

Estudo sobre o Diagnostico e tratamento (pela digitalina) da Fibrillação Auricular

Pelo Dr Jairo Ramos
ASSISTENTE EXTRANUMERARIO DO
SERVIÇO DO PROF. RUBIÃO MEIRA.

A PROVEITANDO alguns casos por nós observados e controlados pelo electrocardiographo, procuraremos no presente trabalho estudar os signaes diagnosticos da fibrillação auricular e o seu tratamento pela digitalina. Deixaremos de estudar o mecanismo de producção da fibrillação auricular porque já ha algum tempo, nesta mesma Revista de Medicina (1), tivemos occasião de escrever um pequeno artigo a respeito.

De ha muito é esta irregularidade conhecida, porem a denominação de fibrillação auricular é recente, bem como a noção de seu mecanismo de producção.

DIAGNOSTICO

No estudo do diagnostico desta anormalidade, consideraremos duas ordens de dados clinicos : os symptomas subjectivos e os signaes objectivos. Estes ultimos podem ser divididos em duas classes :

- a) signaes obtidos sómente pelos dados clinicos
- b) dados fornecidos por intermedio de aparelhos registradores.

SYMPTOMAS SUBJECTIVOS

Frequentemente os doentes têm sciencia de tal irregularidade cardiaca. Queixam-se de uma especie de tremulação mais ou menos continua, intervalladas com pulsações mais fortes que chegam, por vezes, a abalar todo o thorax. Umas vezes a informação do doente

(*) Revista de Medicina — Vol. VIII — N.º 41 (Movimento circular na auricula).

é tão precisa que permite ao medico suppôr, apenas pela anamnese, a existencia de tal anormalidade. Varia muito a maneira empregada pelos doentes para definir as suas sensações. Assim temos. "Não ha toada nos batimentos" "E' um batido mancado. " etc.

Esta irregularidade pôde ser continua ou se apresentar transitoriamente. Se o doente nos informa que os batimentos cardiacos irregulares apparecem ou se intensificam após um esforço, podemos, sem medo de errar, affirmar a existencia da fibrillação auricular. A fibrillação é a unica irregularidade cardiaca que augmenta ou que apparece com o esforço (Lewis).

Quando intermittente, a terminação do accesso causa um grande bem estar ao paciente. Outras vezes não se consegue obter qualquer informação do paciente : a molestia mantêm-se mais ou menos obscura. Em outros casos a queixa nada apresenta de caracteristico pois confunde-se com a da insufficiencia cardiaca banal.

SIGNAES OBJECTIVOS

Pulso — O simples palpar do pulso, na maioria dos casos, faz suspeitar a existencia de tal irregularidade. Esta suspeita torna-se maior se associarmos o palpar do pulso com a inspecção do pulso jugular ou com a auscultação do coração. Pela palpação do pulso verificamos uma grande desigualdade entre uma e outra pulsação, quer na amplitude como no tempo de apparecimento. A frequencia do pulso é, em geral, acima de 100, entre esta cifra e 140. Podemos, no entanto, observar casos de fibrillação auricular com 40 pulsações por minuto. Este numero baixo de pulsações por minuto pôde reconhecer como causa um grande deficit, ou uma perturbação na conducção do feixe de Hiss, até mesmo um bloqueio cardiaco completo. A nossa observação n. 4 é talvez de um caso de perturbação na conducção do feixe de Hiss. O palpar do pulso concomittante com a auscultação cardiaca mostra uma differença entre o numero de batimentos cardiacos e o de pulsações radiaes. A esta differença damos o nome de *deficit*. Frequentemente na fibrillação auricular observámos deficit mais ou menos accentuado. O augmento ou o desaparecimento do deficit após um esforço mais ou menos accentuado, é um dos melhores signaes clinicos indicadores desta irregularidade cardiaca.

A palpação do pulso radial, simultanea com a inspecção do pulso jugular revela a existencia do chamado pulso venoso ventricular ou positivo.

Todas estas technicas pôdem falhar na presença de um pulso perfeitamente regular e muito lento (40 por ex :), como sóe acontecer nos casos de bloqueio cardiaco e fibrillação auricular associados.

Nestes casos só os meios graphics poderão elucidar a questão e assim mesmo só aquelles que registram, além da actividade ventricular, a contracção auricular.

Ausculda do coração — Encontramos grande irregularidade dos batimentos cardiacos tanto na intensidade das bulhas como na duração de cada cyclo. Podemos, ás vezes, ouvir apenas uma bulha, porque a contracção muito precoce não foi sufficiente para levantar as sigmoides arteriaes. Já fallámos na associação da ausculda cardiaca com o methodo palpatorio do pulso radial. Já dissemos o que vem a ser deficit e o seu valor diagnostico.

Falta-nos dizer que a contagem deve ser feita ao mesmo tempo, tanto no coração como no pulso. Ha, portanto, necessidade de um auxiliar. Quando este nos falta, aconselho a contar apenas o deficit durante um minuto, tanto em repouso, como após um exercicio mais ou menos accentuado. Pelo augmento ou diminuição do deficit podemos dizer se ha ou não fibrillação auricular. Quando o coração bate moderadamente podemos associar á ausculda cardiaca á inspecção do pulso jugular. Notaremos neste caso o character ventricular do pulso jugular e, em casos raros, o desaparecimento da onda -a-.

As modificações dos signaes auscultatorios do coração, contemporaneas ao apparecimento da fibrillação auricular, adquirem grande importancia ao tocante ao diagnostico desta syndrome morbida. Mas, para taes modificações adquiram valor pratico, torna-se necessario o conhecimento, em exames anteriores, dos signaes esthetacusticos apresentados pelos pacientes.

Assim, consoante Gallavardin, pode-se observar o desaparecimento do galope pre-systolico quando o doente portador deste ruido, entra no estado de fibrillação auricular. Isto, para Gallavardin, seria uma prova da origem auricular do ruido de galope pre-systolico.

Mais interessante, entretanto, são as modificações observadas nos portadores de estenose mitral. Sabemos que a estenose mitral se caracteriza pela presença de um sopro pre-systolico e por um ruflar diastolico, este ultimo podendo ser mais ou menos intenso e demorado, conforme o gráu da estenose. O apparecimento dos dois ruidos está em relação com o gráu da estenose, com a velocidade da onda sanguinea e com as condições hemo-dinamicas do coração.

Se o rythmo é lento, a estenose accentuada, e as duas cavidades cardiacas (ventriculo e auricula) em perfeito estado de funcionamento, teremos os dois ruidos presentes. Conforme o gráu da estenose varia o intervallo entre o sopro e o ruflar. Nos casos mais accentuados o ruflar diastolico se continua com o sopro presystolico sem nenhuma pausa. Os sopros da estenose mitral estão na depen-

dencia das condições de repleção ventricular (aspiração ventricular e systole auricular) e é por isto que mais frequentemente são encontrados na protodiastole e na presystole. Assim sendo, facil será comprehender que uma anormalidade impedindo a auricula de se contrair em massa, traga modificações nos signaes auscultatorios da estenose mitral.

A intensidade e a maior ou menor duração dos sopros dependem do gráu da estenose orificial e da frequencia do rythmo cardiaco como poderemos vêr no quadro abaixo, tirado de Lewis :

Corção	Rythmo normal.	Fibrillação auricular
Acção lenta estenose leve	Sopro presystolico	Não ha ruido
Acção lenta estenose moderada	Sopro presystolico talvez tambem ruflar diastolico	Não ha ruido ou só o do incio da diastole.
Acção lenta estenose consideravel	Sopro presystolico e ruflar diastolico durante toda a diastole	Não ha ruido presystolico. Ruflar diastolico durante toda a primeira metade da diastole.
Acção rapida estenose leve	Sopro presystolico ou mais commumente , durante toda a diastole	Não ha ruido algum ou mais commumente durante toda a diastole.
Acção rapida estenose consideravel	Sopro durante toda a diastole	Sopro durante toda a diastole. Talvez só no incio nos casos de diastole longa.

Pelo exposto vêmos a importancia do desaparecimento do ruido presystolico para o diagnostico da fibrillação auricular. Foi o que podemos observar muito bem na observação n. 1. E' necessario salientar com relação aos dois ultimos casos do quadro de Lewis que quando o individuo apresenta rythmo normal, quasi sempre poderemos observar um reforço presystolico do ruflar diastolico, o que não se observa nos casos de fibrillação auricular.

Ausculda do pulso jugular — Josué descreve 3 ruidos normaes pela ausculda do pulso jugular. Na fibrillação auricular notamos o desaparecimento do 1.º que corresponde a onda -a- do phlebogramma.

Em linhas geraes, os signaes clinicos acima descriptos são sufficientes para o estabelecimento do diagnostico preciso da arhythmia em questão. Dentre elles, salienta-se como o mais importante a verificação do deficit antes e após um exercicio, mais ou menos moderado.

DADOS OBTIDOS POR INTERMEDIO DE APPARELHOS REGISTRADORES

Raios X — Pela radioscopia poderemos observar a falta de contracção da auricula o que torna muito difficil a delimitação do ponto G. Querem alguns auctores descrever uma especial imagem radiographica para esta anormalidade. Parece no entanto que tal não existe.

Sphygmogramma — O estudo graphico do pulso radial póde dar, por si só, o diagnostico da fibrillação auricular. E' necessario, no entanto, uma grande acuidade no estudo dos traçados. Observamos nos traçados uma grande irregularidade, tanto na amplitude como no intervallo entre as differentes contrações. Não notamos nenhuma relação entre estes dois phenomenos. Podemos ter amplas oscillações seguidas de pausas pequenas e grandes, assim como pequenas oscillações seguidas de pausas grandes e pequenas. Além disto não conseguimos descobrir um *rythmo dominante* (Lewis). Chamamos *rythmo dominante* quando obtemos num traçado a repetição das oscillações em periodos identicos no tempo e na amplitude. Assim, por ex : — Nas arhythmias respiratorias e phasicas, os differentes periodos de irregularidade repetem-se sempre, de tempos em tempos, sendo um periodo inteiramente identico ao outro. Ha portanto um *rythmo dominante*. Na fibrillação auricular poderemos encontrar periodos os mais variados em duração e não conseguimos encontrar *rythmo dominante*. Observamos o facto muito bem nos traçados de nossos doentes.

Phlebogramma — O que o phlebogramma nos apresenta de caracteristico, na fibrillação auricular, é a ausencia da onda -a-, que sabemos revela a contracção auricular. Foi da observação do phlebogramma que nasceu a idéa erronea de Mackenzie de suppôr a existencia nesta anormalidade de uma paralysis da auricula. Algumas vezes poderemos obter pequenas ondulações chamadas "ondas de fibrillação" que, em geral, apparecem quando ha pequeno numero de pulsações ventriculares (Josué). Os accidentes *c* e *v* permanecem mais ou menos isolados conforme o gráu da estase venosa.

Electrocardiogramma — No electrocardiogramma devemos distinguir dois grupos de signaes : — a) auriculares — b) ventriculares

a) *Signaes auriculares* — Não observamos em qualquer das derivações a onda *p* característica da actividade auricular. Ou, dizendo com mais precisão, não encontramos a onda *p* indicadora da contracção em massa da aurícula. Substituindo-a, vamos encontrar uma série de oscillações, mais ou menos desiguaes e algo semelhantes, que são denominadas — “ondas de fibrillação” (ondas *f*). E’ o que se pôde vêr muito bem nos traçados de nossos doentes, particularmente dos casos nos. 3 e 4. E’ preciso não confundilas com as irregularidades observadas nos traçados e motivadas pelo tremor muscular e por correntes extranhas. A distincção é muito simples. Estas ondas de fibrillação indicam actividade auricular processando-se, por intermedio de um rythmo circular, e são, em geral, vistas com maior nitidez, quando o rythmo ventricular é lento. Pela frequencia e regularidade destas ondas é que fazemos o diagnostico differencial com a “Auricular Flutter”. Na fibrillação as ondas são irregulares em amplitude e em duração, observando-se o inverso na flutter. Alguns auctores designam os estados intermediarios, difficeis de serem classificados com precisão, como sendo casos de fibrillo-flutter.

b) *Signaes ventriculares* — O complexo QRS na fibrillação é de origem suppra-ventricular a não ser exista associada uma lesão de um dos ramos do feixe auriculo ventricular, como acontece nos casos das observações nos. 1 e 2 nos quaes ha augmento da duração do complexo e presença de entalhes juncto ao apice, reveladores de uma lesão do ramo direito do feixe de Hiss. Os espaços entre os accidentes *R* de uma e outra revolução cardiaca não são iguaes. Não ha “rythmo dominante” como já tivemos occasião de fallar quando estudámos os caracteristicos do pulso radial. Em 1 de nossos casos observamos perfeito espacejamento entre os accidentes *R*, (obser n. 1 após a digitalina). Isto indica bloqueio cardiaco. Este pôde ser organico ou funcional, como no nosso caso motivado pela digitalina. Neste ultimo caso a inversão de *T* é uma bôa supposição para a origem digitalica do bloqueio em questão.

Estudados, assim, resumidamente, os signaes clinicos indispensaveis ao diagnostico da fibrillação auricular, diremos algumas palavras sobre o tratamento desta irregularidade cardiaca pela digitalina.

Não sendo nosso objectivo discutir a acção pharmaco-dynamica da digital, daremos resumidamente a sua acção tal como admittem Lewis, Wilson e Eggleston.

O modo de acção da digital é differente, confôrme consideramos o ventriculo ou a aurícula. Vejamos em primeiro logar a aurícula.

A digital age sobre a musculatura auricular de duas maneiras : uma directa e outra indirecta. Pela acção directa ella augmenta o periodo refractario e diminue a velocidade de conducção. Pela acção indirecta, por intermedio do vago, diminue o periodo refractario e augmenta a velocidade de conducção. Assim sendo, pela 1.^a acção ella tende a diminuir o numero de batimentos auriculares, e pela segunda a augmentar. Do predominio de uma ou de outra, resulta a acção therapeutica. Em geral, ha predominio da acção indirecta tornando por isto augmentado o numero de ondas de excitacção que circulam na auricula.

Segundo provam experiencias de Lewis e de Wilson, nenhuma acção tem a digital sobre o periodo refractario da musculatura ventricular. Sómente dados clinicos provam esta acção, pelas melhoras observadas nos doentes com insufficiencia cardiaca. Sobre o feixe de Hiss tem duas acções : uma directa e outra indirecta preponderante, por intermedio do vago. Ambas as acções trazem diminuição da velocidade de conducção. Assim sendo, a digital provoca uma diminuição do numero de batimentos ventriculares, podendo em alguns casos determinar até dissociação auriculo-ventricular.

Vejamos agora o que determina nos doentes de fibrillação auricular a administração da digital.

Seria conveniente que estudassemos primeiro o que resulta para o ventriculo, uma vez estabelecida a fibrillação auricular. Estabelecido o rythmo circular na auricula, passam continuamente para o ventriculo as excitações auriculares. Estas excitações que para ahi passam são irregulares em tempo e em intensidade. O ventriculo procura satisfazer a todas ou á grande maioria dellas, d'onde a grande frequencia e irregularidade dos batimentos ventriculares.

Conhecida a acção da digital sobre a musculatura auricular e as condições que favorecem, ou difficultam o rythmo circular, facil será comprehendermos o resultado obtido com este medicamento. Da predominancia de uma ou de outra acção poderemos ter diminuição, augmento ou nenhuma variação no numero de ondas que circulam na auricula. Portanto, podemos ter melhora, peiora ou condições estacionarias para a auricula, após a administração da digital. Considerada apenas esta acção poderíamos tambem ter melhora, peiora ou condição estacionaria para o ventriculo. Porém a digital tem tambem uma acção sobre o feixe auriculo-ventricular, diminuindo a conducção da excitacção vinda da auricula, podendo mesmo, em alguns casos, trazer completa dissociação auriculo-ventricular. Sendo esta acção constante e muito pronunciada, não nos importa o que acontece para a auricula, pois

ella é sufficiente para tirarmos o ventriculo da influencia nefasta da auricula.

O esquema abaixo, tirado de Lewis, mostra muito bem o que dissemos da acção da digital.

DROGA	AURICULA			VENTRICULO	
	PERIODO RE-FRACTARIO	CONDUCCÃO	N.º DE P	ACÇÃO DIRECTA (SEM IMPORTANCIA) NA CONDUCCÃO DO FEIXE DE HISS	ACÇÃO INDIRECTA (PREDOMINANTE) NA CONDUCCÃO DO FEIXE DE HISS
digital	{	{	{		
directa	+	-	-	-	-
O	O	O	O	-	-
indirecta	-	+	+	-	-

Vejamos agora como applicar a digitalina em um caso de fibrillação auricular. A posologia será de 1 millg de digitalina Nativelle por vinte kilos de pezo, descontando-se os edemas e a gordura excessiva. Desta dose podemos dar de uma só vez dois terços e o restante seis horas após se não houver signal de intoxicação que contra indique o uso da digital, como por ex : extra-systoles ventriculares frequentes, rythmo bigemino, nauseas, vomitos etc. Após a administração global devemos procurar a existencia do deficit, a frequencia dos batimentos cardiacos e do pulso radial. Caso ainda haja alta frequencia para o ventriculo e grande deficit devemos dar mais digitalina. Neste caso continuamos a administração da droga em doses de 1/5 millg cada 6 horas, até obtermos o resultado desejado, isto é, diminuição do deficit ou mesmo seu desaparecimento, e diminuição do numero de batimentos ventriculares. Nestes casos, o ideal seria obter um bloqueio cardiaco como nos foi possivel obter, transitoriamente na observação n.º 1. Uma vez obtida diminuição do numero de batimentos ventriculares sufficiente para permittir uma vida moderada, devemos manter esta cifra por intermedio da digitalina. Para isto precisamos determinar, pela observação cuidadosa do doente, a dose necessaria para manter constante a frequencia ventricular. Determinada esta dose deve o doente usal-a continuamente, enquanto apresentar a perturbação do rythmo em questão, mesmo que seja por annos seguidos. Assim, o doente da observação n.º 1 tomava X gottas de digitalina cada trez dias augmentando-se as doses quando sobrevinha uma

aggravação do mal." O doente da Observação n.º 2 toma X gottas de digitalina nos dias impares e XV nos dias pares do mez : observação n.º 3 tomou só a dose inicial tendo o pulso se mantido em frequencia baixa durante todo o tempo que esteve internado na enfermaria e sob nossa observação diaria : observação n.º 4 toma X gottas de digitalina diariamente. Esta administração pôde continuar indefinidamente sem causar mal ao paciente ; ao contrario, permite-lhe levar uma vida quasi normal

Conhecemos uma paciente que ha mais de 6 annos toma diariamente X gottas de digitalina e, apezar de ainda ter fibrillação auricular, pôde entregar-se aos affazeres de sua casa.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO N. 1

M. S., 17 annos, branco, estudante, brasileiro, solteiro, Villa Guilherme.

Queixa. — Falta de ar, inchação nas pernas e dôr nos joelhos.

Molestia Actual — Está doente ha 5 annos. Estava no collegio quando teve uma tontura, cahiu ao chão e vomitou sangue. Nada mais pode precisar por não se lembrar. Tendo consultado um medico este disse-lhe que soffria do coração. Depois disso nunca mais pode correr por sentir falta de ar. Durante estes 5 annos já esteve de cama inchado e com falta de ar por trez vezes. Actualmente está doente ha um mez, e como não tivesse, como das outras vezes, obtido resultado com o repouso ao leito resolveu internar-se. Desde o inicio que as vezes tem palpitação, sentindo o coração bater muito depressa e irregular. Ha 1 mez tem dyspnéa permanente mesmo na cama. Quando faz um exercicio mais violento sente dôr no coração que só melhora com o repouso um pouco prolongado. Tem tosse com escarros brancos, nunca mais escarrou sangue como da primeira vez. De 1 mez para cá está inchado ; tendo se iniciado pela barriga e depois passado aos pés. E' a terceira ou quarta vez que incha, porem, é a primeira que entra para o hospital, pois de outras vezes ficava bom apenas com o repouso ao leito. Ha 5 annos tem incapacidade absoluta para o trabalho bem como para os folguedos proprios de sua idade.

Antecedentes pessoases — Refere apenas amygdalites frequentes. Diz que a primeira vez que se lembra de ter tido dôr nas juntas foi ha dois mezes atraz que começou a sentir dôr nos joelhos tendo até agora.

Antecedentes hereditarios — Paes mortos de doença que o doente ignora.

EXAME PHYSICO

Typo longelineo, nutrição regular, decubito indifferente, dyspnéa pouco pronunciada, 24 por minuto, cyanose dos labios, edema dos membros inferiores e da parede abdominal anterior. Ganglios inguinaes pouco desenvolvidos. Olhos normaes a não ser uma pequena cicatriz na cornea cuja causa foi impossivel obter. Pupillas iguaes reagindo á luz e a accomodação. Seios da face indolores bem como as mastoides. Dentes bons, porem mal conservados. Amygdalas normaes. Thyroide palpavel, não dolorosa, pequena. Não ha Olliver-Cardarelli, nem se palpa a crossa da aorta na furcula esternal. Carotidas e sub-clavias nada de anormal. Veias do pescoço turgidas e pulsando moderadamente na posição de pé.

Apparelho cardio-vascular — Choque da ponta atraz da v costella na linha mamillar pouco intenso e diffuso. Fremito systolico na ponta.

Nota-se uma elevação systolica de quasi toda a parte esquerda da região cardiaca. Segunda bulha pulmonar palpavel. Abahulamento da região pre-cordial.

Percussão — grande augmento da macicez cardiaca.

Ausulta — Sopro systolico audivel em todos os fócios sendo mais intenso no foco mitral. Segunda bulha pulmonar muito pronunciada. Ruflar diastolico no fóco mitral tomando quasi toda a diastole com reforço evidente na pre-systole.

Pulso 120 rythmico pouco tenso.

Arterias molles e depressiveis. P. Sys 8 P. Dias 5

Apparelho respiratorio — Sub-macicez das duas bases mais alta á esquerda. Estertores sub-crepitantes medios nas duas bases pulmonares.

Abdomen — Distendido por uma ascite de media abundancia que nos apresenta nitida sensação de onda e é movel com os decubitos.

Baço não é palpavel nem percutivel.

Figado 15,5 cms duro não doloroso.

EXAMES DE LABORATORIO

Exame de urina — Traços leves de albumina sem nada de anormal no sedimento.

R. de Wassermann — negativa.

Exames de fezes — negativo.

DIAGNOSTICO

Estenose mitral. Rheumatismo articular agudo. Derrame pericardico.

Fizemos o diagnostico de derrame pericardico baseados apenas no augmento da macicez do pediculo da base que no caso presente é de 6,5 cms, augmento consideravel desde que levemos em consideração o tamanho do thorax do paciente, que tendo 18 annos, apresenta no entanto um desenvolvimento de 13, quer corporal, como tambem genital.

Evolução — O doente tomou no dia de sua entrada 1,5 millg. de digitalina Nativelle. Notamos nas 48 horas seguintes uma accentuada melhora, revelada por um grande augmento da diurese e uma diminuição do numero das pulsações por minuto. Após 12 dias de tratamento estava o doente curado de seu accesso asystolico tendo desaparecido a dyspnéa, a congestão de bases, a cyanose, e o figado havia diminuido de tamanho; Notamos ainda uma diminuição da macicez pre-cordial revelando absorpção do derrame ahi localizado: Essa diminuição foi, progressiva e não abrupta.

Desde o dia 5-6-27 o doente permaneceu na enfermaria em repouso no leito. Por esse tempo demos uns dois ou trez millg. de digitalina divididos em 3 ou 4 doses. Passamos uns 15 dias sem examinar o paciente devido a estarmos ausente em ferias. No dia 31 de Julho ao examinarmos novamente encontramos uma intensa pulsação de séde epigastrica causada pelo figado. Essa pulsação era tambem sentida pelo paciente, e segundo diz, muito o encommo-dava. Era uma pulsação systolica e expansiva com todos os caracteres do pulso hepatico.

Fizemos por essa occasião novo exame completo. Assignalaremos apenas o que encontrarmos differente dessa observação. Retracção systolica muito pronunciada de quasi todos os espaços inter-costaes da metade esquerda da região pre-cordial. Pela percussão notamos o mesmo limite que após a reabsorpção do derrame pericardico. Pela ausculta notamos de novo o apparecimento de um sopro systolico localizado no fóco tricuspide, sopro intenso tomando toda a systole não muito rude. Figado medindo 17 cms. (notar que antes elle media apenas 15 cms). Essa pulsação desapareceu ao terceiro dia de tratamento com digitalina massagens e ventosas sarjadas. Quando o figado regrediu a 15 cms a pulsação desapareceu. No entanto os signaes esthetoscopicos mantiveram-se os mesmos.

Após um mez foi o doente despertado á noite sentindo uma forte batedeira no coração. Com essa batedeira sentia ainda suores frios abundantes e tontura. A batedeira era tão forte que parecia sentir o peito ondular chegando mesmo a estremecer a cama. Era

muito irregular sentindo as vezes pancadas muito fortes parecendo que o coração ia saltar fóra do peito. Isso durou mais ou menos meia hora tendo depois diminuido para reaparecer ao menor esforço.

Ao exame no dia seguinte pudemos verificar a presença de uma grande arhythmia que clinicamente classificamos como sendo fibrillação auricular. Instituímos o tratamento digitalico e dias após o doente apresentando o pulso arhythmico podia no entanto andar um pouco. Por este tempo o pulso hepatico reapareceu novamente, para depois desaparecer, com a melhoria do estado geral.

Por este tempo deixamos de tirar os traçados electrocardiographicos por não estar funcionando o aparelho. Passados dois mezes teve o doente nova crise. Tiramos por essa ocasião os nossos traçados electrocardiographicos e do pulso radial. Em seguida iniciamos o tratamento pela digitalina cujos resultados vem discutido no texto.

Desde esse tempo até Abril de 1929 esteve o doente na enfermaria com assistencia medica diaria sempre com a fibrillação da auricula usando quasi diariamente a digitalina em dose pequena. Se estivesse em repouso relativo passava bem caso contrario voltava a falta de ar, a cyanose, a frequencia do pulso augmentava a ponto de incomodar o paciente, o figado augmentava de volume e quando atingia a 17 cms reaparecia o pulso hepatico. Com repouso absoluto, augmento da dose de digitalina, e ventosas sarrjadas tudo voltava ao estado anterior podendo o doente fazer algum exercicio. Durante este longo tempo que esteve internado apresentou por duas vezes acesso typico de rheumatismo articular agudo febril. Após quasi dois annos de enfermaria o doente pediu a sua alta em 1-5-29

DIAGNOSTICO

Rheumatismo articular agudo. — Estenóse da mitral. — Insufficiencia tricuspide funcional. — Myocardite. — Fibrillação auricular. — Lezão de ramo do feixe de Hiss. — Pulso Hepatico.

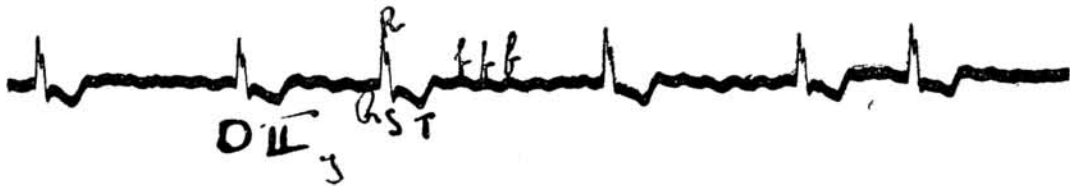
Pulso radial — Notamos falta de espacejamento entre as diferentes pulsações.



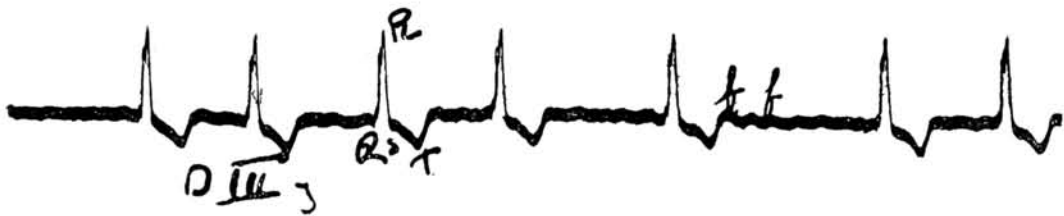
TRAÇADO DE M. S. ANTES DE TOMAR DIGITALINA



Derivação n.º 1. Ausencia de -p-. Complexo QRS de duração de 0,08 de segundo do typo dextrogramma, tendo T em direcção opposta a S, mostrando um entalhe evidente na linha de descida de S. Não ha espacejamento entre os accidentes R. Standard 1 cm = 1 millv. Valor potencial de Q = 0 ; de R = 2 millm ; de S = 6,5 millm ; de T = 1,5 millm.



Derivação n.º 2. Ausencia de -p- Notamos a presença de pequenas ondulações (f) irregulares em tempo e em amplitude. Complexo QRS de duração de 0,08 de segundo, do typo dextrogramma, tendo T em direcção opposta ao accidente R. Não ha espacejamento entre os accidentes R. Standard 1 cm = 1 millv. Valor potencial de Q = 0. de R = 5 milln ; de S = traços ; de T = 1 millm.



Derivação n.º 3. Ausencia de -p-. Notamos a presença de ondulações (f) frequentes, pequenas, muito pouco evidentes. Complexo QRS de duração de 0,08 de segundo do typo dextrogramma, tendo T em direcção opposta ao accidente R, Notamos a presença de um entalhe bem evidente na linha de subida de R, bem proximo ao apice. Standard 1 cm = 1 millv. Valor potencial de Q = 0 ; de R = 9 millm ; de S = 0 ; de T = 3 millm.

TRAÇADO DE M. S. 24 HORAS APO'S TER INGERIDO 1,5 MILLG.
DE DIGITALINA



Derivação n.º 1. Ausencia de -p-. Complexo QRS de duração de 0,08 de segundo, do typo dextrogramma, tendo T em direcção oposta ao accidente S, mostrando um entalhe muito nitido na linha de descida de S. Standard 1 cm = 1 millv. Valor potencial de Q = 0 ; de R = 2 millm ; de S = 5 millm ; de T = 1 millm.

NOTAMOS PERFEITO ESPACEJAMENTO ENTRE OS ACCIDENTES R



Derivação n.º 2. Ausencia de -p-. Notamos presença de ondulações (f) pequenas e muito irregulares. Complexo QRS de duração de 0,08 de segundo, do typo dextrogramma, tendo T em direcção oposta a R, havendo um entalhe evidente na linha de subida de R bem junto ao apice. Standard 1 cm = 1 millv. Valor potencial de Q = 0 ; de R = 5 mill ; de S = 1 millm ; de T = 2 millm.

NOTAMOS PERFEITO ESPACEJAMENTO ENTRE OS ACCIDENTES R



Derivação n.º 3. Ausencia de -p-. Complexo QRS de duração de 0,08 de segundo, do typo dextrogramma, tendo T em direcção oposta a R, mostrando um entalhe evidente na linha de subida de R, bem juncto ao apice. Standard 1 cm = 1 millv. Valor potencial de Q = 0 ; de R = 7,5 millm, de S = 0 ; de T = 2 millm.

NOTAMOS PERFEITO ESPACEJAMENTO ENTRE OS ACCIDENTES R

OBSERVAÇÃO N. 2

C. R., italiano, branco, operario, 50 annos, casado, Capital.

Queixa. — Falta de ar, edema das pernas, tosse e sensação de constricção na garganta.

Molestia actual — Está doente ha 1 mez. Sua molestia começou com falta de ar que vinha com o exercicio vindo ao mesmo tempo edema dos pés que desaparecia á noite ao se deitar. Passados 15 dias seus males se agravaram tendo apparecido tosse, o edema se generalizou, tornando-se muito pronunciado, e á noite não podia dormir por sentir ao se deitar uma constricção na garganta que muito o atormentava. A falta de ar tornou-se tão pronunciada que não mais pode andar nem deitar-se no decubito dorsal pouco elevado, necessitando passar as noites e os dias sentado em uma cadeira. Chamou um medico que lhe receitou diureticos e digitalina em doses muito pequenas (3 gottas por dia). Interrogado diz que tinha pronunciada palpitação que muito o incommodava. Essa palpitação ha já muito tempo que sentia quando trabalhava ou quando fazia algum exercício mais pesado. Bem interrogado conta que ha 4 annos após o coito sentiu muita falta de ar, tosse com escarros avermelhados e o medico chamado fez o diagnostico de edema agudo dos pulmões. Isso se repetiu nesses 4 annos por diversas vezes. Conta ainda que deste tempo para cá tinha, ás vezes, a noite, falta de ar após o primeiro somno, parecendo asthma.

Antecedentes pessoases — Febre typhoide ha cerca de 20 annos. Nunca mais esteve doente. Usa do fumo em grande quantidade e toma por dia cerca de 2 garrafas de vinho e outras tantas de cerveja. Tem 2 filhos vivos e fortes. A mulher nunca teve aborto.

Antecedentes hereditarios — sem importancia para o caso.

EXAME PHYSICO

Typo megalo-splanchnico, nutrição regular, orthopnéa, dyspnéa muito pronunciada 35 por minuto, cyanose dos labios e das orelhas assim como das extremidades, edema generalizado. Ganglios inguinaes, axillares e epitrochleanos. Olhos nada de anormal. Pupillas iguaes reagindo á luz e á accomodação. Seios da face indolores assim como a mastoide. Dentes bons, porem mal conservados. Amygdalas normaes. Thyroide palpavel não dolorosa. Não ha Olliver Cardarelli. Sente-se a crossa da aorta na furcula esternal. Carotidas nada de anormal. Sub-clavias elevadas. Veias do pescoço turgidas e pulsando vivamente.

Apparelho cardio-vascular — Choque da ponta no 6.º espaço, 2 dedos para fóra da linha mamillar, intenso, bem percebido nas pulsações mais fortes.

Percussão — Grande dilatação cardiaca á percussão medindo o diametro transverso maximo 15 cms.

Ausculta — Primeira bulha muito fraca em todos os focos. Segunda bulha aortica forte e modificada no timbre.

Pulso muito irregular tanto em tempo como em amplitude com um deficit de 40 e uma frequencia de 120.

Arterias endurecidas P. Sys 21 P. Dias 13.

Apparelho respiratorio — Sub-macicez pouco pronunciada nas duas bases. Estertores sub crepitantes e alguns crepitantes nos dois pulmões em quasi toda á sua altura.

Abdomen — Distendido por meteorismo. Leve sub-macicez nos flancos movel com os decubitos. Fígado palpavel muito doloroso medindo 14 cms na linha mamillar. Baço não é palpavel nem percutivel.

EXAMES DE LABORATORIO

Exame de urina — Albumina em grande quantidade, cylindros hyalinos e granuloses no sedimento, assim como alguns globulos de puz. Não ha hematias.

R. Wassermann — Foi negativa por diversas vezes feitas em épocas diferentes.

Dosagem de urea no sôro — 0,072 de uréa por cento.

Diagnostico — Myocardite — Fibrillação auricular — Arterio — esclerose. (Este diagnostico foi feito exclusivamente pela clinica. Vimos o doente em domicilio e não nos foi possivel realizar de prompto os exames de laboratorio, taes como — traçado de pulso, electrocardiogramma. —

Evolução — Iniciamos o tratamento com dose alta de digitalina Nativelle. Demos 2 millgms e seis horas após mais 1 millg. O pulso do doente immediatamente cahiu de 140 para 90 e o deficit de 40 passou a ser 15. Por dias successivos esteve o pulso mais ou menos estacionario. Isto nos fez dar novamente digitalina, agora na dose de 10 gottas diarias.

Após 15 dias iniciamos uma serie de injecções de iodeto de sodio. O doente continuou sempre na dose diaria de 10 gottas. O deficit desapareceu, o pulso baixou para 90 e ahi manteve-se estacionario. Após 30 injecções de iodeto de sodio demos alta ao nosso doente com a recommendação de usar diariamente 10 gottas de digitalina Nativelle. A conselho de outro facultativo deixou o

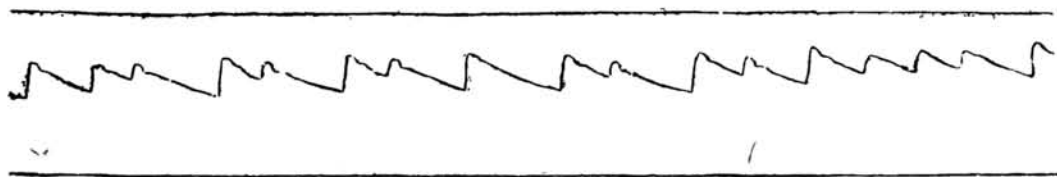
o paciente de usar a digitalina diariamente. Após 1 mez de ter abandonado este tratamento, cahiu novamente em asystolia em tudo identica a primeira. Novamente fomos chamados a intervir, o que fizemos ainda com a digitalina Nativelle em alta dóse. Iniciamos o tratamento com 2 millgms para dez horas após darmos mais 0,5.

Tendo o pulso baixado de 150 para 90 e desaparecido o deficit de 50 que havia. Demos novamente alta ao nosso doente com a condição de usar diariamente a digitalina Nativelli na dose de 10gottas nos dias pares e 15 nos dias impares do mez. O criterio que orientou a escolha da dosagem foi a observação criteriosa do paciente durante muitos dias consecutivos. Após 2 mezes novamente reapareceu o paciente para nos dizer que continuava a passar muito bem com a medicação por nós prescripta. O electrocardiogramma e o traçado de pulso foram então tirados nessa occasião. Interrogando o doente sobre sua vida actual podemos verificar a sua capacidade para um trabalho suave podendo andar com facilidade mesmo em logares onde é obrigado a subir rampas com forte declive.

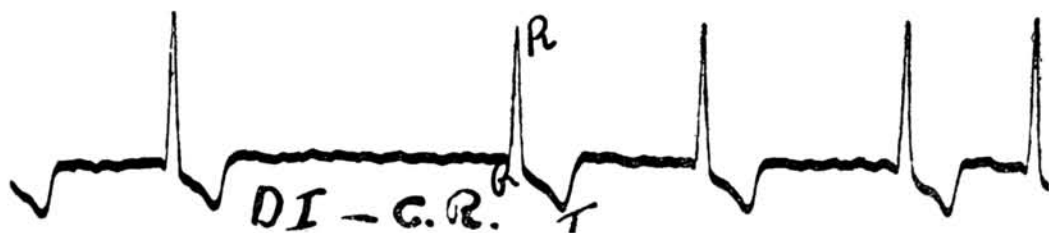
Após 6 mezes novamente vimos o doente que, continuando as nossas prescrições sentia-se perfeitamente bem.

Diagnostico definitivo após os traçados — Myocardite — Fibrillação auricular. Lesão do ramo direito do feixe de Hiss. Arterio-esclerose.

Traçado do pulso radial — Notamos completa irregularidade entre as oscillações quer em tempo como em amplitude.



TRAÇADO DE C. R., APO'S TER TOMADO DIGITALINA



Derivação n.º 1. Ausencia de -p-. Presença de ondulações (f) muito pequenas, de potencial muito variavel. Complexo QRS

de duração de 0,08 de segundo, do typo levogramma, tendo T em direcção opposta ao potencial de R. Não ha espacejamento entre os accidentes R. Standard 1 cm=1 millv. Valor potencial de Q = traços ; de R=15 millm ; de S=0 ; de T=3millm.



Derivação n.º 2. Ausencia de -p-. Presença de ondulações (f) frequentes e irregulares em tempo e em amplitude. Complexo QRS de duração de 0,08 de segundo. Não ha espacejamento entre os accidentes R. O complexo é do typo levogramma tendo o T em direcção opposta ao accidente R. Standard 1 cm=1 millv. Valor potencial de Q=0 ; de R=7millm ; de S=0 ; de T=2millm.



Derivação n.º 3. Ausencia de -p-. Observando-se o mesmo que nas duas outras derivações. Complexo QRS de duração de 0,06 de segundo, do typo levogramma tendo T em direcção opposta ao accidente S. Entalhe evidente na linha de descida de R. Não ha espacejamento entre os accidentes R. Standard 1 cm=1millv. Valor potencial de Q=0 ; de R=traços ; de S=10 millm ; de T 1,5 millm.

OBSERVAÇÃO N. 3

J. D., hespanhol, branco, lavrador, 52 annos, casado, Capital.

Queixa. — Falta de ar com sensação de constrictão no peito e na garganta.

Molestia actual — Está doente ha mais ou menos um anno e meio. Sua molestia começou com um resfriado sentindo por esse tempo tosse e um aperto no peito que muito o encommodava. Esse

aperto apparecia mais vezes quando fazia um esforço. Esteve assim uns 6 mezes quando começou a sentir falta de ar quando andava nada sentindo se em repouso ao leito. Pouco tempo depois essa falta de ar tornou-se mais ou menos permanente sentindo-a mesmo na cama e por isso é que resolveu procurar medico. No inicio de sua molestia sentiu ainda uma dôr no peito constrictiva, que peiorava com o exercicio, como por ex : subir uma pequena ladeira. Essa dôr era localisada a toda a região pre-cordial. Quando mais forte era acompanhada de uma sensação de constricção. Interrogado diz que nunca sentiu palpitação mesmo após esforço sufficiente a lhe causar falta de ar. E' a primeira vez que entra em hospital tendo antes se tratado na polyclinica de S. Paulo onde deram-lhe digitalina em dose pequena segundo nos informou o medico.

Antecedentes pessoases — Em creança sarampo e depois de homem uma doença aguda febril que durou mais ou menos um anno e que o doente não sabe o que foi. Não bebe nem fuma, usa duas chicaras de café por dia.

Antecedentes hereditarios — Paes mortos de doença ignorada pelo paciente.

EXAME PHYSICO

Typo mediolineo, nutrição regular, decubito indifferente, dyspnéa pouco pronunciada 18 por minuto, cyanose dos labios, edema dos pés. Ganglios inguinaes e axillares pouco desenvolvidos. Olhos com gero-toxo. Pupillas iguaes reagindo á luz e á acomodação. Seios da face indolores bem como as mastoides. Dentes poucos, muitas raizes, mal conservados e pyorrhéa. Amygdalas normaes. Thyreoide palpavel não dolorosa. Não ha Olliver Cardarelli, nem se palpa a crossa de aorta na furcula esternal. Carotidas nada de anormal. Sub-clavias elevadas e endurecidas. Veias do pesçoço pouco turgidas e pulsando moderadamente na posição de pé.

Apparelho cardio-vascular — Choque da ponta pouco intenso, 2 dedos para fóra da linha mamillar. Retraccção systolica do epigastrio.

Percussão — Observamos accentuada dilatação cardiaca, de que regrediu um pouco com o tratamento digitalico.

Auscita — Primeira bulha muito diminuida em todos os focos. Sopro systolico na ponta rude e intenso. Segunda bulha aortica accentuada.

Pulso — irregular em tempo e amplitude com um deficit 14 em repouso e 26 após o exercicio.

Arterias endurecidas e sinuosas. P. Sys 16.0 P. Dias 10.0

Apparelho respiratorio — Sub-macicez nas duas bases com hypersonoridade das outras partes. Sibilos generalizados. Esteriores sub crepitantes nas duas bases de medias e grossas bolhas.

Abdomen — Fígado palpavel logo abaixo do rebordo costal, duro e pouco doloroso. Baço não se palpa nem se percute.

EXAMES DE LABORATORIO

Exame de urina — nada de anormal tanto ao exame chimico como microscopico

Exame de fezes — negativo

R. Wassermann — Negativa

DIAGNOSTICO — Myocardite, Fibrillação auricular, Arterio esclerose.

Evolução — A evolução do effeito da digitalina pôde muito bem ser vista nos traçados junctos. Um novo exame feito em 10-9-28 nos mostrou o desaparecimento do sopro systolico, a primeira bulha tornou-se audivel e a segunda um pouco mais intensa.

TRAÇADO DE J. D., ANTES DE TOMAR DIGITALINA



Derivação n.º 1. Ausencia de -p-. Notam-se em alguns pontos ondulações muito pequenas e mal percebidas. Complexo QRS de duração de 0,06 de segundo. Nota-se no apice de R um pequeno espeçamento. Não ha espacejamento entre os accidentes R. Standard 1 cm = 1 millv; Valor potencial de Q = 0; de R = 9 millm; de S = 0; de T = 2 millm.



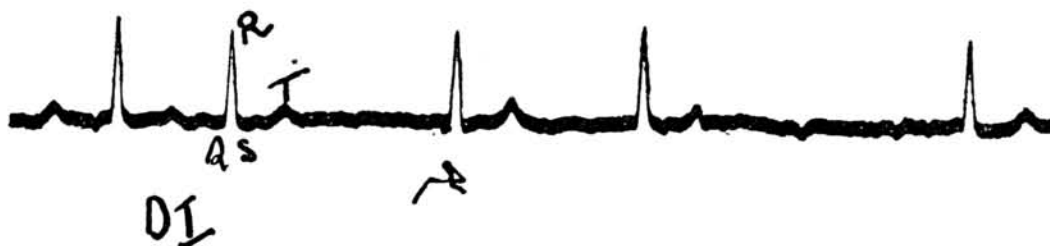
Derivação n.º 2. Ausencia de -p-. Em alguns pontos notam-se nitidamente ondulações pequenas e irregulares. Complexo QRS

de duração de 0,06 de segundo, apresentando um pequeno entalhe na linha de subida de R. Não ha espacejamento entre os accidentes R. Standard 1 cm = 1 millv. Valor potencial de Q = 0 ; de R = 6 millm ; de S = 3 millm ; de T = 1,5 millm.

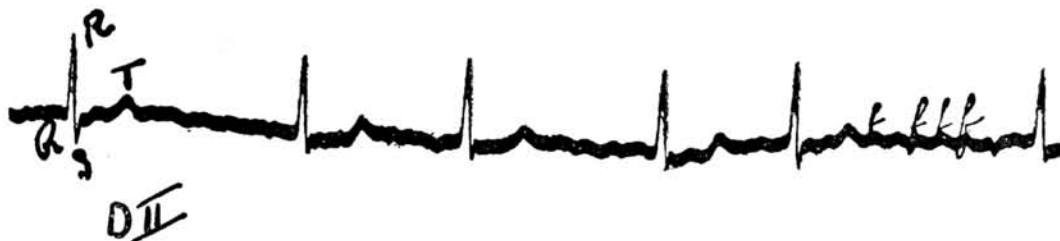


Derivação n.º 3. Ausencia de -p-. Notam-se ondulações muito pequenas, muito frequentes e irregulares. Complexo QRS de duração de 0,06 de segundo, apresentando um pequeno entalhe na linha de descida de S. Não ha espacejamento entre os accidentes R. Standard 1 cm = 1 millv. Valor potencial de Q = 0 ; de R = 0,5 millm ; de S = 5 millm ; de T = 0,5 millm.

TRAÇADO DE J. D., 24 HORAS APO'S TER INGERIDO 1,5 MILLG. DE DIGITALINA



Derivação n.º 1. Ausencia de -p-. Notam-se as vezes um pequeno rendilhado muito fino e irregular. Complexo QRS de duração de 0,06 de segundo. Não ha espacejamento entre os accidentes R. Standard 1 cm = 1 millv. Valor potencial de Q = 0 ; de R = 8,5 millm ; de S = 0 millm ; de T = 1,5 millm.



Derivação n.º 2. Ausencia de -p-. Notam-se pequenas oscilações irregulares em tempo e amplitude. Complexo QRS de dura-

ção 0,06 de segundo. Não ha espacejamento entre os accidente R. Standard 1 cm=1 millv. Valor potencial de Q=0 ; de R=8 millm ; de S=2 millm ; de T=1,5 millm.



Derivação n.º 3. Ausencia de -p-. Notam-se pequenas ondulações (f) de pequena amplitude, muito frequentes, irregulares em tempo e em amplitude. Complexo QRS de duração de 0.06 de segundo. Não ha espacejamento entre os accidentes R. Standard 1 cm=1 millv. Valor potencial de Q=0 ; de R=0 ; de S=4,5 ; de T=traços.

! Pulso Radial — Notamos completa irregularidade entre as diferentes oscillações, quer em tempo como em amplitude. Não ha rythmo fundamental.



OBSERVAÇÃO N. 4

A. L., branco, operario, brasileiro, viuvo, 54 annos, Asylo de Invalidos.

Queixa. — Falta de ar muito forte e edema das pernas.

Molestia actual — Está doente ha um mez quando começou a sentir falta de ar e a inchar os pés. A falta de ar é muito forte sentindo mesmo no leito sendo obrigado a usar o decubito dorsal bem elevado. Sente forte batedeira (sic) no coração que peiora com o menor esforço, tornando-se então muito irregular. Desde o inicio sente dôr na região hepatica, a menor pressão. Tem tosse com es-carros brancos, diz não ter escarrado sangue. O edema se iniciou pelos membros inferiores tornando-se em poucos dias generalizado Ha 20 dias nada pode fazer, tem completa incapacidade para todo o trabalho.

Outros accessos asystolicos — A primeira vez que o paciente procurou o nosso serviço foi em 9-10-25. Nessa ocasião acusava

falta de ar permanente, edema generalizado e muito pronunciado, palpitação forte e irregular vindo após pequenos esforço, tosse com escarros côr de cinza. Estava doente ha 6 mezes e era o primeiro accesso asystolico. Havia incapacidade absoluta para o trabalho.

Por este tempo o exame revelou : Dilatação cardiaca á percussão, diminuição nitida e accentuada da primeira bulha com accentuação do segundo tom pulmonar, além de sopro systolico na ponta. Arterias duras, monilliformes e sinuosas. Pulso arythmico em tempo e em amplitude, sem haver deficit. 80 por minuto. P. Sys 13 P. Dias 9.

Congestão accentuada em ambas as bases pulmonares revelada por uma sub-macicez e estertores sub-crepitantes medios e grossos, pela ausculta. Fígado doloroso, medindo 14 cms na linha mamillar. Após ter tomado 1,5 mill de digitalina o doente curou-se do accesso asystolico tendo obtido a sua alta em 1-11-25 com o diagnostico de Myocardite-Arterio-esclerose e Alcoolismo.

Segundò accesso asystolico em 23-2-26. A queixa era muito semelhante á primeira vez ; falta de ar, edema e batedeira no coração (sic). A palpitação por este tempo era dolorosa e muito mais forte com o esforço. O edema era desta vez muito mais pronunciado. O exame physico mostrou pequenas modificações. A dilatação cardiaca era mais pronunciada ; pela percussão o diametro maximo que era de 15 cms ao nivel do v espaço tornou-se nesta mesma altura de 17 cms. Pela ausculta nenhuma modificação. Retracção systolica na metade esquerda do epigastrio mais pronunciada na posição de pé. Arterias duras. Pulso 104 arythmico em tempo e amplitude, pequeno e pouco tenso. Não havia deficit em repouso apparecendo entretanto, pelo exercicio. Edema e congestão das bases mais pronunciada que o primeiro accesso. Fígado duro doloroso medindo 9 cms abaixo do rebordo costal. Ascite moderada e movel. Cyanose das extremidades com edema pronunciado. Tomou 3 millgs. de digitalina tendo com isto apparecido vomito e numerosas extra-systoles ventriculares, com bigeminismo cardiaco, descendo o pulso a 50 por minuto, para no fim do tratamento voltar a 70 e 80. Pediu a sua alta curado do accesso asystolico, em 18-7-26 sahindo com o diagnostico seguinte : Alcoolismo-Myocardite e arterio-esclerose. Pela arythmia permanente augmentando com o esforço (apparecimento de deficit accentuado) fizemos o diagnostico clinico de fibrillação auricular. O doente permaneceu na enfermaria onde prestava serviços de servente. Em 15-9-26 pediu a sua alta.

Terceiro accesso — Quinze dias após ter tido alta voltou ao nosso serviço novamente em asystolia. Sentia falta de ar, empaçamento no estomago, palpitação e edema pronunciado. A dyspnéa

era permanente, o edema muito pronunciado e a palpitação vinha com o menor esforço. O exame physico quasi nenhuma modificação apresentava do ultimo acesso. Para o lado do coração a unica modificação havida dizia respeito ao pulso que sendo arhythmico em tempo e em amplitude apresentava uma frequencia de 70 com um deficit de 40 em repouso, augmentando para 60 após exercicio moderado. A tensão arterial apresentava as mesmas cifras obtidas nos outros acessos. Nos pulmões observamos sibilos generalizados com estertores subcrepitantes nas duas bases em numero não muito accentuado. Fígado media 18 cms na linha mamillar sendo duro e muito doloroso. Havia ascite pronunciada e edema das extremidades. Demos no primeiro dia 2 ampolas de digaleno Roche e no dia seguinte mais dois millg de digitalina Nativelle. Trez dias após a administração da digitalina o pulso baixou a 65 sem deficit mesmo após exercicio moderado. Desde este tempo nunca mais o doente deixou de tomar digitalina quasi que diariamente na dose de X gottas, conforme encontrassemos o pulso. O doente esteve na enfermaria até os primeiros dias de Janeiro de 1929 quando foi removido para o Asylo de Invalidos. Durante todo este tempo que esteve internado na enfermaria prestou serviços de servente, em plena eficiencia. Todos os dias examinavamos o pulso e davamos digitalina conforme encontrassemos as suas condições. Por uma vez deixamos de administrar digitalina durante 20 dias para fazermos o estudo electrocardiographico do caso. Nesse periodo de tempo 10 dias após o doente deixou de trabalhar devido a falta de ar que sentia e ao edema que appareceu. Bastaram portanto dez dias sem digitalina para novamente o doente cahir em asystolia. O traçado electrocardiographico tirado por esse tempo revelou :



Derivação n.º 1. Ausencia de -p- o qual é substituido por ondulações (f) de pequena amplitude, irregulares em muitos pontos e regulares em outros. Complexo QRS de duração de 0,08. Não se observa spacejamento entre os accidentes R. Standard 1 cms. = 1 millv. Valor potencial de Q = 0 ; de R = 2millm ; de S = 3mill ; T = invertido com potencial 0,5millm.



Derivação n.º 2. Ausência de -p- sendo substituído por ondulações (f) de pequena amplitude e irregulares. Complexo QRS de duração de 0,08. Não se observa espaçamento entre os acidentes R. Standard 1 cm=1 millv. Valor potencial de Q=0; de R=10 millm; de S=3 millm; T = invertido.



Derivação n.º 3. Ausência de -p- sendo substituído por ondulações (f) de pequena amplitude irregulares. Complexo QRS de duração de 0,08. Não se observa espaçamento entre as ondulações R. Presença no ponto assinalado (B. P.) de um batimento prematuro. Standard 1 cm=1 millv. Valor potencial de Q=0; de R=1 millm; de S=2 millm; T=invertido

Após termos tirado os traçados electrocardiographicos voltamos novamente a dar digitalina ao nosso doente que poude de novo se entregar aos serviços que fazia. A sua eficiencia para o trabalho durante o uso da digitalina era tão bôa que chegava a poder carregar doentes com mais de 60 kilos para os transferir de cama. Em janeiro foi removido para o Asylo de Invalidos de onde voltou nessa data, novamente em asystolia, por ter deixado de usar a digitalina.

Antecedentes pessoasas — Ha 22 annos teve rheumatismo em todas as articulações dos braços e das pernas assim como das cadeiras (sic). As dôres eram tão fortes que não podia andar. Não havia edema nem tão pouco febre. Esteve de cama durante 6 mezes. Após ter se curado nunca mais voltou. Gonorrhéa ha 20 annos.

Cancros multiplos por esse tempo acompanhados de adenite suppurada.

Alcoolatra inveterado, usava até um anno atraz meio litro de pinga por dia.

Fuma 20 cigarros por dia.

Antecedentes hereditarios — Paes mortos em idade muito avançada de molestias que o doente ignora.

EXAME PHYSICO

Typo mediolineo ; nutrição regular ; decubito dorsal elevado ; dyspnéa pronunciada ; cyanose da face muito evidente ; edema generalizado. Ganglios inguinaes e axillares não dolorosos. Olhos com sub-ictericia. Pupillas iguaes reagindo normalmente á luz e á accomodação. Seios da face indolores bem como as mastoides. Dentes muito ruins, raizes em grande quantidade com pyorrhéa muito pronunciada. Amygdalas normaes. Thyreoide palpavel não dolorosa. Não ha Olliver-Cardarelli, nem se palpa a crossa da aorta na furcula esternal. Carotidas nada de anormal. Sub-clavias elevadas. Veias do pescoço muito turgidas na posição de pé pulsando vivamente e tendo á inspecção o character do pulso venoso ventricular.

Apparelho cardio-vascular. Chóque da ponta no VI espaço, 1 cm para fóra da linha mamillar, mal percebido e fraco. Não ha fremito. Retracção systolica da metade esquerda do epigastrio mais pronunciada na posição de pé.

Percussão — Diametro transverso maximo 17,5 cms.

Ausculta — Sopro systolico rude e intenso na ponta e no foco tricuspide.

Primeira bulha não é audivel em nenhum dos fócos.

Arterias duras e sinuosas P Sys 13 P Dias 8

Pulso mal se percebe não se podendo contar. O coração tem uma frequencia de 175 por minuto.

Apparelho respiratorio — Hyper sonoridade muito pronunciada em todo os dois pulmões, excepto nas bases, onde notamos submacicez. Sibilos generalizados e estertores medios sub-crepitantes nas duas bases.

Abdomen — Distendido por meteorismo ; não encontramos ascite. Fígado muito doloroso medindo 16 cms na linha mamillar. Baço percutivel

EXAMES DE LABORATORIO

Exame de urina — Albumina traços bem evidentes. No sedimento encontramos cylindros hyalinos e granuloses com inumeros leucocytos. Não havia hematias.

R. de Wassermann negativa em todas as vezes que o doente internou-se no serviço.

DIAGNOSTICO — Fibrillação auricular. Myocardite. Arterio-esclerose. Alcoolismo. Rheumatismo.

Evolução — No dia da entrada após termos tirado o electrocardiogramma demos ao doente 3 mill de digitalina dividida em duas doses. A primeira de 2 mill foi dada de uma vez e a segunda tres horas após porque a frequencia do pulso ainda era alta e não havia signaes de intoxicação. No dia seguinte o pulso havia cahido para 76 e o coração para 80. Tiramos nesse dia novo traçado electrocardiographico que ainda nos mostrou a existencia de fibrillação da auricula. Trez dias após fomos novamente obrigados a dar nova dose de digitalina pois havia em repouso um deficit de 15 pulsações. Após varios dias de observação instituimos uma dose diaria de X gottas sufficientes para manter o coração numa frequencia compativel com um estado cardiaco satisfactorio, a ponto de permittir leves trabalhos na enfermaria.

ELECTROCARDIOGRAMMA TIRADO ANTES DE TOMAR DIGITALINA

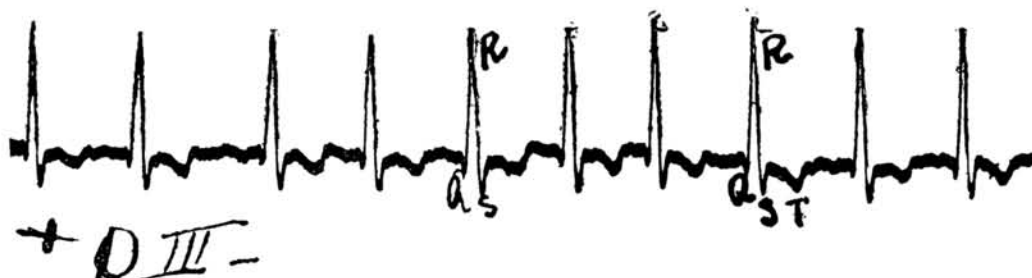


Derivação n.º 1. Ausencia da ondulação -p-. Complexo QRS de duração de 0,08, apresentando um pequeno entalhe na linha de subida de R juncto á linha da base. Não ha espacejamento entre os accidentes R. Standard 1 cm = 1 millv. Valor do potencial de Q = 0 ; de R = 2,5 millm ; de S = 4 millm ; T = invertido.



Derivação n.º 2. Ausencia de -p- sendo substituido por ondulações amplas, irregulares em amplitude e em duração. Complexo

QRS de duração de 0,08 de segundo não apresentando espaçamento entre os accidentes R. Standard 1 cm = 1 millv. Valor do potencial de Q = 0 ; de R = 11 millm ; de S = 3 millm ; T invertido.



Derivação n.º 3. Ausencia de -p-. Complexo QRS de duração de 0,08 de segundo não apresentando espaçamento entre os accidentes R. Standard 1 cm = 1 millv. Valor do potencial de Q = 1 mill ; de R = 13 mill ; de S = 3 mill ; T invertido.

ELECTROCARDIOGRAMMA TIRADO 24 HORAS APO'S TER TOMADO 3 MILLG. DE DIGITALINA



Derivação n.º 1. Ausencia de -p- o qual é substituido por ondulações muito pouco amplas e irregulares. Complexo QRS de duração de 0,08 de segundo não havendo espaçamento entre os accidentes R. Standard 1 cm = 1 millv. Valor do potencial de Q = 0 ; de R = 2 mill ; de S = 4 mill ; T invertido. Nota-se no ponto assinalado (B. P.) a existencia de um batimento prematuro ventricular.



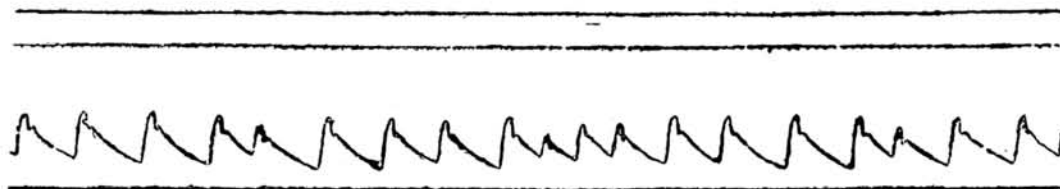
Derivação n.º 2. Ausencia de -p-. Complexo QRS de duração de 0,08 de segundo não ha espaçamento entre os accidentes R.

Standard 1 cm=1 millv. Valor do potencial de Q=0 mill. de R=10 mill; de S=2,5 mill; T invertido.



Derivação n.º 3. Ausencia de -p- havendo em seu lugar pequenas oscillações irregulares em tempo e em amplitude. Complexo QRS de duração de 0,08 de segundo não ha espacejamento entre os accidentes R. Standard 1 cm=1 millv. Valor do potencial de Q=1 millm; de R=11 millm; de S=2 millm; T invertido.

Traçado do pulso radial. Notar a falta completa de espacejamento. Não ha rythmo dominante.



NOTA — Em todos os traçados electrocardiographicos cada mill equivale a 0, seg. 04.