito com vagar, só depois de dois ou tres exames, a um diagnostico errado feito na primeira consulta. Quando o medico se fixa logo ao primeiro exame, destróe a propria receptividade para novos symptomas, pois observamos este facto: o medico é sempre procurado por duas classes de pessoas: uns são verdadeiramente cardiacos, outros apenas imaginam que o sejam. E, como existem todos os grãos de transição, o diagnostico, si é que offerece difficuldades, deve ser feito aos poucos.

As maiores dificuldades apresentam as pessoas que, ao par de uma constituição delicada, apresentam uma circulação com pequena capacidade de trabalho, embora hygida. Ao lado do coração pequeno, coração em gotta, «*cor gracile*» tudo pode estar em ordem anatomicamente, existindo, não obstante, uma debilidade funcional.

A vida apresenta, ahi, uma combinação singular: *uma syndrome praticamente importante.*

Uma mocinha, que talvez no periodo de desenvolvimento passou por uma chlorose ou mesmo por uma ligeira affecção apical, continúa asthenica durante longo tempo, apresentando um «*cor gracile*». A custa de exercicios esportivos moderados, ella consegue refazer-se extraordinariamente da sua asthenia, supportando mesmo, depois de casada, varios partos. Mas, já a gravidez provoca uma formação, cada vez mais accentuada, de varizes. Muitas vezes essas mulheres engordam excessivamente pela superalimentação a que se submettem durante o periodo de lactação e, depois dos trinta annos, manifesta-se subitamente aquillo que o medico da familia chama de «*fraqueza do coração*». Não se trata, ahi, de uma verdadeira insuficiencia cardiaca, mas sim, quando muito, de uma debilidade cardiaca.

Esta syndrome pode ser dissociada em 3 componentes:

«*Cor gracile*» *constitucional, obesidade e atonia do systema venoso com formação de varizes.* Quasi sempre ainda se associa a este quadro um quarto symptoma: uma pressão arterial extraordinariamente baixa, *uma verdadeira hypotensão.* Si, porventura, se verificar uma embolia pulmonar em seguida a uma febre puerperal ou uma thrombophlebite após uma simples angina, desperta nossa admiração a resistencia tenaz da circulação dessas mulheres e o modo com que supportam repetidas pequenas embolias pulmonares. É verdade que

uma serie dessas doentes morre subitamente, de maneira tragica. Mesmo assim, o medico fica admirado de doentes com tão grande predisposição morbida, resistirem a uma doença prolongada por tantos meses e se salvarem, afinal.

Verificamos, assim, que sempre devemos pensar, além da debilidade funcional do coração, nas debilidades congenitas do systema venoso. Isto tem uma dupla importancia, porque effectivamente só ha uma therapeutica: É a gymnastica curativa muito cautelosa e precoce, com exercicios respiratorios e fortalecimento geral da musculatura corporal do doente. Accrescentem-se ainda as medidas dieteticas, com o fim de diminuir ou evitar a obesidade.

A therapeutica medicamentosa, e, acima de tudo, a digital, não surte melhora, porquanto esses corações tendo a sua musculatura em si hygida, são refractarios á digital.

Não sabemos a razão porque a cellula myocardica só responde á acção therapeutica da digital quando já alterada pathologicamente.

Mulheres com a constituição que ha pouco descrevemos, quando chegam a uma idade mais avançada, podem, naturalmente, adquirir uma arteriosclerose hypotonica. Neste caso, o coração, hypertrophiado para essas doentes, apresenta, na radiographia, a silhueta de um coração de tamanho natural e normal. Estamos, porém, em face de um engano. Com effeito, esse coração de tamanho aparentemente normal é, nessas mulheres, o resultado de uma myocardite arteriosclerotica com hypertrophia. É preciso lembrar-nos disso, e, por consequinte, mudar fundamentalmente a therapeutica. A preservação e a digital farão valer, então, os seus direitos, contrariamente ao que acontecia antes. Desse momento em diante, começa tambem a elevar-se a pressão arterial, extraordinariamente baixa, até attingir valores aparentemente normaes. Uma pressão systolica de 130 mm já constitue, porém, para uma doente dessa ordem, uma

verdadeira hypertensão, de forma que num exame superficial, de facto não se percebe alteração objectiva. Resulta dahi que o medico diz a uma pessoa effectivamente doente, que ella está com saúde e que elle nada encontra de anormal.

Além disso, devemos ainda considerar os corações frouxos em pessoas jovens. É preciso admittir que exista uma diminuição do tono myocardico. Esses corações frouxos podem acarretar catastrophes, por exemplo, no esforço final de um treino de remo. São os estados morbidos, nos quaes um jovem, até então sadio, durante um treino, cahe repentinamente no barco de corrida, pallido como um cadaver, em gravissimo collapso, quasi sem pulso, com uma legitima dilatação do coração. Geralmente, nada mais acontece, mas basta esse quadro como energico signal de alarme para advertir o medico assistente contra futuras solicitações da circulação. Pelo augmento das actividades esportivas, esse acontecimento é muito mais grave em pessoas entre 20 e 40 annos de idade. Quando essa dilatação aguda se manifesta num coração—ou num systema vascular—que já apresentava, porventura, uma pequena lesão anterior, pode acontecer, por exemplo, que o melhor athleta caia morto do trapezio. Em connectão com essas incapacidades circulatorias, aqui apenas esboçadas, devemos novamente chamar a attenção para a importancia pratica da *technica respiratoria*. Uma respiração errada ou deficiente, simultanea a uma solicitação elevada do coração, pode acarretar graves estases e facilitar a sobrecarga cardiaca. A capacidade de produzir feitos esportivos notaveis, depende muito de uma *technica respiratoria* acertada.

O homem occupado, quer na profissão, quer em trabalhos mentaes, acostuma-se, ordinariamente, a uma respiração diaphragmatica tão superficial que a força aspiradora do diaphragma, pela qual se facilita, em condições normaes, a corrente venosa de retorno,

diminue cada vez mais. Nos estados pathologicos manifestados por uma plenitude epigastrica maior em individuos com tendencia a engordar, mas que se conservam ademais sadios, uma gymnastica cautelosa, exercicios respiratorios e o treinamento geral, muitas vezes, são mais uteis que medicamentos.

No cardiaco, principalmente emquanto elle apenas se julga doente sem apresentar lesão organica verificavel, devemos, por principio, perscrutar, em todos os sentidos, constituições viciosas e solicitações indevidas ao aparelho circulatorio. Dessa maneira podem-se remover esses vicios e fortificar a circulação, sem fomentar desnecessariamente, pela therapeutica medicamentosa, a consciencia da doença em via de apparecimento.

Segundo a minha experiencia, as pessoas com pressão sanguinea exaggeradamente baixa sempre devem ser contadas no grupo das de circulação menos efficiente.

O grande numero das pessoas que, após a puberdade, são affectadas de um augmento mais ou menos rapido da thyreoide, apresenta com frequencia disturbios cardiacos. Em sua forma declarada, esses incommodos mostram com evidencia a sua origem thyreotoxica. Uma intervenção opportuna sobre a thyreoide, séde dessa alteração pathologica, pode remover definitivamente uma tachycardia. Essas perturbações cardiacas de causa thyreotoxica são observadas com muito maior frequencia em regiões montanhosas que na planicie. A legitima doença de *Basedow* é affecção completamente diversa. O diagnostico «basedowoide» é frequentemente feito sem ser exacto.

As perturbações thyreotoxicas do coração tambem são encontradas em pessoas com circulação imperfeita. Nesses casos, o tratamento—queremos referir-nos á therapeutica pela digital—costuma ser infructifero.

A estenose mitral já foi assumpto de considerações anteriores. A forma descripta por *Duroziez* não é mais considerada congenita, como antigamente, mas sim como o resultado de uma infecção durante a gestação ou a primeira infancia.

Devemos adoptar como regra, fazer diagnosticos raros e difficeis sómente quando as manifestações morbidas frequentes absolutamente não concordam com o quadro clinico em causa.

Os diagnosticos raros são realmente raros. O medico recém-formado apraz-se em aventar diagnosticos complicados, muitas vezes esquecendo de tomar providencias therapeuticas simples. O medico que se habitua a pensar physio-pathologicamente e que não se deixa levar, ao fazer o diagnostico, *exclusivamente* por idéas anatomo-pathologicas, muito raramente fará um diagnostico que não caiba no ambito do commum e mais importante.

De accordo com a minha experiencia, só os vicios cardiacos congenitos offerecem, afinal de contas, mesmo para o medico experimentado, difficuldades diagnosticas, na analyse mais meticolosa do reconhecimento diacritico. O diagnostico superficial tambem ahi é facil.

CAPITULO VII

A claudicação subita e chronica do cardiaco

Podemos reconhecer como regra geral que o individuo atacado de uma affecção grave, cardiaca ou circulatoria, tem que claudicar, ora menos, ora mais rapidamente, na sua vida futura. Muitas vezes vemos, apesar da vigilancia medica cuidadosa, a diminuição lenta, porém constante, da capacidade para o trabalho. Esta muitas vezes desaparece por completo, de forma que só se consegue com a maxima cautela, ainda proporcionar ao doente um fim de vida supportavel.

A claudicação chronica do cardiaco manifesta-se, geralmente, por tornar o doente cada vez menos exigente no tocante ao trabalho e á vida. As pessoas ambientes ficam preparadas para o que dér e viér.

Ao contrario, a claudicação subita do cardiaco geralmente se manifesta, com a maior surpresa para o doente e o ambiente, em saúde aparentemente perfeita e em pleno trabalho. O doente e sua familia vêm-se collocados subitamente, da mesma forma que o medico da familia, diante dos mais difficeis problemas de deliberação, de diagnostico e de therapeutica.

De inicio, citaremos alguns exemplos dramaticos de claudicação subita do cardiaco *ao volante do seu carro*. Começaremos por *esta* narrativa, porque ella nos mostra como certas pessoas são assaltadas inesperadamente pela doença, em plena vida e em circumstancias *da maior gravidade para o publico*.

É completamente differente, sob todos os pontos de vista, si um individuo morre subitamente, victimado por uma syncope cardiaca, no ambito limitado de sua actividade profissional, por exemplo, no seu escriptorio ou como pedestre a caminho do trabalho, ou viajando num trem, casos esses em que só causa abalo e consternação entre todas as pessoas directamente attingidas, ou si o mesmo acontece com o individuo aparentemente são, que se movimenta em publico, guiando, ainda, com as proprias mãos o seu automovel.

Os factos se passam de maneira completamente diversa. O destino que o assalta por acaso, ao volante do seu carro, em plena velocidade, passa a constituir, de subito, um perigo para um ambiente que lhe é de todo estranho e, ainda mais, *leva-o á barra do tribunal, caso escape com vida.*

Numa epoca, em que o automovel domina a vida das populações, julgo opportuno citar alguns exemplos da minha propria experiencia. Não posso deixar de retratal-os com toda fidelidade e minucia, *porquanto o problema do motorista cardiaco adquire uma importancia sempre maior para todo medico e jurista.*

O medico moço deve enfronhar-se nessas questões, pois é da sua obrigação aconselhar convenientemente os doentes nesse sentido, advertil-os a tempo e evitar, prevenindo-as, desgraças incalculaveis.

A natureza da affecção cardiaca evidencia-se por si mesma, pela leitura das historias de cada doente. Estas dispensam commentarios. Os exemplos, que se referem predominantemente a motoristas de automoveis, têm, naturalmente, sob o ponto de vista medico com que os encaramos, o mesmo valor fundamental em todas as pessoas que dirigem um vehiculo dotado de potencia e velocidade (locomotiva, avião, automovel).

Um doente de 58 annos de idade comprou uma casinha numa pequena cidade do campo. Para obter conducção mais rapida e commoda para a capital, elle resolveu «ainda aprender a guiar automovel». Em 1933 elle consultára um especialista em doenças internas, por causa da sua hypertensão arterial. Naquelle occasião, o medico lhe desaconselhára de aprender a dirigir, mas, em 1934 o doente retomou a questão.

Declara que se sente perfeitamente bem. A insistentes perguntas, elle responde expressamente que nunca teve tonteiras, dores de cabeça, nem qualquer outro incommodo. Quanto á pressão arterial elevada, outros camaradas seus, da mesma idade, tambem a tinham, dirigindo, comtudo, ha muitos annos, os seus automoveis. «Sinto-me tão bem como um peixe n'agua», «ainda trepo em cumieiras de 18 metros de altura» (o doente é official de funileiro). «Absolutamente não vejo razão para não poder guiar um carro».

O exame revela um coração com alterações características de arteriosclerose, albuminuria, arterias periphericas endurecidas e uma pressão systolica de 260 e diastolica de 110 mm Hg. Hypertensão grave—arteriosclerose.

Aconselhámos o doente, com toda força de convicção, a não aprender a dirigir automovel, e o prevenimos de que, si em qualquer momento, lhe acontecesse algo de desagradavel, elle não poderia defender-se, allegando ignorancia da sua doença.

Um homem destes, no volante de um carro, representa, sem duvida, um grande perigo, não só para si mas tambem para seu proximo. Mesmo fazendo abstracção da sua affecção vascular e da elevação pathologica da pressão arterial, conjuncto extraordinariamente grave, apresenta ainda uma consideravel diminuição da acuidade auditiva. «Isso provem do meu trabalho de funileiro, e nada signi-

fica.» De facto, o doente dá a impressão de um individuo particularmente bem disposto e sadio, de forma que as indicações, vivamente reforçadas pela sua mulher, parecem perfeitamente veridicas a qualquer pessoa que não seja medico e não perceba, talvez, a surdez do individuo.

Não se consegue convencer o doente, apesar de todo o esforço e boa vontade em esclarecer-lhe a situação. Elle deixa o consultorio, sob furioso protesto, sustentado, ainda pela mulher: «Esta é muito boa! Todos os meus amigos têm pressão arterial alta e guiam automovel—mas commigo todas essas difficuldades!»

II

Um commerciante, de 24 annos de idade, portador de uma estenose mitral muito grave, com insufficiencia, apenas compensado, apresentando, ainda, um *cor bovinum*, arhythmia perpetua, etc., encontra-se, ha annos, sob observação e orientação medica. Aprendeu a guiar automovel sem me ter consultado a respeito, sentindo-se extraordinariamente bem no volante do carro. Como innumerous cardiacos com lesão organica grave, tambem elle era muito insensato. A não ser por occasião dos seus padecimentos, não se consegue inculhir-lhe a comprehensão de seu estado de doença. «Sinto-me bem no meu barco á vela e ao volante do meu carro». Chama-se a attenção delle para a possibilidade a que se expõe de um grande perigo de vida. Elle, sempre sorrindo, responde que não acredita nesses perigos, que não passariam de exaggeros do medico. A idéa que elle forma de si mesmo é tão errada, que chega a solicitar-nos um attestado de sua capacidade integral para o trabalho, para fins juridicos num processo que move contra um seu socio de empreza. Deante da recusa, não volta á consulta e procura outro medico.

III

Um motorista de automovel de aluguel, de 47 annos de idade, é internado no serviço de cardiologia, com uma grave myocardite chronica, em estado de absoluta descompensação. Até dois dias antes da internação, elle servia a sua freguezia. Conheço-o como motorista competente e possuidor de uma coragem que chega ás raias da temeridade. Pelo tratamento, elle obtem melhoras consideraveis, esperando impacientemente o momento de poder tornar á sua occupação. Explicamos-lhe que elle não poderá voltar, até segunda ordem, a guiar automovel, em virtude de sua grave affecção cardiaca. Elle, porém, recusa terminantemente essa intromissão nos seus negocios. Affirma que é o motorista mais seguro do mundo. Durante a convalescença e sentindo-se bem, elle passeia no jardim do hospital, já com os dias contados para obter alta. De repente, cahe sem sentidos, apresentando o quadro typico de uma grave embolia cerebral esquerda.

IV

Um negociante, de 45 annos de idade, submete-se a um exame medico, por causa «do coração e dos nervos». Ha um anno vem soffrendo de vertigens, não sabendo a que attribuil-as. Queixa-se de que «subitamente tudo fica tremulo deante dos olhos» e que «as coisas perdem a nitidez e a firmeza». O primeiro accesso se manifestou depois de trabalhar exhaustivamente durante um mes. Ha 14 annos, o doente guia o seu carro, por necessidade profissional. Ha 5 meses, aconteceu-lhe o seguinte:

Viajando a 40 km em estrada recta, de repente, ao olhar para a direita, notou que falhava a «musculatura ocular». Elle perdeu a acção sobre o movimento dos olhos e não conseguiu mais voltar a olhar para a esquerda. Tinha consciencia plena do que acontecia.

Tambem não podia mais mover os olhos para cima ou para baixo. Elle relata textualmente: «Tive que entregar-me inteiramente ao meu tino. Resolvi parar immediatamente e por isso dirigi o carro para a direita. Passada esta singular paralysisia ocular, na qual eu não conseguia mover os olhos para o lado esquerdo, verifiquei que tinha parado o carro bem no meio da estrada, a 1,20 m, mais ou menos, do meio-fio da direita. Entretanto, estava convicto de ter «encostado» o carro no meio-fio direito, enquanto durava a perturbação visual. O acesso durou 1 a 1 1/2 minuto e repetiu-se umas 4 ou 5 vezes nestes ultimos 5 meses».

Por ultimo, manifestou-se um acesso identico no dia 9 de Junho de 1934, durante o almoço. A esposa notou o olhar estarecido do doente e aconselhou-o a deitar-se. Tambem este acesso durou apenas 1 a 2 minutos; persistiu, porém, depois, uma dor de cabeça que durou desde 9 até 12 de Junho de 1934 de manhã. Os acessos manifestavam-se mesmo quando o doente estava completamente socegado no sofá, ou lia o jornal.

O exame unico, na consulta, não permittiu um diagnostico definitivo. Para decidir si estava em causa uma epilepsia, um tumor cerebral ou o começo duma affecção organica grave do systema nervoso central, tratamos de encaminhar o doente a uma clinica neurologica para observação.

V

Da imprensa diaria:

8. 1. 1934. Um acontecimento emocionante tiveram esta madrugada os passageiros de um taxi que transitava pela *Hardenbergstrasse*, em Berlin. Um pouco antes de chegar a *Steinplatz*, o motorista perdeu, ao que se presume, os sentidos, e por consequencia, a direcção do carro, que subiu ao passeio, indo chocar-se violenta-

mente contra um poste de iluminação. O carro soffreu apenas avarias de pequena monta. Ao passo que os passageiros escaparam só com o susto, o motorista, *Boris Tkatschenko*, russo, de 55 annos de idade, estava cahido de bruços, sem sentidos, sobre o volante. Foi transportado incontinentemente ao posto mais proximo de assistencia, onde o medico que o examinou apenas pôde constatar a morte que entrementes sobreviera, provavelmente por syncope cardiaca.

VI

24. 2. 1933. Na machina do rapido para Berlin, logo depois da partida da Estação *D.-E.*, o machinista cahiu morto, no proprio posto de commando da machina, em consequencia de uma syncope cardiaca. O foguista da machina, que presenciára o facto, immediatamente saltou ao lugar do machinista, assumiu a direcção e levou o trem vagarosamente até a estação de *Osterode*.

VII

Finalmente, reproduzimos um topico do *Times*, de Novembro de 1934, que illustra mais uma vez, de maneira crassa, as nossas idéas:

«*Morte de um medico na direcção do seu automovel.* O Dr. *John M. Bowie*, clinico muito conhecido e relacionado em Edinburgo, falleceu antehontem, de claudicação cardiaca. Estava elle á direcção do seu carro, quando subitamente se sentiu mal. Teve, ainda, a presença de espirito de dirigir o automovel para a margem da estrada, antes de soffrer o colapso que lhe roubou a vida.»

Eis ahi o que o medico observa na sua lida com os doentes. O automobilista entusiasta poderia allegar que estes acontecimentos não têm importancia pratica. Esta allegação, comtudo, pode

ser facilmente refutada, pelo caso que relatarei a seguir, tirado da minha pratica como medico-perito e do qual resalta *a outra face do problema*:

Não tivesse a questão a importancia, que de facto encerra, para a communitade, poder-se-iam dispensar os exemplos concretos. Impõe-se, porém, a questão, cada vez mais importante, quer para a communitade, quer para o individuo, de saber *si um motorista—sobretudo um de idade mais avançada*—corre effectivamente, em virtude de alguma doença interna chronica da qual, quiçá, nem tem consciencia, qualquer risco, quando guia um automovel. Este ainda seria apenas um ponto de vista unilateral e egoistico. Com effeito, o mesmo doente, além do risco que elle corre pessoalmente, põe em perigo os outros conductores de vehiculos e os pedestres que transitam no passeio que lhes é destinado.

O nosso ponto de partida é o seguinte facto:

Até ha pouco tempo, na jurisprudencia allemã, o perito-medico muitas vezes encontrava uma possibilidade de livrar da pena de prisão o doente, quando este soffria ou causava um desastre violento, por turvação transitoria ou perda da consciencia. O tribunal concedia a absolvição, quando o doente não era culpado, no sentido do codigo penal, em virtude de um estado transitorio de irresponsabilidade. O «*Reichsgericht*», o mais alto tribunal allemão, em Leipzig, firmou, porém, uma nova jurisprudencia relativamente a essas questões, *destacando o conceito da desidia para o cardiaco que dirige um vehiculo*.

O mais alto tribunal allemão parte da presupposição logica de ser indispensavel que o conductor de qualquer vehiculo veloz tenha perfeita saúde. Quando elle sabe que esta deixa alguma coisa a desejar, deverá immediatamente abandonar a actividade. Si não o fizer, incorrerá, segundo a interpretação da lei allemã, em crime de *desidia* ou *negli-*

gencia, não podendo, portanto, contar com a absolvição no caso de um accidente futuro, imputavel á sua doença.

Esta nova decisão juridica é importante para a grande comunidade allemã. Ella corresponde inteiramente á opinião publica e justifica-se plenamente, si considerarmos as desgraças que pode causar a insensatez de um homem que não se quer convencer do seu estado de doença, o esquece ou mesmo tece voluntariamente idéas illusorias a seu respeito.

Certo senhor, *R. J.*, de *H.*, com 60 annos de idade, foi, ao mesmo tempo, causador e victima de um serio desastre de automovel, em Agosto de 1928:

Numa estrada perfeitamente recta e com as melhores condições de visibilidade, elle, sem nenhum motivo exterior, após descrever ligeira curva para a direita, desviou o seu carro em curva apertada para a esquerda, atravessou a estrada e lançou-se num precipicio. O carro voou 14 metros pelos ares, capotou, ficando de rodas para o ar. *Tres passageiros* morreram, um soffreu ferimentos leves, o motorista, uma ligeira commoção cerebral. O carro pouco soffreu.

Em 1929, o motorista *foi condemnado em 1ª instancia, a 7 meses de prisão*, como causador, por desidia, da morte dos tres passageiros e dos ferimentos corporaes de outros, em condições aggravantes. Tendo recorrido da sentença, processou-se, em 1931, novo julgamento em 2ª instancia. Sob o ponto de vista technico, o desastre era, de todo, inexplicavel.

O 2º julgamento se realizou com a assistencia de peritos-technicos e peritos-medicos.

O accusado attribuia aquella desgraça, para elle inexplicavel, a uma perturbação momentanea dos sentidos e da consciencia. O julgamento, que durou varios dias, deu ensejo a controversias notaveis,

bastante debatidas, entre os peritos-medicos, interessando igualmente o tribunal e a opinião publica. A corte de appellação de H. annulou a sentença da 1ª instancia. *O accusado foi absolvido*, porquanto não pôde ser provada a sua culpabilidade, embora na fundamentação da sentença não era de todo decisiva a arteriosclerose segura e certa do accusado, nem os laudos dos peritos-medicos para o effeito do previsto no § 51 do codigo.

A promotoria publica interpoz recurso: Em 27. 1. 1933, foi retomado o processo em 3ª instancia. *O accusado foi condemnado* como causador, por desidia, da morte de 3 pessoas e de ferimentos leves, em circumstancias aggravantes de outra, a *3 meses de prisão* e ao pagamento das custas.

Na fundamentação desta sentença accentuou-se, entre outros factos, o seguinte:

Do exame das provas resalta que a causa do desastre não podia ser attribuida nem ao carro, nem á estrada, mas sim ao proprio motorista. Concluiu-se, assim, um processo substancioso, por uma decisão tão inesperada quanto importante, do tribunal do «Reich». *Com effeito, esse tribunal respondeu affirmativamente á questão da desidia*. Da sentença constava o seguinte:

«Desde o momento em que o accusado soffreu uma turvação ou perda dos sentidos e da consciencia, fica excluida, naturalmente, a sua culpabilidade. O que importa saber é si o accusado não podia ou devia evitar, desde que tivesse cuidado, a zona de perigo para a qual se transferiu por um estado transitorio de inconsciencia. Pela jurisprudencia vigente do Superior Tribunal do «Reich», pode, já o facto de assumir determinada actividade, justificar a invectiva de negligencia delictuosa, quando o réo podia ou devia comprehender que não estava apto a enfrentar as exigencias ligadas áquella actividade».

O doente, depois de um periodo de doença, mais ou menos prolongado, dispensou durante annos, qualquer socorro medico, declarando, deante do tribunal, que se julgára são e apto a dirigir, sem perigo, o seu automovel. O «Reichsgericht» tomou a seguinte posição nesta questão:

«Não bastava a circumstancia de que os phenomenos apresentados pelo accusado não fizessem temer algum perigo para a sua saúde e a sua vida, e não tornassem necessario o recurso a um facultativo, *para eximil-o da obrigação de verificar, si, em face daquelles phenomenos, elle ainda podia se abalançar a guiar o seu automovel.* A desidia pode, mesmo, estar no facto de elle não se ter submettido a esse exame, não ligando importancia á influencia que aquellas manifestações pudessem ter *na sua actividade como motorista.*» «Basta, para se admittir o conceito da *desidia*, considerar que elle, si fosse criterioso, poderia prever que, em consequencia do seu estado de saúde, havia a possibilidade de lhe faltar aptidão para transpor uma situação difficil que porventura surgisse, e que dahi poderia resultar um accidente com todas as suas consequencias, ferimentos corporaes ou morte de pessoas. Um motorista psychicamente normal teria seguramente feito uma previsão dessa natureza, desde que notasse um augmento crescente do seu estado nervoso e o apparecimento de vertigens.»

Por essa interpretação do «Reichsgericht», de que reproduzimos topicos, o conceito da desidia em um individuo que não tem uma saúde perfeita—e que pelo seu comportamento o sabe ou poderia saber, ou antes, não o deveria esquecer—adquiriu uma grande importancia para medicos e juristas, no tocante á sua conducta para com o doente.

Um segundo accidente levou á barra do tribunal, em 1ª instancia, um fabricante de cerveja, de 56 annos de idade, como

causador, por desidia, de uma morte e de ferimentos corporaes graves. O desastre deu-se da seguinte maneira :

Em Janeiro de 1933, de noite, o accusado dirigia o seu «Opel», com 3 passageiros, por uma estrada perfeitamente recta e com boa visibilidade. Com a velocidade de 40 kms. á hora, o accusado, sem nenhuma razão exterior, descreveu uma curva aberta para a esquerda e saltou pelo talude lateral da estrada. O carro voltou-se, indo parar a um terreno arborizado que margeava a estrada. Os tres passageiros foram lançados fora do carro. Uma senhora morreu instantaneamente; os dois outros passageiros soffreram ferimentos graves. Nem o carro, nem a estrada tinham dado causa ao accidente. Pesava sobre o réo a accusação de ter causado, sob a acção de bebidas alcoolicas, a morte e os ferimentos graves dos passageiros que conduzia.

Não entro aqui na discussão da questão, difficillima, de saber até que ponto a ingestão moderada de alcool foi concausa do serio desastre de automovel. Limito-me a relatar o fundamento da sentença :

O tribunal *absolveu* o accusado, embora houvesse grande probabilidade de elle ter, por engano, dirigido mal, e, por outro lado, existisse a possibilidade, de o accidente se ter dado por causa de uma perturbação momentanea dos sentidos e da consciencia, devida á arteriosclerose.

Embora esse doente se tivesse queixado, no meio da familia, de turvação da vista e de accessos vertiginosos, tinha, comtudo, a sorte de nunca antes do accidente, ter recorrido a conselho ou tratamento medico.

O maior interesse nessas explanações é, pois, o dos proprios motoristas. Por mais duro que seja para o individuo isolado, não mais senhor de uma saúde perfeita, o golpe da prohibição de dirigir

automovel, é absolutamente necessario que se consiga o afastamento desses conductores de vehiculos, por meio das mais rigorosas medidas. Acresce ainda que não pode haver interesse, por parte do motorista doente, em pôr em perigo a sua propria vida, a dos passageiros que conduz ou a dos transeuntes da via publica.

*

A claudicação subita do cardiaco nem sempre é a que assalta um individuo classificado no exame medico directa e seguramente como «cardiaco» ou «doente da circulação».

Mesmo o aparelho circulatorio, em si intacto, de um individuo jovem, está sujeito a uma claudicação, podendo, depois, o doente dar a impressão de cardiaco, sem que nada de anormal se observe na circulação. Referimo-nos aqui ás legitimas «perturbações funcçionaes» («Betriebsstoerungen») de *v. Bergmann*, nas quaes se observa uma distribuição pathologica, transitoria, do sangue, por exemplo na irrigação do encephalo. Essas «perturbações funcçionaes» na circulação sanguinea de pessoas jovens tambem podem determinar uma claudicação subita.

Eis, a este respeito, um exemplo muito dramatico: Um aviador, de 29 annos de idade, engordou extraordinariamente nos ultimos meses, devido á falta de exercicios physicos. Antes do exame, sente-se nervoso. De vez em quando sente pontadas no coração e a diminuição do dominio proprio e dos seus nervos. Nesse estado, deve elle realizar, como prova de exame, um vôo de 1 hora, a 4.000 metros de altura. Attingida esta, elle que era o unico tripulante do avião, perde subitamente os sentidos. Quando voltou a si, estava á altura de 1800 metros. Interrogado sobre o que se passára no avião durante o seu estado de inconsciencia, respondeu que a sua machina «desceu aos trambolhões». Este acontecimento, passado em pleno ar, deter-

minou, depois de uma aterrissagem feliz, um grave estado de esgotamento, acompanhado de transtornos cardiacos. O proprio aviador foi tomado de profundo desanimo, tendo perdido, em grande parte, a sua sensação de segurança como aviador. O doente apresenta uma hypersensibilidade vasomotora sem estado pathologico do coração; situação alta do diaphragma, grande adiposidade, adquirida sobretudo nos ultimos meses.

Ainda esta observação de consultorio dispensa commentarios. Pode-se admittir que o aviador tenha soffrido, pela variação da pressão atmospherica, uma perturbação vasomotora grave—«perturbação funcional» («Betriebsstoerung») —cujo resultado foi a sua perda de consciencia. Sei, por informação, que nas grandes alturas apparece um forte meteorismo. Nessas condições, é facil imaginar que um aviador, que já apresenta uma adiposidade grande e meteorismo com elevação do diaphragma, numa subida rapida a 4.000 metros de altura, soffra um desvio do coração grandemente prejudicial á função circulatoria.

Um systema nervoso perfeitamente sadio, com a melhor irrigação possivel do encephalo, é condição imprescindivel para que um conductor de vehiculo possa desenvolver uma acção impeccavel, quasi instinctiva, por occasião de um perigo subito. Não importam a confiança que merece o motorista, a sua boa vontade, a sua consciencia alerta, mas sim a rapidez de uma acção reflexa inconsciente.

Claudicar subitamente pode—está claro—todo cardiaco portador de disturbio organico grave do myocardio ou do aparelho valvular, de trombophlebite chronica, de nephrosclerose maligna ou outra forma de hypertensão por arteriosclerose, de esclerose das coronarias e de varios outros estados pathologicos. Surprehende como nos doentes com um grave vicio mitral combinado e uma arhythmia perpetua, na qual muitas vezes a radiographia patenteia

um *cor bovinum*, a morte por embolia seja tão rara relativamente ao grande numero de casos. Aliás, o myocardio profundamente alterado e o apparelho valvular gravemente lesado conduzem com muito menor frequencia á claudicação e á morte subita, do que a esclerose coronaria incipiente, caracteristicamente privilegiada nesse sentido.

Mesmo quando um doente com nephrosclerose maligna ou com arteriosclerose hypertonica grave é acommettido de um edema pulmonar ou de uma crise uremica, esses phenomenos morbidos agudos não se manifestam tão repentinamente como os transtornos provocados pela esclerose coronaria, que podem acarretar a morte com a rapidez do raio.

É de admirar, tambem, a raridade com que se observam embolias pulmonares relativamente graves nos casos de thrombophlebite chronica das pernas. Differentes são as embolias mortaes da febre puerperal. É que ahi estão em jogo thrombos grandes, que podem acarretar a morte immediata no quadro da embolia pulmonar. Podem, porém, soffrer a claudicação subita—facto muito pouco encontrado na litteratura—os doentes portadores de estenose mitral grave sem perturbação do rhythmo. Geralmente são attingidas mocinhas ou mulheres jovens. Nunca encontrei um homem no grande numero destes doentes. A razão desta observação é, para mim, completamente obscura. Aliás, já apresentámos o quadro nosologico da estenose mitral pura, quando della nos occupámos anteriormente, como uma perturbação funccional extraordinariamente grave do coração. Já observei casos nos quaes, em meio de uma saúde aparentemente perfeita, o individuo é subitamente acommettido de cegueira de um olho por embolia da retina; ou de uma hemiplegia com perturbação da palavra, por embolia cerebral; e da mesma forma, mortes subitas por embolia.

A auricula esquerda e o processo inflammatorio da valvula

mitral, dado o character chronico e insidioso do mal, fornecem bastante material para constituição das embolias causadoras dos accidentes descriptos.

A claudicação subita pode, ainda, ser observada em todos os doentes portadores de affecção luetica do coração e, sobretudo, da raiz aortica. Devemos chamar especialmente a attenção para a possibilidade de constatar-se, durante a convalescença, a morte subita de um doente com insufficiencia aortica de fundo luetico, no curso de um tratamento pelo salvarsan, realizado com toda a cautela. Trata-se, nesses casos, de processos anatomo-pathologicos analogos aos observados na esclerose das coronarias, com thrombose e formação de infarctos do myocardio.

A claudicação chronica do coração é, infelizmente, o destino irremediavel de todo o doente que perde, a pouco e pouco, a sua capacidade para o trabalho, em consequencia de uma lesão irreparavel do coração ou dos vasos. Quanto mais sensato fôr o doente, tanto mais supportavel poderá moldar a sua vida. Geralmente, porém, não é possivel deter a claudicação chronica. O medico vê-se, então, collocado diante de um serio dilemma moral. Ou elle pretende prolongar, a todo custo, a vida do cardiaco grave, elevando ao maximo os cuidados e a preservação do doente, ou está disposto a conceder, ao paciente que lhe é confiado, pelo menos uma pequena parcella de alegria e liberdade de viver, caso em que tambem tem que correr o risco do doente morrer alguns meses mais cedo. Naturalmente, isto depende inteiramente das relações do doente para com o medico e do ponto de vista philosophico deste.

Cabe a nós medicos alliviar a dor e o soffrimento do nosso semelhante, gravemente enfermo, tornando-lhe a vida supportavel, dentro dos limites do possivel. O introductor da therapeutica pela estrophantina, *A. Fraenkel*, diz acertadamente que o medico, lan-

çando mão de todos os recursos therapeuticos de que dispõe, está no dever de proporcionar ao doente um fim de vida euthanásico. Com alguma cautela, tal é possível em muitos casos, infelizmente não em todos. Quando, porém, *Fraenkel* tem toda razão, é quando diz que a morte lenta e martyrizante do cardiaco hydropico de longe não seria um acontecimento tão tragico, para o doente como para o ambiente, si o conhecimento das modernas aquisições e experiencias no dominio da therapeutica pela digital se tornasse aos medicos mais familiar do que acontece até agora.

Eu mesmo já pude observar, repetidas vezes, que cardiacos extraordinariamente graves, cuja morte as pessoas proximas ha muito esperavam, eram colhidos subitamente por uma syncope cardiaca mortal, no curso de um tratamento chronico e intermitente com estrophantina ou digital, em meio de uma relativa euphoria, sem dyspnéa estafante e sem hydropisia.

Na claudicação chronica do cardiaco, cabe ao medico a difficil e importante tarefa de evitar, tão cedo quanto possível, os factores que mais facilmente o podem prejudicar, bem como afastal-o, de qualquer maneira, de sua actividade profissional, desde que esta não se coadune com a indispensavel mudança do modo de viver, consequente á affecção cardiaca. Com effeito, a claudicação chronica do cardiaco, quando elle ainda se encontra em actividade profissional, prejudica muitas vezes consideravelmente a gestão dos negocios e o trabalho normal da empresa. O medico pode evitar todas essas desgraças, alliviando, em tempo opportuno, o doente do trabalho e das responsabilidades que elle não pode mais supportar.

Um ponto deve merecer especial attenção do medico, como conselheiro do cardiaco chronico, pelo alcance que tem, muitas vezes, tanto para o doente, como para a sua familia. Não raro acontece que um doente portador de grave hypertensão e myocardite

arteriosclerotica apresenta, simultaneamente e sem que as pessoas proximas o percebam, alterações arterioscleroticas do encephalo, causadoras de hemorragias punctiformes e de pequenos focos de amollecimento cerebral. Muitos donos de fabricas, directores de companhias, negociantes ou pessoas que occupam cargos de responsabilidade, soffrem «pequenos ataques de apoplexia», no dizer das pessoas que os assistem. Ás vezes, varias pequenas «apoplexias» seguidas. Geralmente não se trata, ahi, de grandes apoplexias seguidas de hemorragias, isto é, de verdadeiras hemorragias cerebraes, mas sim de processos de encephalomalacia, hemorragias punctiformes ou pequenos focos de amollecimento. Não é preciso que se manifestem phenomenos de paralysisia das extremidades. Os doentes soffrem, porém, modificações profundas do character e da personalidade. Tornam-se irritaveis, muitas vezes colericos e, principalmente, o que mais interessa para nosso estudo, perdem em gráo elevado a capacidade de decisão e da memoria. Cabendo-lhes, porém, a ultima responsabilidade nos negocios da empreza, frequentemente são levados a decisões que podem provocar, futuramente, impugnações ou processos judiciaes e, muitas vezes, verdadeiras catastrophes para a empreza. O medico observa, nessas circumstancias, que um doente assim modificado, impede ou põe em perigo o desenvolvimento regular dos negocios da empreza.

Não se deve, tambem, esquecer que o doente com affecção cardiaca de fundo luetico pode ser acommettido simultaneamente de uma tabes ou de uma paralysisia geral progressiva, eventualidades que não são raras.

Este capitulo offerece-nos a oportunidade de avaliar a diversidade dos acontecimentos, conforme sejam vividos pelo cirurgião ou pelo internista, nos dois ramos principaes da medicina: a cirurgia, de um lado, e a medicina interna, de outro. De modo inteiramente

differente do cirurgião, o clinico tem uma responsabilidade ininterrupta na resolução de innumerous pequenos problemas relativos ao seu doente. O destino quasi nunca lhe permite uma acção tão decisivamente salvadora, como ao cirurgião. Isso faz com que todo medico de certa idade, cujo sector de actividade foi a medicina interna, seja, muito mais que o cirurgião, o guia e conselheiro dos seus clientes.

Mas, isto determina tambem que a attitude philosophica do internista em face da vida e dos seus doentes tenha que se tornar um recurso indispensavel de sua acção therapeutica, recurso de que o cirurgião muitas vezes pode prescindir.

Sem assumir uma attitude philosophica deante da vida e da morte, não é possivel ao medico cuidar do cardiaco.

O cardiaco e a sua therapeutica

A therapeutica do cardiaco divide-se em um tratamento medicamentoso e uma serie de medidas e prescripções therapeuticas, que o medico não pode dispensar no tratamento do doente.

Na therapeutica medicamentosa devemos conhecer o resultado das pesquisas da pharmacologia experimental. Embora não se possa deduzir de antemão, *exclusivamente* dos resultados das investigações pharmacologicas, o effeito de um medicamento, não podemos deixar de reconhecer que a pharmacologia nesses ultimos 30 annos forneceu bases mais solidas para nossos conhecimentos e conducta therapeutica.

Da mesma forma que não basta a sciencia theorica para um medico pratico, tambem não ha medico que confie *exclusivamente na sua experiencia*, sem conhecer os fundamentos theoricos da therapeutica.

Os conhecimentos theoricos adquiridos na universidade constituem a base indispensavel, sobre a qual o medico construirá, na vida, o edificio da sua actividade pratica.

Não bastam a intuição e a experiencia por si sós. Tambem não bastam os conhecimentos theoricos, apenas. Só uma boa formação theorica ao lado de experiencia sempre crescente, desenvolve no medico a sua arte particular. O mesmo podemos dizer da industria chimico-pharmaceutica, que deve o seu renome mundial ao facto de se ter desenvolvido, nos ultimos decennios, tendo por alicerce a pharmacologia experimental.

Tambem os pesquisadores, que exercem a sua actividade na industria pharmaceutica, necessitam, além dos conhecimentos theoreticos da pharmacologia experimental, de uma pratica sempre maior, e de intuição para chegarem a uma adequada composição dos seus preparados.

Medicamentos constituídos dessa maneira—cito, por exemplo, o *Cardiazol*—gozam hoje de fama universal e constituem uma arma therapeutica classica e imprescindível para o medico.

O numero de medicamentos dessa natureza, que nós, medicos de todas as partes do mundo, devemos sómente ao trabalho da industria chimico-pharmaceutica, é hoje tão grande, que o medico pode ter sempre á mão para numerosas doenças, preparados de alto e sempre igual valor, nas regiões das neves perpetuas, nos tropicos, na matta virgem e no deserto, no seu ambiente habitual e nas viagens maritimas.

Antes de entrar, em linhas geraes, na caracterização da therapeutica medicamentosa do cardiaco, devemos expor claramente *uma* idéa, que, valiosa para qualquer acção therapeutica, encerra um valor todo especial na therapeutica do cardiaco.

O medico recémformado tem a tendencia para experimentar muitos preparados e preferir sempre o mais novo. Por essa razão, deixa de adquirir uma experiencia de que não pode prescindir, sobretudo quanto ao cardiaco. Com o tempo, fica assim prejudicada a segurança de sua conducta therapeutica.

É indifferente que seja esse ou aquelle o preparado de digital que o medico emprega. O que importa é que o medico adquira, sommando a experiencia de cada observação, uma segurança cada vez maior num certo modo de administração da digital.

Os medicos formados nesses ultimos tempos muitas vezes mal sabem receitar ou julgar, com segurança, a applicação da digital,

corrente até o principio deste seculo, sob a forma de infuso ou pó de folhas de digital. Para estes medicos, é axiomática a prescripção de preparados digitalicos, sempre de igual valor, fornecidos pela industria pharmaceutica, e destinados á administração por via oral, endovenosa ou rectal.

Ainda hoje vive uma geração de medicos mais idosos, que prefere o infuso ou o pó de folhas de digital, formas usuaves no fim do seculo passado, aos preparados de fabricação industrial.

O medico que tiver acompanhado a evolução da investigação e da litteratura medica dos ultimos quarenta annos,—todos os resultados desses estudos podem ser encontrados nos compendios—decidir-se-á, sempre, por deducção dos seus estudos scientificos, a escolher, para a sua therapeutica, um preparado digitalico padronizado cuja composição lhe seja bem conhecida e cuja efficacia seja sempre igual.

Elle abandonará os velhos processos da therapeutica pela digital, por isso que o novo methodo lhe garante melhores e mais seguros resultados, além de um manejo mais simples. *Sómente ponderações desta natureza devem decidir o medico a abandonar uma therapeutica até agora empregada, para enveredar por um caminho novo; não a sua impaciencia e incerteza.*

O medico deve, pois, ser conservador (no sentido mais louvavel da palavra) no que respeita á sua conducta therapeutica e á escolha dos seus preparados.

Deve saber por que ora prescreve um preparado de glycosides totaes, p. ex. o *Digipuratum* em comprimidos, gottas ou suppositorios, ora resolve administrar, durante algum tempo, esse preparado do qual conhece perfeitamente a intensidade de acção, por via endovenosa.

Noutros casos, porém, deve saber que talvez seja particular-

mente util o emprego do componente gitalina, característico do *Verodigeno*. É verdade que nesse caso deverá renunciar á faculdade de applicação endovenosa. De qualquer maneira, não mais prescreverá uma tintura de digital ou de estrophanto, na supposição de poder realizar, com esses meios, uma therapeutica digitalica exacta.

Com effeito, o medico sabe que a tintura de estrophanto e a estrophantina são completamente differentes, considerado o gráo de acção de cada uma. Não pretendemos discutir si nos casos benignos as soluções fracas de qualquer forma de digital ou de estrophanto podem remover uma debilidade myocardica incipiente. Mas uma prescrição dessa ordem não pode ser considerada como uma therapeutica digitalica moderna e scientificamente comprovada.

Seja qual fôr o preparado padronizado de digital de que o medico lance mão na therapeutica do cardiaco, é menos importante do que saber que o preparado escolhido é bom e que nelle se deve persistir.

Na minha pratica de 20 annos, não encontrei razão para experimentar, um por um, o sem numero de preparados digitalicos lançados no mercado, porquanto, á vista dos meus conhecimentos scientificos, nenhum apresentava novidade fundamental. No meu tirocinio therapeutico, sempre que desejava empregar a *glycoside total*, recorria, com toda confiança, ao *Digipuratum Knoll*. Além disso, pela experimentação clinica de muitos annos e por estudos electrocardiographicos proprios, constatei a situação varia occupada pelo *Verodigeno* (gitalina).

Sabemos que o *extracto a frio* de folhas de digital se destaca em primeiro lugar pelo *componente gitalina*, ao contrario do tratamento, a quente, da droga.

Os demais esforços da industria pharmaceutica eram quasi sempre dirigidos no sentido de obter uma *glycoside total* purificada,

bem tolerada tambem por via oral e titulada em unidades-rã, das folhas da *digitalis purpurea* das florestas allemãs.

Novos são os productos extrahidos da *digitalis lanata*. A esse respeito, os nossos conhecimentos ainda não estão concluidos.

Posição especial e fundamental na therapeutica do cardiaco é occupada pela estrophantina. *Albert Fraenkel* foi quem introduziu e desenvolveu pratica e scientificamente a therapeutica pela estrophantina.

Muitas vezes, no cardiaco descompensado, a *therapeutica endovenosa pela estrophantina é o methodo de eleição*. Mas desde já devemos accentuar que: *a therapeutica endovenosa pela estrophantina e a therapeutica digitalica no cardiaco, não são uma e a mesma coisa*.

A estrophantina é um corpo puro, crystallino, pertencente ás glycosides. Os preparados de digital, por exemplo, *Digipuratum*, são glycosides totaes. É um erro pensar que são synonymas a estrophantina e a digital e empregal-as indistinctamente. Nenhum medico experimentado poderá renunciar, no tratamento do cardiaco, á *therapeutica endovenosa pela estrophantina*. Esta pode, muitas vezes, lograr resultados que não seriam obtidos com nenhuma glycoside total. O manejo da therapeutica endovenosa pela estrophantina requer, independentemente da competencia technica, uma grande experiencia e uma capacidade comprovada de estabelecer indicações.

Nas mãos do inexperiente a therapeutica endovenosa pela estrophantina pode conduzir a erros de dosagem e assim tornar-se perigosa. Nenhuma therapeutica exige tanta capacidade critica do medico como essa de que nos occupamos. Para o medico que aprendeu a raciocinar pharmacologico-experimentalmente, a therapeutica endovenosa pela estrophantina não só é uma medida therapeutica extraordinaria, como tambem um indicador-prognostico para o julgamento da gravidade do cardiaco a tratar.

Nesse ponto concordo com *Albert Fraenkel*: A therapeutica endovenosa pela estrophantina é uma therapeutica cardiaca experimentalmente estudada e comprovada, e resiste á critica scientifica mais severa. *Não é, porém, a therapeutica cardiaca, de um modo geral.*

No Instituto de Pharmacologia da Universidade de Vienna, pude, partindo da experiencia obtida com a therapeutica endovenosa pela estrophantina, demonstrar experimentalmente que são sufficientes doses muito menores de estrophantina, quando a esta se *mistura Cardiazol.*

Ficou evidenciado que a associação estrophantina—Cardiazol determina uma verdadeira potenciação do effeito pharmacologico. Os ligeiros phenomenos secundarios, que podem apparecer na applicação endovenosa da associação Cardiazol—estrophantina, foram descriptos na litteratura respectiva e consistem principalmente em uma tonteira transitoria. Nunca se observaram consequencias nocivas pelo emprego desse preparado, que se prepara em empolas, promptas para o uso, sob o nome de *Estrophantina composta.*

Esses effeitos secundarios, são mesmo insignificantes, segundo a minha experiencia, comparados com o factio de se poder agora, com o Cardiazol-estrophantina, conseguir, por exemplo, com um quarto de milligramma de estrophantina ao qual se associa o Cardiazol, o mesmo effeito therapeutico, que até agora se lograva com meio milligramma de estrophantina pura.

Ademais, a minha experiencia mostra que nem é preciso reunir na mesma empola as duas substancias, mas que se pode applicar a dose, diminuida, de estrophantina pela via habitual, endovenosa, ao mesmo tempo que se administra por via oral ou subcutanea cerca de 1 c.c. de Cardiazol tres vezes por dia. A observação mostrou que a administração simultanea de Cardiazol durante um trata-

mento digitalico torna possivel conseguir o effeito therapeutico com muito menor quantidade de digital.

A pratica diaria ensina que os casos mais leves, ambulatorios, de insuficiencia cardiaca, são removidos *mais rapidamente pelo emprego simultaneo de Cardiazol e Digipuratum*, do que apenas pela administração de 20 gottas, 3 vezes por dia, de *Digipuratum sem Cardiazol*.

A prescripção é feita, por exemplo, dando-se regularmente ao doente uma receita, cujo vehiculo é representado por 10, 20, 30 ou 40 g de tintura de valeriana. Adicionam-se 10 g de *Digipuratum liquido Knoll* e, conforme o caso, 10 ou 20 g de *Cardiazol liquido Knoll*.

Dessa formula, preparada na pharmacia, o doente toma, por exemplo, 3 vezes 30 gottas durante a 1ª semana, 3 vezes 20 gottas durante a 2ª semana, 3 vezes 10 gottas durante a 3ª semana, 2 vezes 10 gottas durante 1 mez e o restante em 2 vezes 5 gottas.

Não só o remedio dura bastante tempo, como ainda o doente experimenta um tratamento digitalico *tão* bem tolerado pelo seu myocardio, que algum effeito cummulativo que se manifestasse só poderia ser desejado. Os leves incommodos da insuficiencia são sempre removidos praticamente, por esse unico tratamento digitalico.

O effeito do Cardiazol, de augmentar a acção da digital, evidenciase, então, pela sua efficacia. Aconselhando a um desses cardiacos leves, a suppressão dos maleficios reconheciveis durante o tratamento digitalico,—gymnastica desnecessaria, esportes superfluos além do trabalho profissional, alimentação inadequada—consegue-se muitas vezes livrar, brincando, um cardiaco leve do destino de um cardiaco em estado grave. A receita mixta, ha pouco indicada, não é fructo de qualquer imaginação, mas, ao contrario, o resultado final de conhecimentos profundos da pharmacologia experimental referente aos problemas que estudamos.

Tão simples pode ser a therapeutica do cardiaco.

De accordo com a minha experiencia, talvez seja, em doses ainda menores, uma therapeutica intermittente chronica de todos os cardiacos seriamente atacados de hypertensão. Com effeito, com o correr dos annos, desenvolve-se em todos os casos de hypertonia, um enfraquecimento lento e gradual do myocardio em via de hypertrophia. Nunca será cedo demais para remover essa debilidade myocardica latente.

Por motivo de simplicidade da exposição, demorar-nos-emos mais um momento na therapeutica do cardiaco com differentes grãos de hypertensão sanguinea. Conheço, ha annos, doentes com pressão systolica que attinge até 300 mm Hg no *Riva-Rocci-de Recklinghausen*—medida com a braçadeira larga, e depois controlada pelo processo de *Korotkow*. Mesmo esses doentes não têm necessidade de pensar, a toda hora, num *ictus* cerebral. Todavia necessitam sempre, para passar relativamente bem, de pequenissimas doses de digital—Cardiazol. Segundo a minha experiencia, que no momento não posso fundamentar em dados scientificos, cabe tambem uma grande importancia ao principio activo da tintura de valeriana. Realmente, a tintura de valeriana não é, como imaginam muitos medicos, um meio para sahir de situações embaraçosas, diante de manifestações morbidas apenas «nervosas» ou «hystericas».

Na therapeutica do cardiaco, a escolha dos medicamentos que deverão abaixar a pressão sanguinea, isto é, destinados a combater a «doença da pressão sanguinea» («Blutdruckkrankheit»), desempenha um papel dominante. Já em 1925, relatei a minha experiencia sobre as variações diarias da pressão sanguinea, tratando especialmente deste symptoma. Não creio que seja uma conducta medica acertada, abaixar artificialmente a pressão sanguinea elevada. E não creio, porque nunca o consegui. Sem falar no facto de a «doença da

pressão sanguínea» ter-se transformado, para medicos e doentes, em uma psychose de angustia, só seria logico si fosse continuada com persistencia, durante muitos annos, essa tentativa de abaixar a pressão sanguínea dos doentes. Nem o estomago, nem a carteira dos doentes resistem a essa experiencia. Conheço doentes que já enguliram centenas de tubos de comprimidos, nos quaes, apesar de tudo, a pressão sanguínea, por occasião de certas excitações psychicas, se mostrava elevada. Relativamente á pressão sanguínea, só reconheço, no que se refere á acção therapeutica, aquellas crises que *Pal*, de Vienna, descreveu com o nome de «elevações extraordinarias». Essas «elevações extraordinarias» podem tornar-se muito ameacadoras para o doente, exigindo uma providencia immediata. O medico familiarizado com o seu doente, reconhece essas «elevações extraordinarias» não só no tensiometro, mas tambem pelas queixas do paciente: Pressão na cabeça, phenomenos oculares, tonteiras e o grande numero de queixas começadas por «Como si . . .»: Como si o quarto estivesse rodando, como si os trilhos da linha ferrea estivessem se curvando, como si a escada que elle sobe viesse ao seu encontro, como si fosse perder os sentidos, como si . . .

No combate a esses estados, sempre evitei medicamentos de acção energica, como o luminal e substancias analogas. Os medicamentos de escolha são os preparados de theobromina (vide: *Meyer-Gottlieb*, «*Experimentelle Pharmakologie*», 8^a ed.), e, neste sentido, ha 20 annos venho empregando sempre, entre os preparados de theobromina, a Diuretina Knoll, a Iodo-Calcio-Diuretina ou a Rodan-Calcio-Diuretina Knoll. Falta-me a experiencia com outros preparados de theobromina, excepto a Euphyllina.

Quando me vejo em face de uma «elevação extraordinaria», que cumpre ser combatida, recorro, tambem aqui, a uma receita commum e regular, prescrevendo altas doses de Diuretina durante

8 a 15 dias e suspendendo em seguida a medicação. A Iodo-Calcio-Diuretina ou a Diuretina em pó, 1 g, misturada com 0,60 g de *Bromural Knoll* em pó, mostrou excellente efficacia. Sendo mais séria a perturbação do somno, ainda se pode juntar 0,25 a 0,50 de *Evipan Bayer*. A toxidez desse pó, que aliás forma um volume consideravel, é minima; o effeito é surprehendente. Nas «elevações extraordinarias» graves, o doente deve, em qualquer circumstancia, guardar o leito. Sendo necessario, *administra-se-lhe o pó receitado 3 vezes nos 3 primeiros dias*. Pode-se, então, diminuir a dose, deixando sem receio o medicamento em poder do doente, para algum mal-estar futuro. Além da eventualidade referida, nunca tratei a pressão arterial, como symptoma unico, e julgo não ter commettido para com os meus doentes nenhum peccado por omissão.

Segundo a phrase de um sabio francez, os preparados de theobromina são para a aorta e os vasos, o que a digital é para o coração.

Proseguindo, passo a referir resumidamente algumas idéas fundamentaes sobre o emprego de toxicos na therapeutica do cardiaco.

Relatei, em 1930, as minhas experiencias sobre o *Digipuratum*, o *Verodigeno* e a *Estrophantina*, que foram publicadas na «Revista Médica Latino-Americana», anno XVII, Outubro de 1931, sob o titulo «Experiencias Clínicas sobre el tratamiento del cardíaco descompensado». Esse trabalho contem numerosas e grandes tabelas, nas quaes os leitores interessados poderão encontrar sobretudo as variações de uma glycoside da digital para outra.

Tratando do emprego de toxicos na therapeutica do cardiaco, não podemos prescindir das glycosides da digital e de outros corpos semelhantes. Muitos doentes assustam-se por ter que tomar, durante longo tempo, medicamentos tidos por toxicos ou venenosos e que realmente o são.

Não ha, todavia, tratamento do doente portador de affecção verdadeiramente organica do coração, no qual se possa, por principio, renunciar á digital sob qualquer forma. Numerosos medicos e doentes, adeptos da *homeopathia*, recusam o tratamento pela digital ou a empregam, de accordo com o seu methodo, em diluições taes, que uma grave insufficiencia cardiaca tende a se aggravar ainda mais, de dia para dia. Aliás, tambem o medico allopatha tem que trabalhar, ás vezes, com doses homeopathicas, o que, como se comprehende, é o modo mais simples de receitar para o doente portador de disturbio cardiaco leve.

Julgo importante obter, por principio, o melhor resultado com a menor quantidade.

A arte de realizar uma boa therapeutica digitalica, tem um principio fundamental: Muito pouco de nada vale; demais faz mal— e tambem não adianta.

Transportada para uma formula eschematica, a arte do tratamento pela digital consiste em remover *completamente*—desde que de qualquer maneira ainda seja possivel—uma descompensação submettida a tratamento, e depois, conservar e manter a sufficiencia uma vez alcançada, por meio de um tratamento digitalico chronico e intermittente, ás vezes prolongado durante annos seguidos. Tal se consegue, ás vezes, com doses homeopathicas, por exemplo, com 2 a 3 gottas diarias de Digipuratum, após as refeições, em quantidade de agua sufficiente, que o doente pode ingerir sem qualquer incommodo subjectivo. Para o doente será desastroso, si, por sua propria culpa ou pela do medico, tomar mais digital do que necessita e porventura ainda se tornar novamente insufficiente em estado de «hyperdigitalização».

Podemos dizer com segurança que a administração da digital em moldes puramente homeopathicos é insufficiente.

O dogmatismo constitue um perigo para o doente. A unica vantagem que a homeopathia tem sobre a allopathia é que ao menos o doente não será «hyperdigitalizado» por pessoa inexperiente. Tive occasião de observar doentes que, por causa de uma insuficiencia cardiaca grave, trocavam o medico homeopatha pelo allopatha e que, então, um tratamento digitalico adequado dava um resultado brilhante. É que o coração do doente ainda possuia uma perfeita capacidade de reacção á digital.

Na verdade, segundo o ponto de vista pharmacologico, *a digital não cria habito, como acontece com a morphina.*

Ao passo que, na morphina, são necessarias doses cada vez maiores para obter o mesmo effeito, porque o organismo adquire, pelo habito, a capacidade de destruir quantidades cada vez maiores do toxico e se torna cada vez mais resistente a elle, *não conhecemos processo identico na digital.* Sabemos, porém, que a musculatura cardiaca, como unica no organismo, armazena particularmente as substancias digitalicas, e as aproveita, como de um reservatorio, para as differentes acções therapeuticas.

A pharmacologia divide essas acções em: acção inotropa, chronotropa, bathmotropa e dromotropa.

A pharmacologia nos ensinou sobretudo a comprehender o conceito da accumulção, tornando-nos possivel não só observar particularmente, pelo seu effeito therapeutico, a acção dessas pequenissimas doses de digital sob forma de gottas, durante meses, como tambem comprehendel-a theoreticamente. Ahi está o ponto de contacto com a homeopathia, quando esta emprega as tinturas primitivas ou, porventura, diluições á 1^a potencia decimal.

É, pois, necessario explicar ao doente que não pode ser curado ou melhorado sem essas substancias toxicas. Si elle não nos comprehender, paciencia . . . A resistencia dos doentes, de alguns medicos e do

ambiente, contra o methodo curativo allopathico não deixa de ter as suas razões. O medico allopatha muitas vezes emprega medicamentos de acção energica e até toxica, em casos nos quaes substancias não toxicas produziriam o mesmo resultado. O peor, ainda, é o emprego de medicamentos de acção energica sem que se tenham estabelecido indicações exactas.

As associações de idéas: dor—e morphina, Dilaudid ou Pantopon; dispnéa, tosse—e codeina ou Dicodid; insomniã—e Veronal; e muitos outros exemplos trahem um raciocinio superficial do medico, muitas vezes perigoso para o doente.

Após um tirocinio clinico de vinte annos, continúo no meu ponto de vista basico, de que a administração de medicamentos venenosos requer o maximo sentimento de responsabilidade por parte do medico. Não ha duvida que enfraquecemos as forças defensivas hygidas do doente, com substancias entorpecentes e toxicas. As forças naturaes de defesa residem, no homem, igualmente na substancia corporal e na constituição indefinivel da psyche. Ambas devem ser fortalecidas, não enfraquecidas.

É evidente que *não* é possivel o tratamento de um cardiaco, sem empregar, transitoriamente, a morphina ou algum dos seus derivados. Tambem será preciso recorrer, uma vez ou outra, a hypnoticos de efficacia segura. Porém, desde que o medico emprega um desses medicamentos toxicos e de acção energica, deve diariamente dar-se conta da necessidade de passar, tão cedo quanto possivel, para uma therapeutica menos perigosa. Quantas vezes acontece que o medico cede aos desejos, humanamente comprehensiveis e justificados, de um doente grave, e em consequencia tem que tratar, além do cardiaco, um morphinomano.

Nada mais perigoso do que o doente declarar ao medico que não pode mais «passar» sem este ou aquelle medicamento.

Entre os medicamentos dos quaes o cardiaco necessita, em primeiro logar, em determinados estados do seu mal, está a camphora. Muitas vezes o oleo camphorado forte é imprescindivel no tratamento do cardiaco. Desde, porém, que temos no *Cardiazol* Knoll um analeptico perfeitamente hydrosolovel e de acção surprehendentemente rapida, podemos evitar, na maior parte das vezes, as propriedades, desagradaveis para o doente, da injeccão de oleo camphorado. Hoje não se pode mais renunciar, no tratamento do cardiaco, ao *Cardiazol* (pentamethylentetrazol). Dado que o *Cardiazol* sempre mostrou qualidade inalteravel, independente de influencias climaticas, quer no mais rigoroso frio de inverno, quer no calor dos tropicos, e efficacia sempre igual, empregado em gottas, comprimidos, injeccões subcutaneas, intramusculares ou endovenosas ou, ainda, por via rectal, como analeptico e tonico da circulação, constitue um elemento indispensavel do arsenal therapeutico de todo medico que o tiver conhecido.

Nos casos, nos quaes o medico necessita, além da acção estimulante da camphora, de um effeito sedativo sobre o centro respiratorio ou a *cortex* cerebral, mas deseja evitar os effeitos secundarios da morphina, encontrará auxilio valioso no *Cardiazol-Dicodid* e no *Dilaudid*.

Um clinico illustre disse-me, ha annos, que elle avaliava a qualidade de um medico pelo numero de receitas de morphina. Um medico que logo de sahida prescreve morphina, nunca será bom medico. Guardei, para orientar minha conducta clinica, esse sabio conselho, de forma que hoje, a receita de morphina ou de medicamentos analogos, bem como a prescripcão de hypnoticos energicos ou ainda de purgativos numerosos, aparentemente tão innocuos, passaram a constituir raridades da minha therapeutica.

Sem renunciar á vaidade de obter bons resultados nos meus cardiacos, muitas vezes logro chegar, com surpresa propria, ao fim

almejado com os denominados medicamentos innocuos. Quanto a mim, emprego, ha muitos annos, como sedativo, os comprimidos de *Paracodina* Knoll e o *Bromural* Knoll. Frequentemente tambem reuno os dois medicamentos numa formula mixta, em pó, nas devidas proporções, que o pharmaceutico prepara e entrega ao doente.

Considero como uma arte especial e importante, a technica do medico moderno, de combinar, sob a forma de uma verdadeira receita, os preparados que lhe são fornecidos pela industria pharmaceutica.

Ha uma grande differença entre receitar-se ao doente 4 tubos de differentes comprimidos ou um pó mixto contendo os 4 preparados. O factor psychico desempenha um papel importante, além da conhecida potenciação do effeito obtida pela associação de medicamentos.

Finalmente, não podemos deixar de lado os preparados de theobromina nas affecções cardiacas e vasculares, assim como a trinitrina na crise de angina de peito. Devo, a este respeito, tirar do meu cabedal de experiencia pratica alguns conhecimentos sobre a *Euphyllina* e a *Diuretina*. Esta ultima, ainda é apresentada com a sua acção altamente augmentada pela associação de componentes iodeto de potassio e calcio, na *Iodo-Calcio-Diuretina*.

Já alludí, porém, que os medicamentos diureticos dessa natureza, do grupo da theobromina, não são dados a esmo durante varios meses, «porque um cardiaco apresenta uma hypertensão sanguinea». Já nos occupámos deste assumpto, bem como fizemos referencias ás combinações mixtas, em pó, de alto valor therapeutico que eu ás vezes ainda amplio. Associo, por exemplo, 1 g de Iodo-Calcio-Diuretina com 1 ou 2 comprimidos de Paracodina ou de Bromural, sob a forma de pó. O doente recebe instrucções de tomar, segundo o seu estado, metade ou todo o conteudo de um desses papeis.

O café, muitas vezes não deve ser desaconselhado no cardiaco pelo seu conteudo em *cafeina*. Antes, porém, de tratar desse medicamento, que aliás já é um alimento de poupança, de consumo generalizado, devemos destacar para o primeiro plano o *Salyrgan*, sem cuja administração, combinada á therapeutica digitalica, muitas vezes não é possível obter uma deshydratação do organismo e, por conseguinte, estabelecer a sua compensação circulatoria.

Nas minhas considerações anteriores, apenas pude tocar de leve, allusivamente, na therapeutica medicamentosa do cardiaco. Não citei muitas possibilidades, esqueci muitos pontos e de outros não tratei, por ignoral-os, ou antes, por faltar-me a experiencia sobre os mesmos.

«Todos os caminhos levam a Roma» diz o dictado. Elle serve especialmente para a therapeutica do cardiaco. É preciso que se alcance Roma, isto é, que se obtenha o resultado visado. E o caminho que eu indiquei leva ao alvo. Talvez seja unilateral. Certamente outros collegas tenham experiencia vária, com medicamentos diferentes dos citados por mim, mas eu não podia deixar de nomeal-os, porquanto sobre elles se baseia a minha experiencia clinica.

A therapeutica não medicamentosa do cardiaco, o leitor a encontra dispersa em todos os capitulos deste livro.

Antes, porém, de finalizar o capitulo da therapeutica medicamentosa, quero alludir á *therapeutica digitalica por via rectal*.

A administração da digital por via rectal foi introduzida fundamentalmente na therapeutica, por *Eichhorst*, de *Zuerich*, por volta do principio deste seculo. *Erich Meyer*, de *Goettingen*, ampliou muito os estudos sobre essa modalidade de applicação da digital, e diffundiou os seus conhecimentos, que se generalizam, assim, a toda classe medica. Simultaneamente com este autor, colleccionei, desde 1920, as minhas observações, sobre a therapeutica rectal.

Pelos phenomenos de estase, apresentados pelo cardiaco chronico, as condições de absorpção do estomago são más. Accresce, ainda, que todas as glycosides da digital irritam a mucosa gastrica quando administradas, durante tempo mais prolongado, por via oral, perdendo o doente o appetite.

Para poupar o estomago e melhorar as condições de absorpção do medicamento, dedicou-se attenção especial ao estudo da applicação rectal da digital. Evitando a passagem atravez do figado, as substancias activas dos medicamentos administrados por via rectal vão directamente ao coração. O mais importante é que se evitam os desagradaveis phenomenos gastricos, que, em certas circumstancias, podem tornar illusoria toda administração medicamentosa por via oral. A industria pharmaceutica cedo reconheceu a grande vantagem da therapeutica digitalica por via rectal e, assim, tambem a firma Knoll lançou o seu *Digipuratum* em suppositorios promptos para o uso. Nos paizes, como o Brasil e Portugal, nos quaes a forma de suppositorios não se encontra á venda, a therapeutica rectal da digital pode ser realizada, empregando as gottas de *Digipuratum* como microclysma ou pequeno clister. Tambem *Eichhorst* assim procedeu no inicio.

O medico fica, assim, apto a empregar o *Digipuratum* Knoll, preparado de digital padronizado e de acção sempre igual, tanto em comprimidos, como em gottas, como ainda por via rectal. Emfim, é lhe ainda possivel empregar o mesmo *Digipuratum* por via endovenosa, pela apresentação em empolas.

No tratamento do cardiaco chronico, é da maxima importancia para o medico, poder variar, segundo os casos morbidos que se lhe apresentam, com o mesmo preparado de digital. Num caso ameaçador, por exemplo, pode o medico applicar, sem risco, 3 vezes por dia 0,10 g de substancia digitalica activa, por via endovenosa.

Quando se manifestarem os primeiros almejados effeitos beneficos sobre a circulação, poderá elle, em vez da applicação endovenosa, sempre mais trabalhosa, sobretudo por exigir a sua presença pessoal, prescrever ao doente a dose equivalente de *Digipuratum*, em 1 suppositorio 3 vezes por dia.

Tendo conseguido o effeito visado, por exemplo pela administração de 1,50 a 2 g de substancia activa de digital, pode o medico começar a aconselhar 3 vezes 20, ou 3 vezes 10 gottas de *Digipuratum*, tomadas em quantidade abundante de agua, após as refeições.

Removida, por principio, a insufficiencia cardiaca, pode-se então conservar a sufficiencia conseguida por meio duma pequenissima dose de *Digipuratum* por via oral. Nesse caso, é possivel diminuir cada vez mais a dose administrada por essa via. Mas tambem se pode escolher, por principio, a via rectal, para poupar tanto quanto possivel o estomago e, tambem neste processo, ir abaixando lentamente a dose total. Nunca, porém, se renuncia á digital, por principio.

O doente recebe, por exemplo, depois de removida a descompensação, 1 suppositorio cada 2° ou 3° dia. Conheço doentes que se conservaram em boas condições durante meses e annos, usando, porém, regularmente 2 suppositorios por semana. Trata-se de uma dose minima de *Digipuratum*, que no emtanto, desenvolve todo o seu effeito efficaz. Esta dose mantem realmente a sufficiencia uma vez alcançada. Pode-se, ainda, diminuir por vezes essa dose, dando apenas 1 suppositorio semanal, durante varias semanas. Si as condições do doente soffrerem alteração, torna-se a augmentar a dose.

A administração medicamentosa seria, eventualmente, suspensa por completo durante 1 ou 2 meses, o que permittirá julgar si o doente tem necessidade de digital ou não e, em caso affirmativo, em que gráo.

Albert Fraenkel nas suas pesquisas clinicas sobre a estrophan-tina salientou, com toda razão, que a quantidade necessaria de digital—ou de estrophantina—é um bom ponto de reparo para o prognostico. Quanto maior a «necessidade de digital» («Digitalis-beduerftigkeit») no sentido de *Fraenkel*—tanto peor o prognostico e tanto maior a lesão do myocardio.

No caso de se querer interromper a therapeutica rectal, pode-se, durante alguns meses, passar com poucas gottas de Digipuratum, como dissemos anteriormente.

O eschema ha pouco delineado, encerra uma verdade scientifica e muito importante para a therapeutica pela digital. Seria errado interromper durante um prazo exaggerado a administração da digital, no caso de ser constatada a necessidade do cardiaco por esse medicamento, apenas pelo receio do uso prolongado de um «veneno», pois, por principio, o cardiaco chronico durante toda a vida necessitará a digital.

Eichhorst, *Kussmaul*, o grande clinico do fim do seculo XIX, e *J. Groedel*, de Bad Nauheim, descobriram e realizaram a therapeutica intermittente do cardiaco pela digital. Sabemos hoje que é muito mais importante conservar, tanto quanto possivel, durante toda a vida, a compensação, uma vez obtida, de um cardiaco, do que ter que intervir repetidas vezes, sempre que uma nova e grave descompensação requer o nosso socorro.

A arte mais difficil da therapeutica digitalica consiste em evitar o apparecimento da nova descompensação nos doentes cardiacos. Tal, porém, só é possivel quando se está familiarizado com a therapeutica chronico-intermittente pela digital.

A arte do médico consiste neste caso em obter os melhores resultados com a menor dose de digital.

A administração rectal da digital simplificou extraordinaria-

mente este methodo therapeutico tão importante para o cardiaco, pois não se pode tratar esse doente durante annos pela utilização da via endovenosa nem se pode impôr durante annos a glycoside ao seu estomago. A applicação da digital pela via rectal quasi nunca é seguida de phenomenos de irritação da mucosa intestinal, podendo, portanto, ser utilizada sempre.

Importante é que no tratamento prolongado e intermittente pela digital se podem ordenar intervallos, durante os quaes, todavia, tambem é necessario exercer vigilancia. Elles não devem ser maiores do que permittem as condições do cardiaco.

Transcrevi todos esses conhecimentos, com graphicos e curvas, na publicação espanhola acima citada. O artigo é a reproducção de uma conferencia que tive a honra de realizar no grande Congresso de Medicina Interna, em Buenos Aires, no anno de 1931.

Devemos accentuar expressamente que a arte do medico nessa therapeutica consiste em alternar, de accordo com as condições do cardiaco, as vias endovenosa, oral e rectal.

As minhas observações pessoaes foram colhidas com o Digi-puratum Knoll, que serve para todas as vias de administração acima citadas. Além disso, adquiri uma experiencia particular com o Verodigeno Boehringer.

O que digo com relação ao Digi-puratum Knoll, vale igualmente para todos os preparados de digital da industria pharmaceutica, padronizados e merecedores de confiança. O que importa, é que o medico adquira experiencia segura *com um* preparado, e não queira experimentar hoje um e amanhã outro, apenas pelo motivo da novidade.

Ha mais ou menos 10 annos a therapeutica prolongada e intermittente pela digital experimentou um progresso notavel pelo apparecimento do Cardiazol Knoll.

Tive oportunidade de constatar, em concordancia com outros pesquisadores, a acção synergica do Cardiazol, pela qual era reforçada a acção das pequenas doses de Digipuratum. Em outras palavras, obtem-se resultados identicos com doses menores de Digipuratum, desde que se empregue simultaneamente certa dose de Cardiazol.

Aliás, este foi tambem o ponto de partida para o methodo de administração, já referido atrás, da Estrophantina-composta Boehring. Por esse methodo, pôde-se abaixar de 1/2 mg para 1/4 mg a dose de estrophantina, pela addição de 1 c.c. de Cardiazol, e conseguir o mesmo resultado.

Adquirindo-se o habito de utilizar, por principio, o Cardiazol junto com o Digipuratum, obtem-se o effeito desejado com doses totaes bem reduzidas desse ultimo medicamento.

Quando a industria pharmaceutica ainda não nos tinha posto á disposição os preparados regularmente padronizados de digital, uma geração de medicos mais idosos estava na contingencia de empregar a digital sob forma de infuso de folhas de digital, uma especie, portanto, de «chá de digital», ou de pó de folhas de digital. O gráo de acção dessas formas officinaes estava sujeito a variações notaveis. A droga empregada apresentava grãos de acção inteiramente differentes, de accordo com a estação do anno em que se fez a colheita e do logar do seu crescimento.

Para os medicos antigos, 3 g de pó de folhas de digital para um cardiaco grave era uma dose usual, sendo administrada, em media, durante 4 a 8 dias ao cardiaco gravemente descompensado.

Hoje, com os preparados bem titulados de digital, bastam-nos doses totaes muito menores. Não devemos esquecer que a collaboração da pharmacologia experimental e da industria pharmaceutica facilitou extraordinariamente e assegurou o exito da acção do medico em face do cardiaco.

Este é o grande merito da industria pharmaceutica do nosso seculo.

Tratando da therapeutica medicamentosa do cardiaco, desejo, finalmente, dar ao medico mais um conselho:

Não é de bom aviso prescrever muitos remedios, simultanea e desordenadamente, ao cardiaco,—ante tudo no inicio do tratamento—pelo receio de que lhe aconteça qualquer coisa. Por fim, o medico não saberá a qual das substancias empregadas attribuir o effeito therapeutico.

A therapeutica deve ser clara e univoca. Para o cardiaco, pode-se dizer, de um modo geral: tratamento immediato do coração pela digital e, mediato, pela vigilancia cuidadosa da circulação peripherica.

É que o cardiaco gravemente descompensado não necessita apenas cardiotonicos no sentido restricto da palavra, por exemplo, *Digipuratum* ou *Estrophantina*, mas sim um «tratamento circulatorio» no sentido mais lato.

Para esse fim temos recurso a todos os medicamentos conhecidos por «analepticos», camphora, *Cardiazol*, cafeina. Para o mesmo fim, damos, ainda, muitas vezes o «champagne».

Na escolha dos medicamentos de acção analeptica, podemos obter um augmento da acção, semelhante á da camphora, do *Cardiazol*, pelo emprego do *Cardiazol-Ephedrina*. Conhecemos a influencia importante da adrenalina sobre o estado dos vasos sanguineos. Emprego, com grande vantagem, sem apagar a linha therapeutica, *Digipuratum* e *Cardiazol* ou *Cardiazol-Ephedrina*, ao lado dos medicamentos ha pouco citados, dos quaes dispomos em bom numero, para melhorar as condições da circulação geral.

O *Digipuratum* offerece a vantagem de poder ser administrado, sem perigo, no inicio, isto é, no periodo mais grave, da descompensa-

ção, 2 a 3 vezes por dia pela via endovenosa, passando, por ocasião de aparecerem as primeiras melhoras, para a aplicação rectal do mesmo medicamento. O medico pode tambem decidir-se pela Estrophantina. Aliás não faltam possibilidades de vir em socorro do doente tambem com outros preparados valiosos da mesma natureza, dotados de acção semelhante á da digital.

Sempre é conveniente manter nitida a linha therapeutica traçada e não turval-a pelo emprego, logo no inicio do tratamento, de muitos medicamentos simultaneamente.

Assim, não julgo acertado tratar uma bronchite de estase, de alguma gravidade, como si fosse uma pneumonia, com doses elevadas de quinina ou de quinidina. Seria conveniente manter primeiro uma attitude expectante, prestando attenção só á circulação, que, aliás, pela insufficiencia, desencadeou o quadro morbido total.

Muitas vezes *não* podemos prescindir, nos primeiros dias, de preparados de morphina. Tambem com estes devemos ser parcimoniosos, empregando de preferencia os derivados mais fracos, encontrados no commercio, do que recorrer immediatamente á injeção de morphina. Muitos doentes não supportam a morphina, muitos vomitam mesmo depois de tomar Pantopon. No entanto, podemos obter o mesmo effeito therapeutico indispensavel, usando *Cardiazol-Dicodid* ou *Dilaudid*, sem ter que arcar tambem com os phenomenos secundarios, desagradaveis, da morphina. Verificada a melhora, geralmente bastam ao doente, para passar a noite, uma pequena dose de Cardiazol-Dicodid ou 2 a 3 comprimidos de Paracodina.

Do ponto de vista do raciocinio biologico, este conselho, decorrente de muitas observações, visa o seguinte: os medicamentos dotados de acção toxica, mas muitas vezes absolutamente indispensaveis, devem ser usados com a maior parcimonia, e seus effeitos

devem ser abrandados, tão cedo quanto possível, pela diminuição das doses ou mudança do preparado. Com effeito, é da maior importancia para o cardiaco, como para qualquer doente chronico, que não se prejudiquem ou mesmo se destruam as forças curativas da natureza pela acção demasiadamente prolongada de substancias venenosas. No estado mais grave de sua enfermidade, preservamol-as por esses venenos; logo, porém, que as forças curativas naturaes se manifestam por uma melhora das condições do doente, immediatamente devemos abandonar a applicação de narcoticos.

Por fim, devemos ainda dizer algumas palavras sobre um novo preparado de digital, extrahido da *digitalis lanata*, e não da *digitalis purpurea*. Referimo-nos tanto ao *Pandigal* como ao *Digilanid*, o preparado commercial, perfeitamente trabalhado, da firma Sandoz. Os resultados das experiencias, todavia, ainda não estão perfeitamente estabelecidos, e a nossa allusão só é feita porque na imaginação dos medicos jovens facilmente nasce a supposição de que cada novo preparado de digital que apparece no mercado, acarreta uma revolução basica da therapeutica digitalica.

Tal não acontece. Baseado na minha experiencia, accentuo expressamente que existem, ao lado do Digipuratum Knoll em todas as formas de administração, numerosos outros preparados commerciaes, valiosos e efficazes, de glycosides totaes da digital. Nenhum, entretanto, constituiu novidade fundamental nos ultimos 25 annos, a não ser o *Verodigeno*. A Estrophantina é coisa completamente diversa. Nos annos vindouros mostrar-se-á si o Digilanid pode occupar um novo logar entre as substancias digitalicas.

Dispenso-me de tratar de novo e com detalhes do tratamento não medicamentoso do cardiaco. Este deriva basicamente da pratica e experiencia medica e de uma conducta humana, toda especial, do medico em face do doente.

Essa attitude humanitaria em relação ao cardiaco constitue, mesmo, a expressão da disposição philosophica propria do medico que trata o doente.

Aquelle que se aferra ás letras do compendio e raciocina de modo predominantemente theorico, age sem tino.

Quem conhece a vida e os processos psychicos do doente, não se prende a dogmas.

Um medico prohibe ao doente o café, o vinho, a cerveja e o fumo e ainda lhe recommenda que não se abaixe, não faça esforço e evite emoções. Outro, sabe que para o doente seria um martyrio, senão impossivel, observar tantas prohições. A arte mais difficil no tratamento do cardiaco consiste em conservar-lhe, com bondade, porém com cautela, não só a sua energia cardiaca, mas tambem a alegria de viver que ainda lhe resta, conduzindo-o, assim, como amigo e conselheiro, até á morte sem soffrimento.

Relativamente ás medidas de natureza não medicamentosa que fazem parte fundamental da therapeutica do cardiaco, o leitor encontrará os factos mais importantes e communs esparsos nos differentes capitulos deste livro.

Encerramos o presente capitulo com um pensamento do celebre clinico allemão do fim do seculo passado, *Kussmaul*, segundo o qual é melhor, mais sabio e mais digno do medico, proporcionar, talvez, ao cardiaco, por uma certa tolerancia no seu tratamento, seis annos (por exemplo) de vida supportavel e terminada por uma morte sem soffrimento, do que tornar, por prohições muito rigorosas, a duração da doença em um martyrio para o doente e o seu ambiente e prolongar talvez assim por alguns meses uma vida já por si martyrizante.

O cardiaco: radiographia e electrocardiogramma

O medico que quizer formar um juizo seguro sobre o seu cliente cardiaco, não pode prescindir da radiographia e do electrocardiogramma. A aparelhagem para esses dois exames está hoje tão aperfeiçoada e simplificada, o seu emprego tão facil e seguro, que pelo menos o medico internista deveria estar apto a realizar no seu consultorio o exame radioscopico dos orgãos thoracicos e colher um electrocardiogramma. Esses dois aparelhos diagnosticos são mais importantes do que muitos instrumentos que ornam o consultorio medico.

Um aparelho de raios X e um electrocardiographo no consultorio, são mais importantes para o medico que um aparelho de diathermia e lampadas de quartzo. Na aquisição da sua aparelhagem, o medico deveria considerar o proverbio: *divide et impera*. É importante que o proprio medico assistente faça o exame radiologico do doente e se familiarize com o electrocardiogramma. Por varias razões, não é conveniente que esses exames sejam feitos em institutos estranhos. Tambem nem sempre é necessario tirar uma dispendiosa chapa do coração. O medico pode habituar-se a fazer um decalque, traçando o seu contorno sobre uma folha de papel de cellophane collocada sobre o «écran» fluorescente. Muitas vezes não se pode, na pratica diaria, trabalhar de accordo com as exigencias da sciencia pura, devendo ser tambem reprimido o desejo de uma teleradiographia. Os inconvenientes technicos de um «croquis» tomado durante a radioscopia (augmento das dimensões

reaes do coração) são de somenos importancia, porquanto, com o correr do tempo, o medico adquire pelos exames radiologicos pessoasas uma *idéa segura da forma do coração*— e é isto o que importa.

Não importa que os «croquis» estejam um pouco mal desenhados. Comparados entre si, fornecem, mesmo assim, uma imagem correcta dos differentes doentes, porquanto a experiencia pessoal do medico suppre as deficiencias do decalque. O processo tem, ainda, a vantagem de ser economico para ambas as partes. O exame radiologico é feito logo em seguida ao exame physico.

Este exame constitue muitas vezes a melhor orientação para o medico.

Havendo necessidade do electrocardiogramma, este poderá ser executado technicamente por um auxiliar de consultorio, que logo em seguida revela o graphico. Este estará prompto antes da terminação da consulta, sem perda de tempo para o medico e podendo ainda ser analysado antes da sahida do doente.

O exame do coração e da circulação será completado, tanto quanto possivel no consultorio, pelo exame de urina, tambem executado durante a consulta, e a medição da pressão sanguinea.

Quanto á aparelhagem para a execução de electrocardiogrammas humanos, posso, finalmente, aconselhar, por experiencia propria, o aparelho portatil da firma Siemens-Reiniger-Veifa, lançado no mercado ha alguns annos sob o nome de «Elektrokardiograph», que satisfaz mesmo aos mais exigentes requisitos clinicos.

Em 1913, estudei com *Einthoven*, o fallecido inventor do galvanometro de corda, a quem se deve a possibilidade da realização dos primeiros electrocardiogrammas humanos. Esses estudos tinham por fim introduzir definitivamente essa modalidade technica propedeutica na Clinica de Heidelberg. Durante longos annos trabalhamos, com os modelos extraordinariamente complicados e sensiveis

do galvanometro de corda. Com o correr dos annos trabalhei com todos os apparatus que appareciam. O principio do galvanometro de corda e o «Elektrokardiograph» fabricados pela Siemens-Reiniger-Weifa, para uso clinico, fundamentalmente nada têm de commun sob o ponto de vista physico. O physiologista que se dedica a estudos experimentaes sobre as correntes de acção na tetania produzida pela estrychnina não pode prescindir de um grande galvanometro de corda.

Todavia, todo aquelle que pretender continuar após a sua formação academica, na pratica diaria os raciocinios experimentaes exactos, a que se acostumou na clinica universitaria, será apenas um theorico, nunca um medico-pratico. Quanto a mim, tenho abandonado pouco a pouco as «sciencias naturaes exactas» das clinicas universitarias e dos seus laboratorios, e experimentado, ás vezes com duros sacrificios, as verdadeiras necessidades da vida pratica.

Para o medico internista ou para o cardiologista—e este deve ser, naturalmente, um bom internista—existe a necessidade premente de obter electrocardiogrammas *humanos* impeccaveis. A derivação da corrente do doente deve ser indolor, simples e assejada. É irrealizavel a applicação de agulhas de platina, para a obtenção do electrocardiogramma no leito do doente. O quarto do doente e o consultorio do medico não são departamentos externos annexos a clinicas ou a gabinetes de pesquisa, orientados por principios puramente scientificos. A conducta do medico deve ser dictada exclusivamente pelas necessidades do doente. Nesse ponto, aquelle que persistir obstinadamente e nas praticas a que se affeiçoa por habito antigo, com o tempo certamente encontrará difficuldades.

Apresenta-se, assim, a questão: *Qual é o valor do electrocardiogramma na consulta e junto ao leito do doente?*

A questão relativa ao valor da radiosopia, do «Croquis» do

coração e da radiographia, desce a um plano secundario, pois já está amplamente reconhecida e poderá ser analyzada muito rapidamente no fim deste capitulo.

A importancia do electrocardiogramma para a cardiopathologia, ao contrario, requer uma exposição curta, resumida e critica.

A introdução da electrocardiographia, como methodo de exame na enfermaria, resolveu de modo definitivo o reconhecimento e o ensino da arhythmia cardiaca.

Antes da introdução do galvanometro de corda por *Einthoven*, alguns pesquisadores—sobretudo inglezes: Mackenzie e Lewis e, com elles, *Wenckebach*—tinham contribuido notavelmente para a comprehensão clinica das irregularidades cardiacas, por meio de methodos de registro *mecanicos*, principalmente pelo registro das pulsações venosas. O registro das pulsações da carotida e da jugular, executado por mãos de especialistas treinados, já trouxera algum esclarecimento ao estudo das arhythmias, quando, em 1909, um *methodo inteiramente novo* permittiu photographar directamente a genese e a conducção das excitações, numa curva electrica.

Todas as graphias anteriores, mesmo a *esphygmographia de espelho das curvas do pulso venoso*, creada por *Frank*, registravam processos mecanicos. A technica era difficil; a representação graphica das curvas era valiosa para a enfermaria, porém, irrealizavel para a pratica.

O estudo das irregularidades cardiacas já estava desenvolvido theorica e praticamente, quando se conquistou, pela electrocardiographia, um campo de trabalho inteiramente novo na cardiopathologia.

Os medicos formados ha pouco tempo já desconhecem por completo os antigos methodos de registro. O electrocardiogramma é, para elles, um auxiliar diagnostico commun e natural. Ainda

esbarram, porém, na litteratura, em nomenclaturas diversas. Estas porém têm as suas origens nos primordios da electrocardiographia, por terem sido baseadas em observações dos methodos mecanicos de registro. O rythmo «nodal», a «paralysis auricular», o *conceito de «bloqueio auricular»* de *Wenckebach* são da «era mecanica». É por isso que ainda hoje não existe uma nomenclatura absolutamente uniforme da electrocardiographia clinica, o que difficulta, de certo modo, a comprehensão, principalmente entre os entendidos em electrocardiographia.

Acompanhei, desde 1909, toda a evolução da electrocardiographia clinica.

Segundo os meus trabalhos e a minha experiencia junto ao leito do doente, a technica da electrocardiographia e a sua interpretação ainda é por demais complicada para o medico pratico. A electrocardiographia clinica, da mesma forma que outros assumptos da medicina, tornou-se victima da «*superespecialização*». O medico pratico, todavia, deve, tanto quanto é possivel, deixar de lado, por principio, tudo que é theorico, para que appareça em primeiro plano o que é pratico e essencial—isto é, os factos mais importantes e communs. Isso não impede que se permitta á electrocardiographia o seu fôro de especialidade scientifica. Procuraremos, pois, resumir em poucas palavras os pontos fundamentaes do assumpto. Teremos que omittir propositalmente as raridades, embora theoricamente interessantes.

*

A electrocardiographia é o methodo de escolha para analysar uma irregularidade cardiaca.

A questão basica na analyse de uma perturbação do rythmo pode ser formulada assim: A excitogenese e a conductibilidade

normaes estão conservadas ou esta ultima está fundamentalmente excluída e destruída?

Partindo, por principio, desta questão, podemos repartir as arhythmias do coração em duas categorias. A excitogenese geralmente se origina no nódulo sinusal. A excitação, passando pelo nódulo atrio-ventricular, caminha pelo feixe de *His* e vae ter aos ventriculos pelos ramos conductores.

O electrocardiogramma normal mostra a excitogenese e excitoconducção normaes. O electrocardiogramma normal apresenta uma forma bem typica. Muito embora o electrocardiogramma normal tenha, de individuo para individuo, pequenos traços caracteristicos, a forma fundamental para a genese e a conductibilidade normaes das excitações é identica.

O electrocardiogramma permite que se leia directamente si a excitogenese normal ainda existe ou não. Todas as excitações que se originam, antes do tempo, no nódulo sinusal, podem interromper o rythmo. Todos os segmentos do systema excitoconductor, até no interior dos falsos feixes tendinosos, podem tomar parte na genese das excitações.

Todavia, chamamos, por principio, todas as arhythmias nas quaes o nódulo sinusal é o «marcador do passo» («der Schrittmacher»—«the Pacemaker») de «*arhythmia extrasystolica*».

Começando pela simples extrasystole sinusal, estão tambem incluídas nessa concepção todas as complicadas perturbações do rythmo, de natureza «*extrasystolica*», nas quaes é conservada a função do «pacemaker».

Admitte-se que a excitogenese caiba, temporariamente, ao nódulo sinusal, como centro primario; ao nódulo atrio-ventricular, como centro secundario; aos ramos conductores, como centro terciario. O nódulo sinusal deixaria, temporariamente, a sua autori-

dade primaria, por assim dizer, e passaria a um plano menos importante, e os outros segmentos do systema excitoconductor assumiriam o commando.

Isso pode acontecer, sem que o coração esteja organicamente doente. Quando o equilibrio entre o nervo vago e o nervo sympathico é perturbado nas suas relações com o systema excitoconductor, pode resultar dahi o quadro de uma grave arhythmia extrasystolica. No electrocardiogramma, sempre encontramos, então, trechos pelos quaes se pode interpretar que o nódulo sinusal não está inteiramente suprimido.

Sabemos hoje que a onda *P* corresponde á excitação auricular, que o segmento horizontal *P* a *Q* representa o tempo da conducção da excitação pelo feixe de His. As outras ondas, *R*, *S* e *T*, são a expressão da terminação da excitação nos ventriculos.

Einthoven, o inventor do galvanometro de corda designou propositalmente esses accidentes por taes letras, que ainda não tinham sido empregadas nas sciencias naturaes. Pretendia elle evitar, com essa nomenclatura, toda tentativa de interpretação. As letras em si são, pois, empiricas.

Só as pesquisas clinicas e experimentaes sobre a electrocardiographia de *Einthoven* (1909) para cá, deram a devida interpretação aos accidentes e aos grupos de accidentes, do electrocardiogramma, designados por aquellas letras do alphabeto.

A nomenclatura dos accidentes e grupos de accidentes, introduzida pela Clinica de Berlin (Nicolai-Kraus-Brugsch) que durante algum tempo appareceu nos compendios, foi novamente abandonada.

Os referidos autores tentaram dar, aos accidentes do electrocardiogramma, novas designações por meio de outras letras, pelas quaes se lesse, á primeira vista, a sua significação.

O conceito de extrasystole passou da physiologia para a clinica.

A extrasystole provocada experimentalmente com a pausa compensadora, constituiu uma observação da experiencia feita no animal. Sabemos hoje que esses doentes podem produzir no seu coração tanto a extrasystole *com* pausa compensadora, como a extrasystole *sem* essa pausa.

A extrasystole sem pausa compensadora chama-se interpolada. A clinica ficou presa por tempo excessivo, ás experiencias de physiologia em animaes, em si muito importantes. Resultou dahi que nos primeiros annos da electrocardiographia *clinica*, os resultados experimentaes colhidos em animaes sempre foram usados como termo de comparação para o electrocardiogramma humano. Julgo, porém, que a electrocardiographia clinica do coração humano possa ser edificada, com o material fornecido pela pratica e a experiencia, como sciencia independente, que não supporta as conclusões por analogia á experimentação animal.

É verdade que podemos determinar experimentalmente, no animal, extrasystoles e arythmias extrasystolicas, e, até estados semelhantes á fibrillação auricular e á arythmia perpetua. Comtudo, esses estados são sempre apenas alterações pathologicas transitorias da excitogenese e da conductibilidade, que não resistiriam a um confronto com os processos desenrolados no coração humano, porquanto o que conseguimos na experiencia animal, durante horas e dias, a natureza realiza, no homem, durante annos e dezenas de annos. Um estado, principalmente, não se pode imitar na experiencia em animal: um estado correspondente á arythmia perpetua. Eis ahi uma difficuldade evidente na tentativa de transferir resultados da experiencia animal para a pathologia circulatoria humana.

*

Desde, porém, que esteja conservado o rythmo fundamental, é indifferente si é ao centro primario, ao secundario, ao terciario ou a todos os tres simultaneamente que a excitogenese caiba transitoriamente. Basicamente, a perturbação é sempre a mesma, isto é, o rythmo fundamental está mais ou menos intensamente interrompido.

De direito, todas as arhythmias pertencentes a esse grupo, deveriam ser denominadas «*arhythmias extrasystolicas*». Na verdade, o quadro clinico pode ser inteiramente differente.

O electrocardiogramma, entretanto, permite a interpretação.

Emquanto a extrasystole simples com e sem pausa compensadora pode ser constatada já pela ausculta, uma arhythmia extrasystolica complicada muitas vezes só pode ser analysada no electrocardiogramma.

Na campo opposto da «*arhythmia extrasystolica*» encontra-se de principio a *arhythmia perpetua*, tambem denominada «*pulso irregular permanente*».

Nessa alteração do rythmo, o nodule sinusal está destruido como «*marcador do passo*». Excitações auriculares tachysystolicas, o «*flutter*» ou a fibrillação, gravam o aspecto do electrocardiogramma.

A arhythmia perpetua é a mais importante e commum perturbação de rythmo do cardiaco grave.

Na clinica como na theoria, a forma tachycardica e a forma bradycardica devem ser consideradas em conjuncto. Os quadros resultantes das transições entre as duas formas são multiplos e variados. Essa multiplicidade de aspecto conduziu, na litteratura, á differenciação de numerosos estados, capazes de simular entidades pathologicas independentes. Segundo a minha experiencia, comtudo, a *arhythmia perpetua* é um quadro morbido electrocardiographico

unico e de uma só significação clinica, embora não saibamos como se origina uma perturbação, no sentido de maior facilidade ou de maior difficuldade, na excitoconducção, levando á arhythmia ventricular.

Todavia, uma coisa é certa: é que tanto o processo morbido anatomo-pathologico como a therapeutica pela digital fazem com que um doente desses presente, no decurso da sua doença, todos os aspectos electrocardiographicos possiveis, todos elles nascidos da mesma perturbação fundamental: a arhythmia perpetua.

Relativamente ao conceito da extrasystole, devemos ainda referir o seguinte: A denominação, usual em clinica, de extrasystoles do coração *humano* provem da physiologia e de tempos anteriores á electrocardiographia. Na clinica, ainda hoje a extrasystole com e sem pausa compensadora desempenha um papel importante, muito mais pelo interesse physiologico e theorico, do que pela significação pratica.

Na era electrocardiographica aprendemos que, num determinado individuo e sem que este apresente nenhum signal de doença, influencias desconhecidas, muitas vezes chamadas «nervosas», sobre o equilibrio vago-sympathico—portanto, sobre o aparelho nervoso extracardiaco—podem determinar, tanto no nodulo sinusal como além do feixe de His, extrasystoles, ora com, ora sem pausa compensadora.

Ainda para uma e a mesma pessoa—pois não se pode consideral-a como doente—não se pode encontrar uma regra, segundo a qual essa pessoa tenha extrasystoles, ora *com*, ora *sem* pausa compensadora, expressas pela forte sensação subjectiva da falta de batimentos cardiacos.

Na verdade, o seguinte facto é caracteristico: Essas pessoas sentem «o coração parar», tornam-se, conforme a sua constituição

psychica, rapidamente hypochondriacas e tomam, cheias de medo, o seu pulso. Este, pelo proprio estado psychico, passa a falhar muito mais. As pessoas, assustadas, procuram o medico.

Importa que o medico não dê, igualmente, valor excessivo a esse phenomeno. A extrasystole, como *monosymptoma* pode ser completamente inexpressiva, indicando apenas a labilidade nervosa do seu portador. A apresentação e o ensino das extrasystoles no coração humano tiveram por consequencia que a systematização conhecida das experiencias em animaes, tambem fosse transferida á concepção clinica sobre as irregularidades dos batimentos cardiacos humanos. Resultou dahi uma grande confusão na nomenclatura respectiva.

Além de *Wenckebach*, um dos mais conhecidos pesquisadores do assumpto arhythmia, *R. Kauffmann*, o «Creador do Instituto de Cardiologia» de Vienna, dedicou todo o trabalho de sua vida em procurar estabelecer *uma* regra, ou antes, *a* regra para as irregularidades da arhythmia perpetua. A regra em questão, porém, não foi encontrada.

O estudo da arhythmia perpetua, simples em si, relativamente ao quadro clinico, foi completamente perturbado pelo facto de terem sido applicados ahi hypotheses da extrasystole.

Pessoalmente, mantive a separação simples aqui delineada. Esta separação parte, fundamentalmente, da idéa de só se poder dar o nome de extrasystole á excitação que, num *rythmo fundamental* conservado, isto é, estando a excitogenese e a excitoconducção normaes, interrompe esta ultima, provocando, como consequencia, uma excitação ventricular differente. Tal acontece quando um outro centro predomina transitoriamente, na excitogenese e na excitoconducção, sobre o nodule sinusal. E isto pode acontecer, passageiramente, em todo e qualquer ponto da substancia myo-

cardica. Ha, pois, um sem numero de «pontos excitogenicos» no coração, embora geralmente só consideremos um centro primario, um secundario e um terciario.

Ha tambem extrasystoles auriculares, que se manifestam quando a excitação não consegue transpor o feixe de His, porque o ventriculo, de accordo com os dados physiologicos, ainda está «refractario», assim como o feixe atrioventricular. Essa concepção theorico-physiologica, comtudo, adapta-se tão mal aos factos observados na arhythmia perpetua.

A simplificação e uniformização no modo de comprehender os *quadros clinicos* no *cardiaco* com alteração de *rythmo* encontram grandes difficuldades, porque as concepções theorico-physiologicas continuaram a ser, até hoje, o ponto de partida para a analyse.

Libertando-nos dessas idéas, recusamos fundamentalmente, para a arhythmia perpetua, o conceito de extrasystole.

Antes da *electrocardiographia*, tanto a extrasystole como a arhythmia perpetua estavam clinicamente bem definidas. Mas, depois que se começou a registrar por um processo inteiramente novo, pela *electrocardiographia*, o processo electrico *real* antes registado mecanicamente, observou-se, na curva da arhythmia perpetua, a presença de elevações correspondentes ás extrasystoles auriculares.

Antigamente, estavamos na contingencia de definir a extrasystole como um batimento precoce dentro de um *rythmo* fundamental normal. O *electrocardiogramma* revelou as verdadeiras relações: o mesmo quadro clinico de batimento precoce, denominado extrasystole, podia ser determinado por uma excitação partida dos mais diversos centros. Accrescentaram-se, assim, á definição clinica, conhecimentos *electrocardiographicos*, sem supprimir ou modificar convenientemente os conhecimentos anteriores.

Assim, por exemplo, ficou-se constantemente á procura de

extrasystoles na arythmia perpetua e se destruiu, por isso mesmo, a nitidez deste conceito. Durante muito tempo se persistiu na accepção de ser a arythmia perpetua originada pela extrasystole auricular.

Isto era devido ás pouco numerosas observações de tachysystolias auriculares rythmicas numa frequencia de, por exemplo, 200 a 400 contracções por minuto, na arythmia ventricular. Entretanto o quadro morbido correspondente á arythmia perpetua, mostrava quasi sempre auriculas em «flutter» ou em fibrillação. Sendo assim, persistiu-se, durante muito tempo, na idéa de que o «flutter» e a fibrillação das auriculas fossem originados pela tachysystolia das auriculas. Tal supposição porém, não foi confirmada pela clinica. Assim é que practicamente quasi nunca vemos, no electrocardiogramma da myocardite arteriosclerotica hypertonica, por exemplo, tachysystolias auriculares, mas sim, durante annos, o «flutter» ou a fibrillação auricular.

Na minha opinião, o conceito da extrasystole pouco nos adeanta na analyse do outro, importante, da arythmia perpetua. Assim, elle é reservado para as excitações extraordinarias, que interrompem o rythmo fundamental e que determinam um estimulo, especial e differente, dos ventriculos. Dessa maneira, porém, tambem a arythmia sinusal passa a pertencer á perturbação extrasystolica. A extrasystole isolada é percebida sem nenhuma difficuldade no electrocardiogramma, e practicamente não tem importancia. Tambem podemos analysar com segurança, no electrocardiogramma, perturbações complicadas extrasystolicas, do rythmo, que não poderiam ser diferenciadas, pela ausculta ou pelo exame do pulso, de uma arythmia perpetua de natureza transitoria.

Procedendo assim, verificar-se-á que a verdadeira arythmia perpetua, transitoria, é diagnosticada com excessiva frequencia.

Chega-se assim, ás vezes, a uma falsa conclusão therapeutica, pela possibilidade de remover uma arhythmia perpetua passageira. Mas tambem para o futuro as excitações ventriculares, que se desviam do quadro electrocardiographico normal, não serão designadas extrasystoles *na* arhythmia perpetua, mas sim excitações *anormaes*. Concebendo as coisas dessa maneira, o estudo das perturbações do rythmo torna-se simples—e isto é necessario para a pratica.

Segundo *estas* considerações, distinguimos *perturbações extrasystolicas do rythmo, ao lado da totalidade dos multiplos e variados quadros clinicos do grupo da arhythmia perpetua.*

Então, que resta ainda? A legitima perturbação parcial da excitoconducção, em que esta é difficultada e o seu tempo augmentado, em que se verificam falhas da systole ventricular e—o verdadeiro bloqueio cardiaco.

Quem, pela pratica de longos annos, estiver em condições de interpretar o electrocardiogramma, reconhece os mais variados quadros da arhythmia perpetua com a tachysystolia, o «flutter» e a fibrillação auricular.

Devemos intercalar aqui uma questão theorica: Não sabemos ao certo—pelo menos no homem—si realmente o nodule atrio-ventricular com o feixe de His realmente desempenha na excito-genese independente, um papel tão importante como centro secundario. Talvez esse segmento, particularmente nitido, do systema excitoconductor seja apenas uma especie de *ponte* entre as auriculas e os ventriculos. Havendo interrupção dessa ponte, observamos, no electrocardiogramma, o automatismo ventricular: o *bloqueio cardiaco*, no qual as excitações auriculares, singularmente libertadas das excitações ventriculares geralmente bradycardiacas, apparecem no electrocardiogramma com um numero de batimentos duas ou tres vezes mais elevado.

Ou então, o processo morbido anatomo-pathologico conduziu, pela destruição do nódulo sinusal, a excitações de fibrillação auricular. A isto se chamava antigamente de *paralysis auricular*. A ponte está completamente interrompida, e os ventriculos recebem o seu *rythmo* das excitações dos ramos, apresentando uma *bradycardia rythmica* ou *arythmica*. Isto pode ser a consequencia do emprego de doses excessivas de digital. Neste caso, a ponte não estava inteiramente destruida, mas sim quasi *paralysada* pela digital. O processo pode ser reversivel e o quadro *commum* da *arythmia perpetua* pode reaparecer. Uma vez, porém, que a ponte esteja destruida por completo, estamos em face do bloqueio cardiaco total.

Sob a denominação de bloqueio cardiaco *parcial* ora se comprehende uma difficuldade á passagem pela ponte—augmento alternativo do tempo de conducção, ou seja, uma especie de ambivalencia entre a auricula e o ventriculo,—ora se comprehende que sempre só a terceira ou quarta excitação auricular alcança o ventriculo pela via normal. O *electrocardiogramma* esclarece a situação, de modo univoco. Na clinica esses estados são muito temidos, e com toda razão. A natureza mostra-nos constantemente, no processo morbido, a interrupção lenta dessa ponte, até se chegar ao bloqueio cardiaco total.

Ainda ha pouco tempo, dei alta, em boas condições, a um doente que apresentava apenas 26 batimentos ventriculares. Todavia, seria perigoso querermos, porventura, transformar por meios therapeuticos um bloqueio parcial em total. Provavelmente interromperemos a ponte depressa demais.

Não existe processo morbido isolado dessa ponte; logo o *myocardio* é acometido *in toto*.

Não podemos, portanto, confiar no apparecimento, de maneira normal, do automatismo.

É nisto que consiste o perigo da therapeutica pela digital—e, especialmente, tambem pela estrophantina—nas perturbações da excitoconductibilidade. Com effeito, nessas condições o coração procura salvar a situação pela fibrillação ventricular, que quasi sempre significa a morte para o orgão.

Isto é uma possibilidade.

A outra possibilidade, porém, é que a dose de digital administrada interrompa, momentaneamente, a ponte, e o doente caia morto. Com esta figura, podemos comprehender muito melhor as perturbações da excitoconductibilidade e, portanto, todas as arhythmias. Pode-se, dessa maneira, comprehender até a arhythmia completa.

As inumeras excitações que, vindo da auricula, se lançam na ponte, comprimem-se em breve, como num fogo de metralhadora, dez se escapam—são as «salvas» da arhythmia perpetua—e, depois de um curto intervallo, tornam a escapar-se excitações isoladas, aparentemente ordenadas. Na entrada da ponte encontra-se o nodule atrio-ventricular, não como um centro, mas sim como um «*inspector de trafego*». Ora, elle consegue deixar passar ordenadamente as excitações isoladas, ora as excitações o atropelam: é uma «*salva*». A digital age, aqui, como um reforço na energia do «*inspector de trafego*». Assim, considero, de accordo com a minha experiencia clinica, o nodule atrio-ventricular com o feixe de His como sendo physiologicamente o que elle é sob o ponto de vista anatomico: *uma ponte entre a auricula e o ventriculo*.

De accordo com essa nossa concepção, o centro auricular está situado no seio e, após destruição do nodule sinusal, na parede auricular; o centro ventricular, no centro automatico do tronco fascicular; emquanto que o nodule atrio-ventricular é apenas um vigia da entrada da ponte, constituída pelo feixe de His. A idéa

resultante desse modo de pensar, facilita o diagnostico do electrocardiogramma.

O electrocardiogramma é, pois, em primeiro lugar, o methodo de eleição para analysar uma irregularidade cardiaca. Mas a forma, a altura dos diversos accidentes, isoladamente, bem como o aspecto das curvas isoelectricas—isto é, o decurso horizontal do graphico em seu plano fundamental—ainda depende da situação e da forma do musculo cardiaco, cujas correntes de acção, aliás, vemos representadas no electrocardiogramma de forma relativa. Nem é necessario derivar o electrocardiogramma directamente do thorax. Braços e pernas são electrodos mais que sufficientes. Nestes ultimos 20 annos, aprendemos a deduzir parcialmente, do electrocardiogramma, as modificações morphologicas e as lesões do myocardio, mesmo estando inalterado o rythmo cardiaco.

O electrocardiogramma normal, nas derivações I, II e III, tem, até certo ponto, uma constante. Si, num coração sem perturbação de rythmo, verificamos no electrocardiogramma tomado repetidas vezes, um desvio nitido dessa constante, podemos, hoje em dia, tirar conclusões sobre o estado do myocardio. Dizemol-o em primeiro lugar relativamente ao prolongamento do tempo de conducção (distancia entre *P* e *Q* ou entre *P* e *R*, pois *Q* nem sempre apparece, podendo faltar). Admittimos como limite de normalidade o tempo de 18/100 de segundo. O augmento desse tempo de conducção após uma angina simples é a prova segura de uma lesão post-infecciosa do coração. Este pode ser o unico symptoma clinico, cujo diagnostico só é possivel com o electrocardiogramma.

A negatividade do accidente T na derivação I e II só é conhecida quando o myocardio está lesado pathologicamente. O alargamento da onda *R*, seu traçado grosso e largo, denteações, ou chamados enovelamentos, um apparecimento, antes inobservado, de uma

ondulação suplementar depois de uma ondulação principal (*R* a *S*) também são signaes pathologicos. Até mesmo uma potencia muito fraca numa derivação normal e num aspecto normal das ondas coincide, muitas vezes, com o diagnostico clinico de uma myopathia grave.

O electrocardiogramma só tem valor clinico na mão de um medico experimentado. Tornou-se um auxiliar diagnostico—e prognostico—indispensavel. Mas só, pela reunião de todos os symptomas clinicos colhidos junto ao leito do doente. Nunca será demais repetil-o.

Não se deve, só por um electrocardiogramma e uma modificação de onda, cortar o fio da vida do doente. Toda «superespecialização» nesse sentido junto ao leito do doente constitue um perigo. Também não convem explicar ao paciente o electrocardiogramma, uma vez que lhe falta toda comprehensão para a origem dessas correntes electricas. Uma unica e inoffensiva extrasystole do ramo, é tida por elle como uma ameaça tragica, emquanto que um electrocardiogramma inteiramente pathologico, constituido só de excitações de ramo, lhe pareça a expressão de um «pulso forte».

A electrocardiographia clinica ainda necessita ser aperfeiçoada e terá, então, uma representação clinica adequada. Na Allemanha, dispomos por emquanto dos livros de *Boden* e de *Dressler*. Os principios fundamentaes, estabelecidos por *Boden* para a pratica, concordam com o meu modo de pensar. Durante longos annos occupei-me theoreticamente com a electrocardiographia, e igual tempo me familiarizei com as necessidades praticas do mesmo assumpto. Assim, posso hoje, num olhar retrospectivo, fazer uma idéa de conjuncto. Em todo caso, é preciso que o medico recém-formado se dedique seriamente ao estudo da electrocardiographia.

A *radiographia* ou, conforme o caso, a radioscopia, são in-

dispensaveis para um correcto julgamento do coração e da circulação. De uma sombra morphologica não é possível tirar conclusões muito avançadas sobre a energia e o tempo de vida da circulação geral. O medico deve por-se em guarda, para não estabelecer um juizo prematuro, pois os maiores milagres podem acontecer. O doente com silhueta cardiaca normal, cahe morto na primeira crise de angina de peito. Outro, com a silhueta de *cor bovinum* que occupa toda a parede do hemithorax esquerdo, com uma enorme auricula augmentada para a direita e que chega a comprimir o campo pulmonar direito, supporta as mais difficeis intervenções chirurgicas e ainda sobrevive muitos annos.

Aliás, a experiencia crescente que decorre para o medico do estudo de radiographias e do numero, cada vez maior, de electrocardiogrammas, lhe traz o conhecimento dos recursos admiraveis e quasi milagrosos de que a natureza lança mão para conservar, apezar das mais graves perturbações funcionaes da circulação, a vida do doente. O engenho humano não seria capaz de construir machina tão resistente!

São estes os factos mais importantes e communs que cumpre assignalar no estudo da cardiographia e do electrocardiogramma. Ambos são auxiliares diagnosticos indispensaveis.

Não devemos esquecer, porém, que o medico experiente que as executou e estudou durante longos annos, tambem sempre estará apto a *estabelecer, pela simples inspecção do doente e armado apenas de um esthetoscopio o mais exacto diagnostico circulatorio.*

CAPITULO X

O cardiaco em relação a outras doenças *Considerações sobre diagnostico differencial* *Ultimos dias e morte do cardiaco*

Já a evolução normal da gravidez e o decurso do parto significam, muitas vezes, uma complicação grave para a mulher cardiaca. O cardiaco pode ainda, como qualquer pessoa sã, ser acometido de affecções de outros systemas de órgãos, cuja terminação é influenciada pela existencia de algum disturbio cardiaco ou circulatorio.

A pneumonia aguda do individuo de circulação sadia decorre de modo differente da mesma enfermidade em uma jovem portadora de estenose mitral.

Uma intervenção cirurgica, havendo perturbação circulatoria, faz o cirurgião receiar perigos numerosos, que ameaçam a convalescença: thrombose, embolia, morte subita pelo coração.

O perigo maximo para o cardiaco é a necessidade de uma grande intervenção cirurgica.

A esse respeito é interessante observar que o cirurgião assume um ponto de vista especial e curioso. Escolhemos, para exemplificar, a questão levantada pelo clinico e o cirurgião a respeito da operação do bocio. Verificamos que o cirurgião quasi não tem receios deante da operação, quando o pulso está regular e os batimentos cardiacos estão claros, mas que recusa a intervenção num doente com pulso irregular perpetuo ou uma myocardite + hypertensão. Comtudo, desde que um doente assim tenha feito um bom preparo previo com o clinico, a intervenção cirurgica é muito menos perigosa que num

doente com ruidos cardiacos leves, embora puros, uma pressão sanguínea baixa e, porventura, com uma historia de antecedentes que possa fazer concluir ou mesmo apenas suspeitar de uma angina de peito.

Nessas occasiões é imprescindível a collaboração do internista e do cirurgião. O clinico aconselhará a operação que o cirurgião receia executar por causa do estado do coração. E, ao contrario, oppor-se-á tenazmente á operação que o cirurgião, sem conselho do internista, faria quasi sem receio, para ser surpreendido durante a operação ou no periodo post-operativo pela morte subita, cardiaca, do seu doente. É obvio que toda intervenção cirurgica grave constitue um perigo para a circulação doente.

Neste momento, porém, não posso deixar de transmittir uma observação, fructo da experiencia segura que colhi da cooperação, durante dezenas de annos, com cirurgiões. É incomprehensível a galhardia com que doentes portadores de affecção cardiaca chronica e muitas vezes grave, desde que estejam em bom estado de compensação, supportam e escapam das intervenções cirurgicas mais serias, com grande espanto para todos os interessados. Supponho, para mim, que existe no coração alguma coisa que eu chamaria de «habituação á doença». O coração, pelo longo tempo de sua doença, aprende a recorrer—si assim se pode dizer—a todos os artificios da natureza, para se conservar em vida. Paradoxalmente, podemos dizer: quanto mais alterado estiver um myocardio, quanto mais alta a pressão sanguínea e quanto mais arhythmica a frequencia, tanto melhor é o prognostico. Esta observação e experiencia é, sem duvida, acertada para uma parte dos doentes.

Uma vez que o coração se tenha acostumado á sua doença, realiza, finalmente, trabalhos que o nosso intellecto nem é capaz de comprehender. Na verdade, geralmente perdemos primeiro aquelles

doentes cardiacos, cujo coração mal começa a sua cardiopathia. Traduzindo-o para uma formula, poderíamos dizer:

O cardiaco morre ou no principio ou no fim da sua doença.

Mas, quasi nunca morre no meio. Por isso, podemos no meio da sua enfermidade submettel-o á operação cirurgica. Essas poucas palavras, que formúlam conscientemente uma affirmação paradoxal, encerram uma experiencia que o medico mais antigo confirmará e que o medico mais jovem talvez não comprehenda.

Assim é que um cardiaco com hypertensão supportará uma perda de sangue, considerada excessiva pelo cirurgião, muitas vezes melhor que um jovem com o coração sadio. A anesthesia muitas vezes age como uma verdadeira medida therapeutica sobre a hypertonia. E, não raro, resulta em grande beneficio o repouso no leito, obrigatorio após a intervenção cirurgica, repouso esse que o internista nem consegue impor ao doente.

É obvio que toda operação pode representar um perigo serio para o doente, pela superveniencia de uma thrombophlebite, uma pneumonia ou uma embolia pulmonar. Mas, apezar disso, tambem ahi observamos os factos mais interessantes e singulares. Ao passo que o coração, por assim dizer, «destreinado» do individuo são claudica numa embolia pulmonar, assisti varios cardiacos, em estado grave, que passaram por varias embolias pulmonares successivas e cujo coração sempre tornou a restabelecer-se relativamente. Esse restabelecimento foi tão longe, que os doentes, tendo escapado varias vezes de morrer nas mãos do medico, puderam, ao cabo de um anno, voltar a executar serviços de jardinagem.

Apparece, ahi, aquillo que, numa linguagem um tanto paradoxal poderíamos denominar o «autotreinamento» do coração doente.

Para o cardiaco chronico que deve submitter-se a uma intervenção cirurgica, é importante que elle chegue ao momento oppor-

tuno em estado de boa compensação e que, também depois da operação, elle continue em tratamento, como cardiaco, pelo medico internista.

Entre os cirurgiões tornou-se habito preparar os doentes, principalmente depois dos 30 annos de idade, por um tratamento pela digital. Não ha duvida que este preparo pre-operatorio seja util. É, porém, conveniente vigiar cuidadosamente as doses empregadas, porquanto, por principio, toda digital que não fôr util, não só é superflua, mas até, estou convencido, é prejudicial ao coração. A esse ponto, aliás, já fizemos referencia varias vezes. Muito embora não haja habituação, no sentido pharmacologico do termo, ás glycosides da digital, sempre se manifesta algo equivalente a um «embotamento» contra a acção dos medicamentos.

Realmente, sempre observámos que cardiacos que passavam de um tratamento homeopathico para um allopathico e que, portanto, não estavam «superdigitalizados», respondiam muito mais rapidamente, mesmo a pequenas doses de digital, do que cardiacos tratados ha muito tempo. Deveriamos sempre estabelecer para a digital, qualquer que fosse a forma da administração, uma indicação rigorosa.

Digital como recurso calmante para o medico, *não* é indicação.

Accrescentemos, ainda, quanto á therapeutica, que em todos os estados de collapso, ou analogos, que o cardiaco pode soffrer em virtude de uma operação ou de algum accidente, são indicados todos os analepticos efficazes. Julgo importante que se proceda mais cautelosamente, em se tratando de um cardiaco, do que fazem os cirurgiões nos casos de collapso em individuos de coração integro. Na maior parte das vezes, são sufficientes, para o cardiaco, doses elevadas de Cardiazol e de camphora. O recurso immediato aos analepticos contendo adrenalina não é de todo desprovido de perigo.

Estes são, naturalmente, permittidos como «ultimo recurso». Entre os cirurgiões, entretanto, esta therapeutica activissima do collapso é usual. *O que acabamos de dizer, aliás, só vale para o cardiaco.* Pelo que estudámos até agora, sabemos porque devemos ser cuidadosos na escolha dos medicamentos.

Ainda nunca observei inconveniente das doses elevadas de Cardiazol, mas sim, das grandes injeções de estrophantina. Também não ha nocividade no emprego do Cardiazol + cafeina. Ao contrario, a therapeutica endovenosa pelas grandes doses de digital no collapso, é uma arma de dois gumes. Aliás, no nosso raciocinio, não é comprehensivel qual seria a maneira mais util pela qual agiria a applicação unica de uma dose elevada de digital num doente portador de affecção organica do coração, em estado de collapso.

Todo accidente mais serio representa, naturalmente, para o cardiaco uma complicação grave. É sabido que um traumatismo violento do thorax pode determinar lesões graves do tecido myocardico. Já uma grave fractura de costella é muito perigosa para o cardiaco, por causa da acção de choque que a acompanha. A prophylaxia sería, para esses casos, a melhor therapeutica: *Um individuo sciente da sua grave affecção cardiaca, deve diminuir os riscos que corre.*

Effectivamente, só lhe resta ser cauteloso. Evitará, assim, automaticamente os numerosos perigos a que infelizmente o homem sadio não pode fugir.

O cardiaco naturalmente ainda corre o perigo da sobrevinda de qualquer outra enfermidade. Uma infecção grave pode causar-lhe a morte, tal como a qualquer individuo são, geralmente porem, com maior facilidade para aquelle do que para este. Uma affecção que interesse a circulação pulmonar, portanto qualquer forma de pneumonia, de bronchopneumonia ou até de bronchite chronica de

certa gravidade, constitue, pela sobrecarga do coração, uma ameaça de morte.

Complicação particularmente grave para o cardiaco é alguma emoção violenta que o alcance de modo subito e inesperado.

A morte, á simples leitura de uma carta, como é representada no palco, não é apenas o producto da imaginação phantasiosa do poeta. A vida real mostra-nos a mesma tragedia:

Tanto o insulto apoplectico como a morte em segundos na crise de angina de peito, podem ser desencadeados pela noticia de uma desgraça. É, pois, acertado, não communicar ao cardiaco grave, sem precauções, o fallecimento de um membro da sua familia.

Conhecido é o que se chama «morte por sympathia».

Observa-se que esposos que viveram muito felizes, chegando a idade avançada, morrem pouco tempo um depois do outro.

Bastam, por ora, estas referencias sobre as complicações que põem em perigo a vida do cardiaco.

Resulta de tudo quanto dissemos que o cardiaco requer, até chegar ao fim da vida, da mais attenta vigilancia pelo medico da familia.

Tambem decorre, porém, que as pessoas ambientes precisam aprender *pouco a pouco* a lidar com um cardiaco.

A questão do *diagnostico differencial* tem grande relevancia no cardiaco, principalmente no inicio de sua doença. É grande o numero de pessoas tratadas durante longo prazo como portadores de uma bronchite pertinaz, sem que se reconheça a origem cardiaca da enfermidade.

Cumprê saber que, nesses casos, a digital é muitas vezes o melhor «calmante da tosse».

Importante, tambem, é saber que a digital tambem constitue, fartas vezes, o melhor somnifero. Tanto a insomnia como a tosse costumam

ser combatidas por uma therapeutica symptomatica em vez de causal. É o que se passa sobretudo com pessoas de certa idade, nas quaes se desenvolve, pouco a pouco, uma myocardite arteriosclerotica sem hypertensão, que provoca muito lentamente phenomenos *latentes* de insuficiencia.

O effeito de uma therapeutica branda pelo Digipuratum combinado ao Cardiazol é, muitas vezes, espantoso. A therapeutica resolve enganos diagnosticos e permite esclarecimentos de diagnostico differencial.

A ligeira congestão chronica do figado naturalmente tende sempre a peorar, si o seu portador fôr tratado como si soffresse de cholelithiase. Prescrevem-se-lhe aguas salinas, inunda-se o seu corpo de liquidos e nada se consegue.

Passando, porém, a uma dieta achloretada de varios dias, prescrevendo um pouco de Digipuratum + Cardiazol, talvez em repouso no leito, começa immediatamente uma diurese superabundante e os doentes voltam logo á normalidade.

A mesma consideração differencial-diagnostics cabe, quando se deve decidir si uma anorexia é devida a uma gastrite por congestão passiva do estomago ou a uma affecção gastrica primitiva. Reconhecida a causa, tomam-se as providencias therapeuticas adequadas.

Alguns dias de regimem achloretado são inoffensivos para qualquer pessoa e, associados ao repouso no leito, constituem para o cardiaco um meio de diagnostico differencial simple e magnifico.

Muitas vezes somos obrigados a perscrutar, para o diagnostico differencial, as causas de uma dyspnéa. O doente que no meio da noite e em seguida a um sonho, desperta com dyspnéa, pontada no coração, lucta com falta de ar, salta da cama á janella, com medo de uma syncope cardiaca, por extrasystolia, provavelmente tem uma



phrenocardia, e, também provavelmente, nenhuma lesão orgânica do coração. E será tanto mais verdade, si o doente conta que pode praticar o «ski» e escalar montanhas, sem que isso o moleste.

O esclarecimento de uma dyspnéa verdadeira, isto é, por diminuição da energia cardíaca, é importante.

Em casos dessa natureza não devíamos confiar nos dados trazidos pelo doente, mas sim examinar a capacidade de trabalho do coração, fazendo o paciente subir escadas. A debilidade cardíaca, qualquer que seja a sua causa, é então reconhecível.

Relevante, para o diagnostico differencial, é determinar si um doente apresenta, ou não, edemas pretibias. Não devem ser confundidas com edemas cardiacos as synovites das articulações do tornozello. Os doentes referem que, chegando a noite, não conseguem mais fechar os sapatos, e que apresentam uma «adiantadissima hydropsia».

Entretanto, não se trata de edemas. O phenomeno, devido á synovite malleolar combinada ao pé chato, é encontrado com frequencia em individuos cujas actividades os obrigam a ficar de pé, que se movimentam pouco e são um pouco gordos demais.

Além disso, muitas pessoas têm, por natureza, pernas grossas. A isto não se pode chamar edema.

Importantes são as ligeiras congestões passivas nos casos de varizes ou de ulceras das pernas. É preciso ser cuidadoso para não attribuir logo os edemas á circulação geral; elles podem ser de origem puramente local. Acima de tudo, praticamente quasi nunca existem edemas de uma só perna. Pela mecanica da circulação, os edemas sempre se formam em ambas as pernas, nunca de um lado só.

Além disso têm importancia, para o diagnostico differencial, as menorrhagias repetidas das mulheres de certa idade, já no periodo da menopausa. Estas menorrhagias podem ser o symptoma inicial

de um carcinoma, mas também podem trahir uma hipertensão até então irreconhecida.

Da mesma maneira, podem apparecer hemorragias intestinaes numa hypertonia grave, pela ruptura de nodulos hemorrhoidarios. É necessario examinar sempre a porção terminal do intestino. Também a epistaxe pode ser um symptoma inicial importante; em individuos jovens muitas vezes o primeiro symptoma de uma endocardite. Isto vale sobretudo para doentes portadores de estenose mitral. Em doentes com hipertensão grave as epistaxes são simplesmente um autosocorro da natureza.

Todos os symptomas geraes, taes como cephaléa, vertigens, asthenia geral, diminuição da capacidade de trabalho e muitos outros deveriam sempre indicar ao medico a necessidade de examinar também a circulação.

Em pessoas de idade mais avançada, um lumbago pode ser, de facto, uma claudicação intermittente. Paresthesias nas mãos e nos pés tanto podem ser de origem neurologica (esclerose multipla incipiente), como ser causadas por espamos vasculares (arteriosclerose hypertonica grave). O mesmo se pode verificar na arteriosclerose *hypotonica*, que ataca de preferencia a circulação peripherica.

Exceptuado o caso da angina de peito, o coração praticamente nunca dóe.

Aliás, não sabemos ao certo como se originam as dores de hemithorax esquerdo, com as suas irradiações para o braço esquerdo, ligadas a esta affecção cardiaca. *Mackenzie* escreveu detalhadamente sobre este assumpto.

Interessante e singular é que só determinadas lesões cardiacas provocam dores, em apparencia particularmente as ischemicas. A pleuromediastinite e a pleurite não pertencem, na verdade, ás affecções cardiacas verdadeiras.

Mesmo quando o coração, augmentado ao maximo, faz trepidar a parede thoraxica 60 a 80 vezes por minuto, o seu portador nada sente. As «dores» e «pontadas no coração» e a expressão, commum entre leigos, de «affrontação no coração» conduz muitas vezes a erros diagnosticos. Importante, para o diagnostico differencial, é decidir si as dores do lado esquerdo do thorax são de natureza rheumatica, ligadas a uma nevralgia intercostal ou a uma arthrite da espadua, ou si são symptomas encobertos de uma angina de peito. O diagnostico differencial pode ser difficil, quando as duas causas são concomittantes, eventualidade que não é rara.

Importante é, ainda, o diagnostico differencial nas dores abdominaes. Não devemos esquecer que nas pessoas mais idosas se observa uma «angina abdominal». É perigoso submettel-as, por engano diagnostico, a uma intervenção cirurgica. Visto como sempre existe uma arteriosclerose grave, que poderia sido conhecida em outras regiões do corpo, o diagnostico pode ser estabelecido quando no julgamento conjuncto do quadro clinico, elle vem á lembrança.

O mesmo podemos dizer relativamente ás diarrheias sanguinolentas. Uma thrombose venosa no territorio das grandes veias abdominaes ou uma thrombose arterial, por exemplo de origem embolica, não é muito rara no cardiaco grave, determinando dores abdominaes violentissimas e diarrheias sanguinolentas.

O infarcto do baço ou do figado conduz, ás vezes, ao falso diagnostico de pleurite. Pode sobrevir uma pleurite diaphragmatica. Mas esta já é secundaria. Muitas vezes observamos, no cadaver, grandes manchas de infarctos esplenicos ou hepaticos, que geralmente passaram indagnosticados *intra vitam*.

O diagnostico mais difficil para um medico inexperiente é, no cardiaco, o apparecimento de um infarcto no myocardio.

Nesse processo anatomo-pathologico, manifesta-se uma thrombose de um ramo principal dos vasos coronarios. Clinicamente, observa-se uma crise de angina de peito, que perdura muitas horas e é acompanhada das mais graves phenomenos de collapso. A maior parte de doentes morre, poucos escapam e podem, muitas vezes, após longo tempo de repouso no leito, readquirir uma espantosa capacidade de trabalho do seu coração.

Todavia, uma parte do tecido myocardico fica destruido pela formação da cicatriz. Pude observar pessoalmente dois doentes com capacidade para o trabalho *após* um infarcto do coração. Tendo assistido uma vez a esse quadro clinico estando sciente do que se trata, o diagnostico não é difficil.

Por fim, fazemos allusão a mais um diagnostico differencial importante: é o que se impõe entre a pleurite das regiões postero-inferiores dos pulmões e uma bronchite de estase incipiente. A semelhança dos phenomenos clinicos pode ser grande. Ambos os phenomenos, porém, são secundarios sob o ponto de vista physio-pathologico. É, portanto, conveniente descobrir a causa. A diminuição da energia cardiaca, em pessoas idosas, manifesta-se frequentemente por phenomenos de bronchite nos lobos pulmonares inferiores, sem outras manifestações de insufficiencia.

Em individuos jovens, uma curva thermica cuidadosamente colhida fornece dados preciosos para o diagnostico differencial. A endocardite chronica na valvula mitral ou na aorta, ou, ainda, em ambas, produz uma curva thermica muito discreta. O graphico da febre, combinado com o resultado da auscultação fornece, geralmente, o signal de certeza de que ainda não se deu a paragem da evolução e a cicatrização do processo endocardico.

Termino esse meu pequeno numero de considerações com mais uma indicação praticamente importante: A cor da face do cardiaco

muitas vezes engana as pessoas ambientes e o medico. O medico experiente não se deixa illudir pelo aspecto sadio do doente com estenose mitral. Nem julga tão sadio o aspecto fagueiro do hypertonico. A cor da face é característica para as differentes especies de cardiopathias. Chego agora a uma distincção que não se encontra, de facto, nos compendios e que desejo expôr aqui:

Distingo entre as cardiopathias duas formas: a forma secca e a forma humida. Como formas seccas, designo aquellas em que a myocardite ou *myodegeneratio cordis*, muitas vezes combinada a uma insufficiencia aortica ou mitral, arteriosclerotica, domina a quadro morbido como affecção primaria do coração. Trata-se, geralmente de pessoas magras e franzinas, que nunca têm tendencia a engordar. Com a evolução da sua arteriosclerose ellas se tornam cada vez mais franzinas e definhadas. Chegam a parecer murchas e seccas. É possível que tenham uma bronchite de estase e uma congestão chronica do figado, estados que nestes doentes geralmente já são estados finaes. Esses individuos, emquanto têm ou julgam ter capacidade para o trabalho, são apenas cardiacos, no sentido mais real do termo. Conheci um doente nessas condições, que ainda um anno antes da sua morte foi, por entusiasmo esportivo, a pé de Ulm a Stuttgart, fazendo, pois, uma caminhada de 91 kilometros. Apresentava uma grave myocardite arteriosclerotica hypertonica com hypertrophia do coração esquerdo. Era magrissimo, tinha 1,75 metro de altura, e era um optimo excursionista. Um anno mais tarde, morre subitamente de uma crise de angina de peito. Esses typos «seccos» pertencem, quasi sempre, ao terreno da arteriosclerose pura. A hypertonia pode estar presente e pode faltar.

Os typos humidos ou aquosos, são de constituição completamente differente. Mostram tendencia á formação precoce de edemas, a congestões dolorosas do figado e são os casos mais gratos á classica

therapeutica cardiologica. Esses individuos podem ser cardiacos durante dezenas de annos. No verdadeiro sentido da palavra, porém, são *doentes do coração e dos vasos*. Realmente, as alternativas da affinidade pela formação de edemas e a resposta aos medicamentos diureticos devem residir numa singular alteração pathologica da circulação peripherica. Não se pode comprehender a melhora desses doentes apenas pela elevação da energia cardiaca, não apenas pelo augmento da *vis a tergo*.

Os doentes do typo humido são completamente diversos nas suas disposições constitucionaes e no desenvolvimento dos seus symptomas morbidos. Existem, naturalmente, transições e formas mixtas.

Apezar de tudo, creio que se pode contrapor, com boa razão, esses dois polos contrarios no terreno das affecções cardio-vasculares. Comprehende-se, então, que ainda existem outros cardiacos, além do cardiaco hydropico. Mas tambem se comprehendem muito melhor os casos de morte *subita*. A morte do cardiaco hydropico é, muitas vezes, um allivio para elle e para seu proximo; a morte do cardiaco «secco» é, geralmente, para elle uma surpresa e, para o ambiente, um acontecimento horrivel.

Chegamos, assim, expandindo algumas idéas sobre o fim de vida e morte do cardiaco, ao fim do nosso livro.

Encarando os dois typos de cardiacos que eu separei, de accordo com a minha experiencia, em ambos os casos a maior arte do medico consiste em minorar os soffrimentos do doente para permittir-lhe uma morte placida.

Não, certamente, como si o medico tivesse o direito de antecipar o destino.

Mas *o medico pode alliviar o doente e auxiliar-o a supportar o destino*. De modo fundamental, podemos dizer que o cardiaco morre de duas maneiras: ou subitamente, ou lentamente, com o seu coração.

Si encararmos primeiro o cardiaco hydropico, a experiencia nos ensina que mesmo a melhor therapeutica muitas vezes não é capaz de evitar o seu destino, representado pela insufficiencia final com formação de edemas.

É grande, porém, a differença entre as duas eventualidades seguintes: Ha cardiacos que durante a vida estiveram muitas vezes em estado de insufficiencia. Vencem uma, melhoram e tornam a cahir noutra. Finalmente, a derradeira insufficiencia os victima.

Ha outros, cujo estado de compensação foi mantido durante muitos annos e que succumbem a uma insufficiencia final. Um doente tratado e cuidado dessa maneira tambem experimenta, na insufficiencia final, segundo tenho observado, o destino de uma *morte subita*, por legitima claudicação do coração inteiramente impotente. Mas a arte da therapeutica mobilizou, num periodo relativamente supportavel, todas as reservas de energia do coração. Quando chega o estado final, a morte geralmente é rapida.

Ao contrario, um cardiaco hydropico *não* tratado de accordo com as regras da arte, ainda terá que supportar padecimentos horri-veis, porquanto o consumo das energias de reserva, ainda existentes no coração, prolonga inutilmente o ultimo periodo de vida e de agonia do doente. Disto não se lembram os que condemnam o tratamento intermittente pela digital, prolongado durante dezenas de annos. Elles não prevêm o destino dos doentes quando seus males chegarem á phase final, na qual nada mais adeanta um tratamento por doses massiças de digital.

Realizando com boa technica uma therapeutica pela digital, prolongada e intermittente, observaremos, na phase final, a morte cardiaca subita, porque, como já dissemos, essa modalidade de tratamento retira do coração até as ultimas forças de reserva. Tal não conseguiremos, entretanto, na phase final, pelas grandes doses

de digital, que são, *ipso facto*, inúteis. Recorrem, sem resultado a este processo, os medicos que esperam o estado de grande insuficiencia, para administrar as doses elevadas de digital.

Do lado opposto desses doentes estão os cardiacos «seccos».

Estes succumbem da morte cardiaca subita, por exemplo, em crise de angina de peito, em uremia ou em apoplexia. Uma serie de doentes com apoplexia ainda leva, durante annos, uma existencia sombria. Para este grupo de doentes, a assistencia cuidadosa pelo medico da familia constitue a mais nobre tarefa.

Termino, assim, meu livro com as seguintes conclusões:

O medico que examina cuidadosamente os seus doentes, adquirindo sempre novos conhecimentos no diagnostico e na therapeutica das affecções cardio-vasculares, torna-se, como medico e como homem, um conselheiro leal dos seus cardiacos.

Muitas vezes lhe é dado prever o fim de vida e a morte dos seus pacientes; muitas vezes elle considera esta morte como um allivio para os doentes. Por outro lado, mesmo a morte subita dos seus cardiacos não o surprehende, no verdadeiro sentido do termo.

Apezar de augmentar, com a experiencia, o seu pessimismo, deve o medico mostrar optimismo na sua conducta geral.

Sem esta attitude fundamental, não podemos ir em auxilio de nenhum doente.

APPENDICE

Relação das publicações do mesmo autor

I

TRABALHOS CLINICOS E EXPERIMENTAES SOBRE A DIGITAL

- Sobre a diversidade da influencia da digitoxina sobre os territorios vasculares, segundo experiencias em orgãos sobreviventes.* These de doutoramento, Leipzig 1911.
- Experiencias electrographicas sobre a acção da digital na arythmia perpetua, com demonstrações.* Debates do Congresso Allemão de Medicina Interna, Wiesbaden 1914, pag. 377.
- Experiencias clinicas e electrocardiographicas sobre a acção da digital e da estrophantina sobre o coração insufficiente.* Deutsches Archiv für klinische Medizin, Vol. 120, 1916.
- A therapeutica digitalica do coração insufficiente com perturbação do rythmo.* Ergebnisse der gesamten Medizin, vol. 6, pag. 99.
- O reforço da acção systolica das glycosides de digital pelo Cardiazol (Pentamethylen-tetrazol) e Coramina (Pyridin-Beta-diethylamida de acido carbonico).* Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, vol. 129, n.º 1-2, 1928.
- Pharmacologia experimental e problemas relativos á digital no seu emprego junto ao leito do doente.* Wiener medizinische Wochenschrift, n.º 38, 1928.
- Novos resultados clinicos e pharmacologicos da therapeutica pela digital.* Medizinisches Korrespondenzblatt für Württemberg, vol. 97, n.º 46, 1927.
- Estudo sobre o tratamento combinado Digital-Cardiazol-Coramina e sua influencia sobre a circulação.* Medizinische Klinik, n.º 24, 1927.
- O reforço da acção da digital por substancias de acção semelhante á da camphora (Coramina, Cardiazol).* Medizinische Klinik, n.º 10, 1927.
- Contribuição ao tratamento endovenoso combinado Estrophantina-camphora.* Medizinische Klinik, n.º 6, 1927.

O tratamento de affecções circulatorias chronicas pela digital, no hospital e na clinica privada. Fortschritte der Therapie, n.º 2-3, 1926.

Acerca do tratamento endovenoso combinado Estrophantina-Cardiazol do cardiaco chronico. Therapie der Gegenwart, n.º 8, 1929.

II

TRABALHOS SOBRE O PROBLEMA DA HYPERTONIA

Duas necessidades therapeuticas em doentes com hypertonia. Therapie der Gegenwart, Junho, 1931.

Curvas da pressão sanguinea na hypertonia. Medizinische Klinik, n.º 18, 1923.

Sobre o valor da curva de pressão sanguinea para o prognostico e a therapeutica. Medizinische Klinik, n.º 6, 1924.

Hypertensão. A elevação da pressão arterial como symptoma e seu tratamento. Ergebnisse der gesamten Medizin, vol. V, pag. 144 e seguintes.

Elevações extraordinariamente altas da pressão sanguinea, exame de urina e sua importancia para o prognostico e a therapeutica de doentes com hypertensão. Tung-Chi Medizinische Monatsschrift, n.º 5 e 6, 1928.

Elevações extraordinariamente altas da pressão sanguinea, exame de urina e sua importancia para o prognostico e a therapeutica de doentes com hypertensão. Fortschritte der Medizin, a. XXXXV, 1927.

Hypertensão e balneotherapia. Contribuição ao estudo das relações reciprocas psychophysicas nas doenças de hypertensão. Zeitschrift für wissenschaftliche Bäderkunde, n.º 10, 1927.

A importancia forense de ligeiras perturbações da consciencia em doentes com hypertonia. Der Nervenarzt, a. III, n.º 11, 1930.

III

TRABALHOS EXPERIMENTAES

Sobre as correntes de acção do musculo de animal homeothermico em tetano strychninico. Zeitschrift für Biologie, vol. 59, n.º 9, 1912.

Sobre as correntes de acção da musculatura do esqueleto humano em contracção involuntaria. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, vol. 47, pag. 18, 1913.

Sobre um caso atypico de chorea minor com phenomenos de paralysisia, com uma contribuição ao estudo do reflexo de Gordon. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, vol. 45, 1916.

IV

TRABALHOS CLINICOS E PRATICOS

Sobre o electrocardiogramma da arythmia perpetua. Deutsches Archiv für klinische Medizin, vol. 112, 1913.

Irregularidades cardiacas completas, transitorias, sob o quadro clinico da arythmia perpetua, com observações sobre a acção vagal. Deutsches Archiv für klinische Medizin, vol. 117, 1914.

Contribuição ao estudo da arythmia perpetua transitoria, com observações sobre a presença vagal. Deutsches Archiv für klinische Medizin, vol. 124, n.º 1 e 2, 1917.

Sobre as palpitações dos doentes com perturbações do rythmo. Medizinische Klinik, n.º 21, 1921.

Paracodina no tratamento da hemicraneia. Klinische Wochenschrift, a. II, n.º 42.

O tratamento de affecções circulatorias chronicas pela camphora. Medizinische Klinik, n.º 50, 1923.

Pesquisas clinicas sobre o problema da scilla. Deutsches Archiv für klinische Medizin, vol. 145, n.º 1-2, 1924.

Observações clinicas com o «Hormocardiol», preparado de hormonios cardiacos, segundo Haberlandt. Medizinische Klinik, n.º 9, 1929.

Considerações finaes ás annotações de L. Haberlandt. Medizinische Klinik, n.º 9, 1930.

Pesquisas comparativas com um preparado de hormonios cardiacos, denominado «Hormocardiol» e um novo extracto muscular. Medizinische Klinik, n.º 2, 1930.

Sobre a diversidade da influencia de Cardiazol, Coramina e Scillaren sobre os vasos. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, vol. 131, n.º 5 e 6, 1928.

O tratamento do cardiaco chronico pelo «medico da familia». Medizinische Welt, n.º 46 e 47, 1927.

- A importancia pratica da estenose mitral.* Ärztliche Rundschau, n.º 8, 1926.
- Sobre um novo tratamento da angina de peito com extractos musculares.* Ärztliche Rundschau, n.º 1, 1931.
- Possibilidades de pathogenia da arhythmia perpetua. Contribuição á clinica da estenose mitral.* Deutsches Archiv für Klinische Medizin, vol. 170, n.º 1 e 2, 1931.
- Sport e character.* Medizinisches Korrespondenzblatt für Württemberg, vol. 102, n.º 36, 1932.
- O cardiaco como motorista. Ideas forenses para medicos e juristas.* Medizinische Welt, n.º 37-38, 1932.
- O cardiaco como motorista.* Verkehrswarte, a. VI, n.º 6, 1933.
- A desidia do cardiaco como motorista.* Medizinische Welt, n.º 40, 1934.
- Sobre a determinação da necessidade de tratamento do cardiaco.* Ärztliche Rundschau, n.º 10, 1934.

V

OUTROS TRABALHOS THERAPEUTICOS

- Hypertensão e Balneotherapia.* Contribuição ao conhecimento das relações psychophysicas nas doenças hypertonicas. Revista medica de Hamburgo, a. VIII, n.º 2, 1927.
- Diagnostico e Tratamento da «Angina pectoris».* Brasil-Medico, a. XXXXVIII, n.º 20, 1934.
- Experiencias clinicas sobre o tratamento do cardiaco descompensado.* Revista Medica Latino-Americana, a. XVII, n.º 193, Outubro de 1931.
- Prognostico das Cardiopathias.* (Serviço do Professor Clementino Fraga.) Separata do Jornal dos Clinicos, n.º 12, 1933.
- O Cardiaco como Motorista.* Brasil-Medico, a. XXXXVIII, n.º 23, 1934.
- Sobre um novo tratamento da angina pectoris com extractos musculares.* Brasil-Medico, a. XXXXV, n.º 36, 1931.
- O cardiaco.* Hippokrates-Verlag, Stuttgart. (Veja tambem Brasil-Medico a. XXXXV, n.º 29, pag. 668: Instituto Teuto-Brasileiro.)



PSYCHOPATHOLOGIA E PSYCHOTHERAPIA

Relações psycho-somaticas no cardiaco. Der Nervenarzt, n.º 19, 1929.

O que deve o medico pratico saber a respeito da psychotherapia methodica? Allg. ärztliche Zeitschrift für Psychotherapie und psychische Hygiene, vol. 1, n.º 4, 1928.

As relações reciprocas psycho-physicas nas doenças de hypertension. Stuttgart, Hippokrates-Verlag, 1926.

Hermann Scheffen: Observações psychosomaticas em doentes com o complexo symptomatico de Adams-Stokes e hypertonía. These de doutoramento. Frankfurt, 1930. (Do Mutterhaus der Charlottenschwestern, Bad Cannstatt, director-medico: Dr. Fahrenkamp.)

Soffrimento e perigo. Aparecido sob forma de livro. Nils Kampmann-Verlag, Kampen auf Sylt, 1932.

A aparecer no Hippokrates-Verlag, Stuttgart e Leipzig, em 1936:

Lesões valvulares acabadas e inacabadas. Homeopathia — Allopathia.





RÓ
MU
LO



CENTRO CIÊNCIAS VMA
UNIVERSIDADE COIMBRA

132967527X

