

Dr. Durvaltorcio Balivar de Aguiar
Doutor Livre e Assente da Classe Médica

OBRAS DO MESMO AUTOR

MYOCARDIA

O Röntgodiagnostico das Affecções do Apparelho
Circulatorio. These Inaugural. Approvada com Dis-
tincção.

A Esphygmomanometria e o seu Valor Clinico,
Trabalho para Docencia Livre.

Estudo Etio-pathogenico e Clinico da Asthma,

Medico da
Faculdade de Medicina de Bahia

PAVÃO DE LIXE ESCOLHA

BHIA — 1920

Dr. Durvaltercio Bolivar de Aguiar

Docente Livre e Assistente de Clinica Medica

Ellionmyocardia - Frioes

MYOCARDIA

These de concurso para Professor
Cathedratico da Segunda Cadeira de Clinica
Medica na
Faculdade de Medicina da Bahia

PONTO DE LIVRE ESCOLHA



BAHIA — 1926

PROLOGO

Não fazia parte dos nossos planos de estudos a elaboração desta these de ponto facultativo.

Confiado na aprovação do Regimento Interno desta Faculdade, que dispensava os docentes livres da these de livre escolha, não pensamos em elaborar mais um trabalho, aproveitando as vantagens dessa isenção.

Somente em começo de Setembro fomos surpreendidos com a noticia que o Governo Federal ainda não aprovara esse Regimento e que resolvera encaminhá-lo ao Conselho do Ensino Secundario e do Superior para se manifestar a respeito.

Diante de tal facto fomos obrigados a escrever rapidamente esta these, porquanto não deveríamos perder a oportunidade para inscripção de um concurso, que ha mais de dez annos era por nós desejosamente esperado.

Reconhecemos a importancia do assumpto escolhido, digno de maior explanação, mas nos conforta o animo, quanto a sermos mais syntheticos que desejamos, não serem menos alguns dos autores que têm particularizado o estudo da myocardia.

Consideramos este trabalho um esboço inicial para estudo mais completo.

Posteriormente com mais tempo e maior numero de observações pretendemos dar maior desenvolvimento, contribuindo com o nosso modesto contingente para as seguras bases dessa importante syndrome.

Bahia, 15 de Outubro de 1926.

DURVALTERCIO B. DE AGUIAR.

CAPITULO I

Considerações geraes

Desde os primordios da cardiopathologia, quando o estudo das perturbações cardiacas se esboçava ante os novos e ainda titubeantes processos propedeuticos, phenomenos subitos, de evolução rapida e prognostico maligno, chamaram a attenção dos clinicos que não sabiam explical-os nem prevel-os.

Desenvolveu-se a cardiopathologia, methodos novos de exploração clinica foram descobertos, muitos daquelles phenomenos tiveram sua explicação e conseguiram ser previstos e determinados; mas apesar de todo esse progresso, surgiam ainda observações que surprehendiam aos clinicos quando verificavam a presença de perturbações cardiacas, algumas até de gravidade, em individuos aparentemente sãos e que anteriormente se tinham submettido a exame

completo pelos mais aperfeiçoados processos propedeuticos.

Conheciam-se as affecções determinadas por lesões do pericardio, do myocardio e do endocardio, alterações por causas nervosas já podiam ser estabelecidas e perturbações por doenças dos órgãos vizinhos já não escapavam á perspicacia clinica; entretanto continuavam a apparecer esses phenomenos de symptomatologia variada e de causa desconhecida.

Os cardiopathologistas de differentes epochas procuravam explical-os incluindo-os entre os differentes typos de suas classificações.

Deixando de parte as contribuições anteriores por muito confusas com as affecções posteriormente bem estabelecidas, procuraremos estudar desde Friedreich até aos autores da actualidade essas interessantes perturbações.

Esse grande professor allemão que de Heidelberg espalhou pelo mundo civilizado os brilhantes resultados dos seus estudos e observações, vindo a causar um grande progresso na cardiopathologia do seu tempo,

deixa entrever na sua obra, publicada em 1873, a percepção das manifestações morbidas acima referidas.

Procurando estudar as diversas affecções cardiacas localizando-as no pericardio, no myocardio, no endocardio e no systema nervoso cardiaco vê-se obrigado a admittir dois typos morbidos para explicar certos factos que não lhe passaram despercebidos em clinica: a dilatação do coração, já antes denominada por Corvisart *aneurysma cordis passivum*, e a paralyzia do coração.

Nesse tempo a Anatomia Pathologica que estava em grande evidencia pelas fecundas descobertas de Virchow, todas as classificações se baseavam nas lesões apresentadas e quacsquer que fossem as affecções observadas deveriam corresponder á lesões caracteristicas.

Ainda não se conheciam as perturbações funcionaes. Ao ler-se no "Tratado das Molestias do Coração" de Friedreich a symptomatologia da dilatação e da paralyzia do coração observa-se a identidade de muitos dos symptomias com as perturbações cardiacas funcionaes do presente.

Interessante é o modo de encarar o typo morbido da dilatação cardiaca, quando diz que esta não representa diminuição real da substancia muscular, e que o peso do coração não se afasta das cifras medias encontradas normalmente.

As paralyrias do coração tambem serviram para explicar outras manifestações funcionaes de evolução rapida que, não produzindo claras lesões anatomo-pathologicas, o levaram a considerar como nevroses do coração.

Germain Sée, confundindo-as com as varias arhythmias, incluiu essas perturbações de natureza desconhecida entre as formas funcionaes das molestias do coração. Dividindo-as em diversas especies, justamente nas formas asthenicas dá a descripção completa dessas perturbações, sem lesões manifestas, tornando suas as seguintes palavras de Beau, que ainda têm toda a applicação na actualidade:

«On rencontre souvent, des maladies du cœur caracterisées par les symptomes rationnels les plus positifs, dont la gravité augmente jusqu'à ce que les individus succombent e

l'on ne trouve pas à l'autopsie des lésions qui expliquent suffisamment les symptômes observés et la mort. »

Essas perturbações cardiacas funcionaes mereceram toda a attenção de Germain Sée.

Varias observações encontram-se nos seus trabalhos, algumas interessantissimas e narradas até por outros autores que dellas se utilisaram em suas citações.

Entre essas avultam os factos observados por Thurn e Franzel no exercito allemão, por Myen no exercito inglez e por Da Costa no exercito americano. Estes autores, já nessa epoca, verificaram que após fadigas e marchas forçadas, bruscas perturbações cardiacas, caracterizadas principalmente por dilatação do coração, surgiam em alguns dos soldados, apresentando symptomatologia semelhante ás affecções valvulares.

Cita tambem observações de Seitz, discipulo de Bienner, em que a descripção clinica é identica á da asystolia, havendo somente a differença da autopsia não mostrar lesões do endocardio, do myocardio, do pericardio, da aorta ou de outros órgãos

capazes de explicar estes phenomenos cardiacos.

A Peter tambem não passaram despercebidas essas perturbações. A myocardite, aguda estudada, entre outros, nos ergasthenicos, lhe serviu artificialmente para explicar as insufficiencias cardiacas sem lesões declaradas.

Embora não desenvolvesse o assumpto com a clareza de Germain Sée, contudo deixa ver que ellas não lhe passaram ignoradas, fazendo-as incluir entre as myocardites agudas por fadiga, a atrophia e a dilatação do coração.

Potain, o grande cardiopathologista francez que foi o propagador dos principaes methodos modernos cardiologicos, não deu grande importancia ao assumpto, pois as myocardites chronicas e agudas e as cardiopathias reflexas serviram para explicar todas as manifestações mais ou menos graves, que inesperadamente surgiam nos seus doentes.

Huchard, observando essas perturbações, já reconhecidas por autores anteriores e considerando-as como pseudo-myocardites e falsas doenças do coração, pensa terem

como causa o systema nervoso; e a sua asystolia nervosa serve para explicar o termino da evolução lenta das affecções.

Lendo-se no seu tratado o capitulo referente á asystolia nervosa, encontra-se em varios casos a descripção de uma symptomatologia que pode ser bem applicada aos doentes de insufficiencia funcceional dos autores actuaes.

Merklen, Heitz, Gallavardin, Dieulafoy e Barié foram de opinião semelhante ás de Peter, Potain e Huchard e nas myocardites, dilatações, atrophias e affecções nervosas do coração, pelos seus variados quadros clinicos, no conceito delles, bastavam para resolver a pathogenia desses phenomenos morbidos.

Castelino, no seu extenso e importante trabalho denominado "Lezioni de Semeiotica e Patologia Speciale Medica del Cuore e dei Grossi Vasi", procura incluir essas affecções sem lesões apparentes entre os seus "Disturbi nervosi del cuore".

Não obstante, reconhece elle as difficuldades em separar a funcção nervosa da funcção muscular, como mostra no seguinte trecho :

«Ma, purtroppo, l'incertezza stessa che noi, nelle prime nostre lezioni, abbiamo veduta esistere nel campo delle convocenze anatomico-fisiologiche dell'innervazione endo ed extra-cardiaca, è a mille doppi maggiore in quello delle conoscenze cliniche e patologiche, onde noi siamo costretti a raggruppare sotto questa vaga denominazione di *disturbi neuro-cardiaci* tutti quegli stati morbosi nei quali disturbi cardiaci e nervosi trovansi associati e combinati in proporzioni variabili, e talora in guisa tale da non essere possibile scindere gli uni dagli altri, nè tampoco decidere quali s'iano predominanti o primitivi.»

Um pouco mais adiante, no mesmo capitulo, ainda melhor se revela, ante a pobreza dos conhecimentos de então, expandindo-se dessa forma:

«Dinanzi all'insufficienza delle nostre nozioni fisiologiche, ci è giuoco forza avvalerci quasi esclusivamente, in questo studio, dell'osservazione clinica. Ma sono tali e tanti i tipi morbosi descritti, tali e tante le subdivisioni di ciascuna forma, che la casuistica delle nevrosi del cuore costituisce finora

un caos, non ancora rischiarato, tanto più che vere distinzioni sono in molti casi impossibili, dal momento che spesso i sintomi dell'una forma passano insensibilmente in quelli dell'altra, i confini sono fusi, innumerevoli le complicazioni.»

As bradycardias, as tachycardias, as pal-pitações, as anginas do peito foram as perturbações principaes incluídas no seu distur-bio neuro-cardíaco.

O. Liebermeister em sua Pathologia Me-dica, publicada em 1901, em Tubingen, parece também collocar entre as nevroses cardíacas o então desconhecido quadro cli-nico das affecções cardíacas sem lesões evidentes.

L. Krehl, no "Tratado das Molestias In-ternas", sob a direcção do Professor J. V. Mering, de Halle, lembra, em 1908, as opi-niões já um tanto esquecidas de Germain Sée.

O seguinte trecho traduzido para o ita-liano, mostra o seu valioso juízo a respeito:

«*La capacità di lavoro di tutto il cuore* o delle sue singole sezioni può essere dimi-nuita nei diversi casi in grado assai diverso. Ciò risulta anzitutto dal fatto che i sintomi

di insufficienza cardiaca in taluni ammalati sono continui, anche nel riposo completo, mentre in altri si osservano soltanto quando dal cuore si esiga l'adempimento di richieste maggiori. Negli sforzi eccessivi vengono meno tutti i cuori, anche i più sani. Soltanto il concetto de «eccessivo» è straordinariamente variabile, e anche nell'uomo sano la capacità di lavoro del cuore è da soggetto a soggetto molto diversa. Nell'ammalato dalle prime e più semplice manifestazioni di insufficienza esistono tutti i gradi di passaggio (lentamente crescenti) dai disturbi più leggeri sino alle più gravi alterazioni dell'attività cardiaca, fino alla debolezza cardiaca permanente. Nell'interpretazione e nella cura dell'azione cardiaca si deve tener presente che la mancanza di disturbi circolatori nel riposo non indica che il cuore si comporti normalmente. Se all'esame fisico manca qualunque segno obbiettivo di debolezza cardiaca, mentre vi fanno accenno le affermazioni dell'ammalato, con una diligente anamnesi se deve esattamente ricercare in quali circostanze i sintomi di insufficienza si presentino. Si potrà rilevare allora

non raramente, come certe determinate richieste fatte all'energia del cuore, la cui entità il medico può sino ad un certo punto misurare, provocano nell'ammalato dei disturbi più o meno vivi, anche se, quando riposa, egli si senta completamente sano. »

Mostrando esse autor a importancia da capacidade funcional do coração, parecia naquella epoca prever o grande valor que, após a conflagração européa, este assumpto alcançou, e parece serem de plena actualidade as seguintes palavras por elle propositalmente gryphadas:

« In ogni modo la meta necessaria e più importante de tutta la diagnostica delle cardiopatie é quella di acquisire concetti sicuri sulla capacità di lavoro dell'organo »

Strümpell, na decima oitava edição do seu Tratado de Pathologia Medica, dá boa descripção dessas perturbações, causadas, na sua opinião, por um estado de debilidade do musculo cardiaco.

Admittindo duas especies de debilidade cardiaca, uma congenita, outra adquirida, observou que em ambas a gravidade varia

de accordo com a maior ou menor intensidade dos symptomas apresentados.

Reconhecendo as difficuldades de diagnostico por ausencia de lesões apparentes, conclue dando como causas principaes dessas affecções o alcoolismo e o tabagismo, associados aos excessos de trabalho.

Presentidas estavam essas perturbações por grande numero de clinicos, quando o então solitario de Burnley, o grande Mackensie, revolucionou a sciencia com seus estudos e experiencias sobre cardiopathologia.

Até então a Anatomia Pathologica imperava como soberana. Toda desordem cardiaca deveria corresponder a uma lesão, e as pericardites, myocardites e endocardites com as suas lesões valvulares, bastavam para explicar todo quadro morbido.

E' bem verdade que alguns autores des-toaram da harmonia geral, mas eram excepção e então procuravam no systema nervoso cardiaco a explicação das affecções sem lesões.

Mackensie foi o verdadeiro creador do estudo dynamico do coração. Abandonando

quasi, por julgar de somenos importancia, as lesões valvulares do coração, concentrou sobre o myocardio o seu alto espirito investigador.

Surgiu a cardiopathologia moderna e uma pleiade de discipulos em varios paizes o acompanhou, conseguindo-se chegar ao progresso da actualidade.

A insuficiencia funcional cardiaca, ligeiramente citada e entrevista pelos autores anteriores, ganhou grande notoriedade e passou a ser estudada com afincos pelos processos propedeuticos mais modernos e precisos.

Nesse estado de espirito scientifico, explode a conflagração européa e um immenso campo experimental se apresenta aos grandes cientistas dos diversos paizes.

Foi quasi uma derrocada sobre a preponderancia das antigas theorias baseadas nas manifestações clinicas das lesões valvulares.

Homens considerados como incapazes, por serem portadores de claras lesões valvulares, readmittidos por insistentes pedidos de exaltado patriotismo, soffriam sem alteração da sua euphoria os mais arduos

trabalhos de guerra, e, soldados aparentemente sadios ante os exames então praticados, chegaram a ser punidos injustamente, porque no momento do perigo não podiam dar a necessaria energia do seu dever.

Após uma serie de enganos organisou-se nova orientação para os medicos e modernos processos exploradores da capacidade funcional do coração surgiram para fornecer um juizo mais seguro do quanto o individuo pode supportar de trabalho, separando os incapazes dos capazes.

As lesões oro-valvulares, com seus sopros, estreitamentos e insuficiencias, passaram para o segundo plano; o estado de potencia funcional do myocárdio se impoz e é o que interessa de preferencia aos clinico da actualidade.

Todavia se o absoluto não deve existir nas outras sciencias quanto mais em Medicina, em que a relatividade impera pela sua influencia verificada a todos os momentos.

Embora incontestavelmente a pesquisa da capacidade funcional do coração deva ter a preponderancia nos estudos da cardiopathologia, pensamos não se dever acom-

panhar alguns autores inglezes que dizem não ter conveniencia pratica os conhecimentos das affecções valvulares, no tratamento dos doentes.

Uma lesão valvular algumas vezes dá margem a longa vida sem qualquer desordem cardiaca, mas é verdade que o individuo nessas condições está mais predisposto a insufficiencia cardiaca que qualquer outro não a possuindo. As estatisticas têm confirmado esta asserção.

Assim, sob novos moldes, os investigadores começaram a estudar as perturbações cardiacas e estas ficaram divididas em dois grupos um tanto artificiaes: perturbações por insufficiencias causadas por lesões cardiacas e insufficiencias funcionaes do coração.

As primeiras abrangem quasi toda a cardiopathologia. São affecções determinadas por processos anatomo-pathologicos do pericardio, do myocardio e do endocardio.

As segundas, sem lesões conhecidas pelos actuaes processos de exploração e por isso denominadas de funcionaes, são as que pretendemos estudar neste trabalho.

↓
S. e.
J.

Como já nos referimos, os autores tinham conhecimento dessas perturbações, embora não soubessem explica-las, nem separá-las das outras, originadas por lesões conhecidas.

Foi esta a tarefa dos cientistas contemporâneos, que ainda não atingindo a meta dos seus estudos, contudo já conseguem, através de um quadro clínico próprio, de terminá-las, fazer o prognóstico e formular o tratamento adequado.

Após Mackenzie e como consequência da conflagração européa, os estudos das perturbações funcionaes do coração alcançaram um grande desenvolvimento, pois todos os cardiopathologistas a ellas se dedicaram com afino.

Os meios de exploração chegaram a um grande progresso. Desenvolveram-se os antigos processos propedeuticos e novos foram descobertos, todos tendo em mira já não somente a pesquisa das lesões anatomo-pathologicas dos órgãos, mas principalmente a sua capacidade funcional e o seu dynamismo.

Presentemente pela inspecção, palpação, percussão, auscultação, roentgenlogia, esphy-

gmomanometria, phlebomanometria, viscosimetria, esphygmographia, cardiographia, phlebographia, polygraphia, electrophonocardiographia, electrocardiographia e ás provas de aptidão funcional do coração, os clinicos têm bases mais seguras para julgar do estado funcional do aparelho circulatório.

Atravez desses novos processos propeuticos é grande a contribuição scientifica nos diversos paizes e sendo a insuficiencia cardiaca a directriz lançada por Mackensie, todos os autores modernos estudam a cardiopathologia por este prisma, existindo assim extensa bibliographia, cheia de trabalhos experimentaes.

Os trabalhos de Mackensie, baseados principalmente nas suas proprias experiencias e nos estudos de scientists anteriores como Gaskell, Gibson, Erlanger, Adam, Engelman, Hering, Keith e Flack, Tawara, Einthoven, Marey, Lewis, Wenckebach, Aschoff, Kent e His, para citar os principaes, seguiram-se os dos autores da actualidade.

A contribuição actual sobre a insufficien-

cia cardiaca é enorme e difficil a citação dos varios autores nos diversos paizes. Entretanto não poderemos fugir a referencia dos principaes, pelos seus estudos e contribuições originaes.

Na França temos as figuras de destaque de Vaquez, Laubry, Lutembacher, Walser, Donzelot, Gravier, Pezzi, Dumas, Gallavardin, Pachon, Lian, Bordet, Clerc e Schrumppf-Pierron; na Allemanha, Hochhaus, Kaufman, Eppinger, G. Liebermeister, Herring Waller e Wenckebach; na Inglaterra Lewis, Oliver, Gaskell, Schofer, Osler, Corvan Ritchie e Egglestin; nos Estados Unidos, Janeway, Lawrence, F. Barker, Warfield, Bishop, Pottenger e Mc Rae Hewlett; na Argentina, Padilla, Escudero, Arrilaga, Bulbrich e Behr; na Rumania, Danielopolu; e no Brazil, Miguel Coutó, Rocha Vaz, Oswaldo de Oliveira, Romeiro, Oscar Clark, Manoel de Abreu e Pedro da Cunha.

Os estudos e experiencias dos autores citados com a companhia de muitos outros investigadores deram como resultado a cardiopathologia actual, que faculta melhores

conhecimentos ao clinico, podendo em condições superiores ás do passado formar um juizo mais seguro da capacidade do aparelho circulatorio, empregando os meios possiveis para evitar suas perturbações, e se já existentes, minora-las.

Entretanto, apesar de todo este progresso e dos varios methodos exploratorios, affecções ha que zombam dos conhecimentos medicos mais apurados e surgem subitamente, até sob forma gravissima, com um desenlace brusco e fatal.

Não é o estudo geral da insuficiencia cardiaca que tentamos praticar neste modesto trabalho. Essa é a tarefa de todos os cardiopathologistas modernos dos diversos paizes, que, por centenas de publicações, enchem a bibliographia do assumpto.

Nós o faremos sob uma das modalidades, aquella que é menos conhecida, que offerece as maiores difficuldades para o diagnostico e cuja pathogenia ainda está envolta na sombra da probabilidade — a insuficiencia funcional do coração.

A insuficiencia funcional do coração é a denominação geral dada pelos diversos

autores para caracterizar o quadro morbido de variadas perturbações cardíacas que não revelam a sua causa productora.

Embora aceita essa denominação pela maioria dos autores, termos varios têm surgido para representar essas perturbações cardíacas de symptomatologia variada. *Debolezza cardiaca, strapazzo acuto e debolezza tossica del cuore* pelos autores italianos. *Cardiac weakness, myocardial insufficiency* pelos americanos e inglezes. *Debilidad cardiaca e insuficiencia circulatoria* pelos hespanhoes e argentinos. *Cardioplegie, dyspragie myocardique progressive cryptogenetique, hypodynamie myocardique e myocardie* pelos francezes.

S ↓ } Dentre todas as denominações parece-nos merecer preferencia a de myocardia, embora pensemos que não deva este termo ter a extensão que seus autores Laubry e Walser querem dar.

O nome de myocardia lançado por estes autores no anno passado para representar uma syndrome clinica, caracterizada por variados signaes, tem recebido a critica de diversos autores, que levam a discussão da

conveniencia do nome até a sua symptomatologia.

Quanto ao nome, não percebemos razões plausíveis para tal condemnação. Ao contrario, consideramos feliz o termo pela sua precisão e simplicidade, sendo muito melhor que myocardismo, dyspragia myocardica progressiva cryptogenetica proposto por Paul Ribierre e hypodynamia myocardica, apresentado por Lian.

Paul Ribierre criticou a denominação de myocardia por ser pouco explicita, não lembrando o quadro clinico das affecções.

Lian pensa não dever ser accета para não causar confusão com a myocardite que é muito semelhante.

Não nos parecem razoaveis as opiniões desses autores. A myocardia exprime bem e syntheticamente a syndrome composta de varias e determinadas manifestações pathologicas do coração, cuja causa não é revelada pelos actuaes processos de exploração clinica. Se myocardia e myocardite têm pronuncia um pouco parecidas, não são iguaes e em Medicina ha palavras com semelhanças identicas e com significações muito diffe-

↙
A.

rentes, sem que se pensasse na criação de outras para substituí-las.

Laubry e Walser, que foram os primeiros organizadores em uma syndrome dessas perturbações cardiacas observadas desde muito tempo e que até então não foram bem determinadas, nem estudadas em conjuncto, têm ultimamente dado tal extensão ao quadro symptomatologico que alcança todos os typos de insuficiencia cardiaca, quasi transformando o termo de myocardia em synonymo dessa affecção.

Pensamos ser muito razoavel a criação nos seus ultimos trabalhos de uma forma de myocardia lenta com phases de aggravação de symptommas, e até de curabilidade em alguns casos, pois são accordes com a observação clinica.

Nos seus trabalhos iniciaes, determinando o quadro clinico da myocardia, estes autores só admittiam uma forma grave de evolução rapidamente fatal, mas com estudos mais perfectos e maior numero de observações notaram a necessidade de dar maior amplitude a syndrome e crearam formas outras que variam das leves perturbações cardia-

cas ás mais graves do seu primeiro typo, que denominaram myocardia pura.

Das interessantes considerações e conclusões de Laubry e Walser sobre a sua myocardia, pensamos que algumas não devem ser acceitas por causarem confusão do assumpto, quando o desejado deve ser o methodo e a clareza.

Razoaveis incontestavelmente são as suas opiniões para a conveniencia do termo em substituição ao geralmente empregado por todos os cardiopathologistas, de insufficiencia funcional do coração.

Na verdade, como pensam Daniel Routier, Marcel Thomas e Henri Vadon, a insufficiencia funcional do coração presentemente «mostra sem provas definitivas, a ausencia completa de lesões e evoca relações intimas e indiscutíveis de causa para effeito entre perturbações de ordem geral (influencias nervosas, humoraes, glandulares) e os phenomenos cardio-circulatorios.» Assim essa denominação demonstra a ignorancia actual para perceber as causas e lesões capazes de determinar essas perturbações, e com o progresso da Medicina forçosamente terá que -

desaparecer, pois sendo o problema resolvido não haverá mais motivos para chamarem funcçionaes as affecções cuja origem e processo anatomo-pathologico estejam estabelecidos.

Com a myocardia tal não pode acontecer, pois sendo o nome para designar uma síndrome, embora sejam descobertas as suas causas e as suas lesões, o termo pode continuar com toda propriedade. E' como bem diz Castaigne: «l'expression de «myocardie» permet de laisser de coté toute idée d'ordre anatomique, étiologique et pathogenique, en se contentant d'établir des cadres cliniques qui, plus tard, pourront être complétés par un substratum anatomique, lorsque l'experimentation se seront perfectionnées.»

Estamos de pleno accordo com a concepção de Laubry e Walser para que se denomine myocardia a síndrome caracterizada por perturbações cardiacas de origem actualmente desconhecida pelos methodos de exploração clinica.

Discordamos da sua larga amplitude do quadro clinico chegando a admittir na síndrome algumas affecções de existencia já

estabelecida com causas até certo ponto determinadas e lesões relativamente estudadas.

No nosso modo de entender deve-se considerar actualmente como myocardia toda affecção leve ou grave do coração que, embora se manifeste por symptomas evidentes, não se possa incluir entre qualquer das affecções cardiacas presentemente estabelecidas. } ↓ S

A myocardia, syndrome creada por Laubry e Walser no fim do ultimo anno, ainda está na sua phase inicial organisadora. Se os seus symptomas principaes são conhecidos pela Medicina desde muito tempo, o seu quadro clinico somente está esboçado, esperando a contribuição dos clinicos e a observação larga de muitos doentes para que os seus limites se fixem nos devidos pontos.

A exclusiva origem cardiaca da syndrome já não pode ser admittida. Factores dependentes do systema circulatorio peripherico agem conjuntamente, quando não são elles proprios os causadores das affecções do coração, demais cansado de funcionar supplementarmente para vencer as difficuldades que não lhe são proprias. } ↓ ch.

Os recentes estudos de A. Dumas, as

interessantes observações de Bard sobre a "Activité de la diastole e son rôle en pathologie cardiaque" e as experiencias de Mount-Reid e Holman, determinando no cão insuficiencia cardiaca por aneurisma arteriovenoso, não deixam duvida sobre a influencia do systema circulatorio peripherico na pathogenia da myocardia.

A. Dumás no seu importante trabalho sob o titulo "La circulation sanguine peripherique et ses troubles" estuda com grande desenvolvimento o assumpto demonstrando a existencia de syndromes vasculares primitivas e a sua repercussão sobre o orgão cardiaco, tornando-se evidente que as affecções cardiacas determinam perturbações do systema circulatorio peripherico e affecções deste systema tambem determinam perturbações cardiacas.

Esses ultimos e recentes trabalhos ainda melhor vêm demonstrar quanto complexa é a pathogenia da myocardia, mas por isso mesmo mais interessantes se tornam os seus estudos, aguçando a curiosidade dos clinicos para estabelecer sobre bases precisas essa

syndrome, tão rica de surpresas desagradáveis pelos frequentes desenlaces fataes.

No nosso modo de julgar a myocardia, como quadro clinico, deve ser menos que Laubry e Walser propõem e sua provavel pathogenia deve ter maior largueza que a por elles apresentada.

A' primeira vista parece que admittindo origem peripherica para a myocardia, desaparece a razão dessa denominação. Nesse caso, não é mais no myocardio o seu principal foco pathogenico, mas reflectindo-se melhor sobre o assumpto evidente se torna que só poderá haver esta syndrome se o myocardio perder as suas qualidades de potencia e, embora a causa seja extra-cardiaca, uma outra verdadeiramente cardiacas tem de existir para explicar as perturbações circulatorias.

CAPITULO II

Etio-pathogenia da myocardia

A etio-pathogenia da myocardia é o mais confuso de todos os seus problemas clinicos.

Baseando-se actualmente a syndrome na sua origem funccional, sem lesões evidentes, as suas causas ainda não podem ser bem conhecidas e determinadas.

Todavia sendo verdadeira a asserção, deve-se procurar por novos conhecimentos as bases precisas para estudo, afim de que se possam firmar os elementos necessarios para essa entidade morbida.

No presente momento ainda a sciencia não possui meios seguros para conhecer a sua etio-pathogenia. Os resultados obtidos ainda são problematicos, mas esses pequenos fundamentos, estudados e desenvolvidos podem dar margem a maiores proventos para tão importante assumpto.

Laubry e Walser, com a tendencia ulti-

mamente demonstrada nos seus trabalhos de fugir á concepção da origem funcional de syndrome, indicam diversas causas capazes de determinar a myocardia.

No seu modo de pensar «a noção de myocardia, ou de insuficiencia cardiaca funcional não se applica somente aos desfallecimentos primitivos sem lesões valvulares, sem perturbações vasculares á distancia, sem alterações myocardicas visiveis», casos puros, os primeiros que retiveram a sua attenção. Admittindo duas formas de myocardias, as puras e associadas, esses autores concluem ser o problema dessas affecções, «complexo, semeado de incognitas, diante do qual só ha duas attitudes possiveis: ou bem se ficar apesar de tudo no diagnastico de myocardite e esperar do futuro a descoberta de lesões invisiveis e presentes; ou procurar resolutamente tóra das concepções classicas a causa de um desfallecimento cardiaco que são impotentes de explicar.»

Acompanhando-os na segunda attitude, julgamos que o diagnastico de myocardite não satisfaz como explicação para a syn-

drome denominada de myocardia, principalmente com o conhecimento que exames anatomico-pathologicos em corações de doentes fallecidos dessa affecção não revelaram as lesões características da myocardite.

As suas lesões provavelmente serão outras, escapando aos recursos da actualidade, por serem ainda imperfeitos os processos empregados.

Marchando no terreno oscillante da duvida por falta de elementos precisos, achamos que as suas conclusões alcançam uma longa extensão, admittindo como causas determinantes da myocardia certas perturbações e até mesmo algumas lesões de outras entidades morbidas conhecidas.

As causas etio-pathogenicas provaveis de determinar a myocardia podem ser incluídas em dois grupos: causas cardiacas e causas extracardiacas.

Difficil muitas vezes é na pratica separar as causas cardíacas das extracardiacas, pois se encontram de tal forma associadas que se confundem apresentando uma origem dupla.

As causas cardiacas reveladas sympto-

S

matologicamente por exclusivas perturbações do coração parecem depender de varios factores.

Na opinião de Lian os mais importantes são os devidos ás intoxicações, principalmente as determinadas pelo alcoolismo, e pelas glandulas endocrinicas. Citando suas proprias observações May e Vaquez julgam «plausivel admettre que a intoxication ethylique, como muitas outras, é susceptivel de impregner a fibra myocardica sem arrastar lesões microscopicas nitidas.»

Routier, Thomas e Vadon tambem dão grande importancia ao alcoolismo, considerando-o como o factor toxico mais evidente na myocardia. O seu modo de pensar é bem resumido no seguinte trecho do seu artigo:

«L'alcool touche le cœur et le foie avec électivité; la myocardie éthylique s'accompagne toujours d'un certain degré de cirrhose portale. Le foie est un foie mixte: cardiaque et alcoolique. La myocardie est du type ventriculaire gauche ou ventriculaire total; son évolution est progressive et le plus souvent fatale. On cite

quelques cas qui ont rétrocedé et nous-même avons observé un malade chez lequel la suppression complète des boissons alcooliques amena l'arrêt de l'insuffisance ventriculaire, puis sa rétrocession dans la suite. Mais chez lui le foie, profondément altéré, continua d'évoluer et deux ans plus tard détermina la mort par diabète bronzé.»

Realmente o alcoolismo tem grande influencia sobre o coração, determinando sua insufficiencia e assim a myocardia. No nosso pequeno numero de observações, encontramos dois casos em que o alcoolismo era evidente, tendo conseguido dos doentes a confissão do abuso de bebidas alcoholicas.

Outro factor provavel para explicar a causa cardíaca isolada dessa affecção é a deficiencia circulatoria do coração.

Alterações anatomicas das coronarias e suas perturbações funcionaes, dependentes talvez do systema vago-sympathico, determinam um enfraquecimento do orgão e assim a sua insufficiencia.

O systema nervoso cardiaco tambem parece ter influencia com o enfraquecimento da sua acção autonoma, diminuição de ex-

citabilidade muscular e principalmente por suas crises dolorosas.

As causas extracardiacas de myocardia parecem ser de natureza variada. Causas endocrinicas, causas psychicas, causas nervosas geraes, causas anemicas e causas vasculares, têm sido as principaes apontadas pelos autores.

As causas endocrinicas, apesar dos poucos conhecimentos estabelecidos sobre a etiopathogenia da myocardia, têm até certo ponto, na opinião geral dos que estudaram o assumpto, posição de destaque como productoras de perturbações cardiacas.

Laubry, Walser, Routier, Thomas, Vadon e Lian citam observações de doentes de myocardia com manifestas perturbações endocrinicas.

A acção das glandulas de secreção interna, no nosso modo de pensar, é de tal forma evidente que foge ao terreno hypothetico e se firma na observação clinica e na experiencia. Se glandulas existem cuja influencia ainda não bem está estabelecida, outras, como a thyroide e as suprarenaes, têm de tal forma claras as suas perturba-

ções para o aparelho circulatorio que é fugir á evidencia, negar a sua acção pathogenica.

Conhecidas bastante são as perturbações cardiacas da syndrome de Basedow. A tachycardia, as extrasystoles e as hypotonias cardiacas, determinando crises de maior ou menor insuficiencia cardíaca, são frequentes nessa affecção.

A insuficiencia thyroidéa tambem causa manifestações de myocardia. A atonia cardíaca, com phenomenos de insuficiencia é frequentemente observada no myxedema.

Laubry, Walser e Mussio Fournier apresentaram á "Societé Medicale des Hopitaux de Paris", em Abril de 1924, um caso de insuficiencia ventricular esquerda com angina do peito, resistente ao tratamento cardiotonico, cedendo suas perturbações funcçionaes pela opotherapie thyroidéa.

Casos mais ou menos identicos foram observados por Zondeck, Epinger e outros autores.

Laubry e Walser consideram que as per-

turbações cardio-vasculares são as mais precoces e mais constantes das dysthyroidias e embora digam que as relações entre estas dysthyroidias cardiacas primitivas só constituam uma hypothese, concluem ser «une hypothese etayée sur des données assez nombreuses et assez interessantes pour mériter d'être prises en consideration.»

As glandulas supra-renaes tambem pelas suas perturbações determinam provavelmente alterações funcçionaes para o coração, directamente ou por influencia da hyper ou hypotensão arterial.

Nos casos clinicos de perturbações da funcção suprarenal tem-se observado manifestações de hyposystolia, de maior ou menor gravidade. São frequentemente encontradas em clinica nas suprarenalites por complicações de molestias infecciosas, juntamente com asthenias, hypotensão arterial e insufficiencia cardiaca, que cedem ao tratamento opherapico adequado.

A acção das outras glandulas demonstram, quando em conjuncto influencia, mais ou menos accentuada na myocardia. Separadamente, [entretanto, os conhecimentos

medicos não podem precisar o effeito das suas perturbações.

O mecanismo determinante das perturbações circulatorias ainda é quasi ignorado, tendo alguns autores a opinião que se faz atravez do systema vago-sympathico.

As causas psychicas influem certamente na etio-pathogenia dessa affecção. Não faltam observações para demonstrar tal julgamento e durante a guerra européa que as emoções passadas pela humanidade alcançaram ao maximo, medicos dos diversos paizes observaram insufficiencias cardiacas, sem lesões manifestas, após as grandes crises psychicas, causadas pelo terror, pelos pezares e pelo excesso de trabalho intellectual.

Na historia antiga ha um facto grandemente relatado, como morte por alegria e que somente na actualidade parece ter a sua explicação. O portador da noticia da victoria de Marathona, morreu em Athenas, immediatamente á transmissão de tão importante e feliz acontecimento.

Laubry e Walser citam o caso de um homem vigoroso e sadio, que passando du-

S

S

rante a guerra por varias e fortes emoções, condemnado á morte e obrigado até a cavar seu proprio tumulo, teve como resultado grande insufficiencia cardiaca, com arhythmia completa e insufficiencia mitral funcional.

As emoções associadas á ergasthenia, aos excessos genitales e ao abuso de toxicos, como fumo e alcool, ainda melhor devem determinar myocardia.

As causas nervosas, oriundas do systema nervoso central ou do peripherico devem ter tambem grande influencia na etio-pathogenia da syndrome estudada.

São bem conhecidas as intimas relações das diversas partes componentes do apparelho circulatorio com o systema nervoso, principalmente atravez do sympathico e do pneumogastrico e por conclusão grande parte da myócardia de origem desconhecida deverá ter ali a sua pathogenia, quer directamente, quer por influencia do systema endocrinico.

A anemia por qualquer das suas causas, costuma ter na sua symptomatologia perturbações cardiacas caracteristicas da myo-

cardia e que cessam quando o doente adquire o seu primitivo vigor.

As causas vasculares percebidas por diversos cardio-pathologistas receberam acurada attenção de A. Dumas que, em trabalho deste anno, deu um grande desenvolvimento expondo os resultados das suas observações e dos seus estudos.

Na sua opinião as syndromes arteriaes primitivas «são capazes de repercutir sobre o coração, para ali crear perturbações a principio simplesmente funcionaes, mas que ulteriormente podem tender á verdadeiras cardiopathias secundarias, quando a causa primeira é persistente.»

Essas perturbações tanto podem depender da hypertonia como da hypotonia arterial.

Na hypertonia arterial, já desde muito tempo autores outros tinham observado variações de volume do coração e perturbações mais ou menos intensas.

Gallavardin, no seu importante trabalho sobre "La tension arterielle en clinique", dá longa descripção das formas complicadas da hypertensão arterial permanente, incluindo

nessa classe os accidentes anginosos e as arhythmias de varios typos.

J. Lenèque, Osler, Makins, Cunéo, Tous-saint e Leriche fizeram communicações em que demonstraram variadas perturbações cardiacas resultantes de aneurismas arterio-venosos.

Mount-Reid e Holman conseguiram experimentalmente produzir num cão aneurismas arterio-venosos e observaram accidentes cardiacos secundarios semelhantes aos que os autores acima citados tinham observado no homem.

Confirmadas ainda mais foram essas opiniões, pelas observações posteriores de Cazamian, Leriche, Gregoire e Sénèque, que intervindo cirurgicamente para supprimir a communicação arterio-venosa, fizeram cessar por completo as perturbações cardiacas.

A hypotonia arterial primitiva tambem mostra ter acção sobre a pathogenia da myocardia. A. Dumas, baseado em algumas observações, chegou a pensar que suas formas de asystolia progressiva sejam dependentes dessa origem. Para confirmar o seu modo de entender o assumpto, empregou

varios argumentos clinicos, therapeuticos, histologicos e experimentaes concluindo: «da même que l'hypertension arterielle engendre le gros cœur, l'hypotension peut donner lieu dans certaines conditions d'hypotonie vasculaire primitive—à un syndrome cardiaque particulier de tachycardie irredactible avec galop, puis asystolie, qui rappelle assez bien le syndrome du gros cœur, dit primitif.»

No nosso modo de comprehender a etiopathogenia da myocardia, nesse esboço de causas deve-se limitar todo o estudo presentemente a respeito.

São essas provavelmente as causas da myocardia pura ou verdadeira myocardia, mas Laubry e Walser, pensam nas suas ultimas produções differentemente e estendendo o quadro clinico da sua primitiva syndrome, crearam um segundo grupo, o das formas associadas.

Essas formas vieram causar confusão ao estudo da myccardia, pois tomando parte na symptomatologia das affecções organicas e inflammatorias do coração, difficil se torna

o seu diagnostico e ainda mais confusa a sua etio-pathogenia.

Admittindo essas idéas de Laubry e Walser quasi que a syndrome em estudo abrange todo o quadro clinico da insuficiencia cardiaca, arriscando-se o termo recencreado a se tornar synonymo do dessa affecção.

es. ↓
Pensamos que a myocardia deve ficar como syndrome nos limites de affecção primitiva do aparelho circulatorio, com sua symptomatologia determinada, suas formas clinicas e suas complicações.

Com a amplitude acima referida, o estudo etio-pathogenico alcança grande extensão, quasi sendo o de todas as affecções do aparelho circulatorio.

Por esse motivo na descripção etio-pathogenica da myocardia nos limitamos ás provaveis causas acima referidas.

E' bem verdade que Laubry e Walser procuram fazer separação entre affecções cardiacas com ou sem: myocardia, mas os seus processos ainda são pouco claros. Assim dizem elles no seu artigo publicado na "Revue Medicale Française", de 2 de Fevereiro de

= 1926:

«Os casos de myocardia pura permitem admittir a existencia de formas associadas a lesões valvulares, de hypertensão, a infecções agudas ou chronicas, finalmente a intoxicações. A observação mostra effectivamente, que os doentes attingidos nas mesmas condições etiologicas, de *lesões valvulares identicas* apresentam com frequencia sequencias dissemilhantes. Alguns são passíveis duma actividade normal e prolongada, a outros parece reservada a decadencia progressiva e irremediavel dum coração ferido de morte; a insufficiencia evolue com uma rapidez e irreductibilidade inhabituaes, que impõem ao espirito a intervenção de um factor tambem inhabitual.»

Por este trecho se evidencia quanto complexa e extensa é a nova concepção de Laubry e dos seus discipulos.

CAPITULO III

Estudo clinico da myocardia

O estudo clinico da myocardia é baseado em pathogenia um pouco duvidosa e em symptomatologia variada e um tanto confusa.

Procuraremos neste modesto trabalho dar a impressão actual do pensamento dos autores modernos sobre tão importante assumpto e trazer a fraca contribuição das nossas observações e dos nossos estudos.

Sendo a myocardia principalmente o que em geral se denomina insufficiencia funcional do coração, somente atravez deste termo se pode colher as opiniões actuaes a respeito.

A concepção apresentada por Laubry e Walser ainda não tem o tempo necessario para os cardiopathologistas poderem dar as suas impressões e os seus julgamentos.

A syndrome myocardia necessita de ser

estabelecida sob fundamentos solidos, afim do caracter funcional não ser o unico marco para o seu diagnostico. Já que presentemente não bem se conhecem as suas lesões nem a origem das suas perturbações, tem de se realizar no terreno clinico as bases para o seu conhecimento, deixando para mais tarde completar-se toda a descripção da syndrome.

SYMPTOMATOLOGIA

Laubry e Walser lançaram os alicerces symptomatologicos da syndrome da sua criação.

Nós os acompanharemos no seu estado, mostrando o nosso modo de encarar o assumpto e o motivo de algumas divergencias.

Os seus discipulos Daniel, Routier, Marcel, Thomas e Henri Vadon, sob a sua orientação, procuraram estabelecer a symptomatologia da syndrome sob tres typos clinicos: myocardias ventriculares, myocardias auriculo-ventriculares e myocardias das dissociações auriculo-ventriculares.

Feliz até certo ponto nos parece essa divisão, mas ao estabelecerem os signaes determinantes, algo de confusão existe, dependente mais da amplitude concedida a syndrome que da fraqueza da sua descrição.

Embora tenhamos reconhecido feliz a divisão referida, no nosso estudo symptomatologico faremos sob outra forma e em conjuncto, porque os signaes desses diversos typos de tal modo se associam e se confundem que clinicamente se torna difficil fazer sua separação em todos os casos.

Alem disso a myocardia ventricular pode-se estender as auriculas e se tornar auriculo-ventricular e a myocardia por dissociação auriculo-ventricular frequentemente revela manifestações de myocardias auricular e ventriculares.

Acompanhando Routier, Thomas e Vadon no seu modo expositivo, faremos o estudo da symptomatologia da myocardia pelos seus signaes physicos, funcçionaes e geraes.

SIGNAES PHYSICOS. — Os signaes physicos

são fornecidos pelos varios processos de exploração clinica usados presentemente. Todos elles facultam preciosos contingentes para o conhecimento da syndrome em estudo.

Num trabalho synthetico e essencialmente clinico como este, não poderemos dar o desenvolvimento que o assumpto requer e assim nos limitaremos ao principal e melhor estabelecido.

Dos varios methodos exploratorios os mais uteis são : a auscultação, a esphygmo-manometria, a roentgenlogia, a polygraphia e a electrocardiographia.

Auscultação.—As myocardias se revelam á auscultação pelo abafamento das bulhas cardiacas, pelos sopros funcionaes e pelas arhythmias.

O abafamento das bulhas cardiacas é um dos signaes mais precoces dessas affecções.

Quando os outros symptommas ainda não se manifestaram, o clinico muitas vezes é despertado pela fraqueza dos tons cardiacos que difficultam o exame do doente, dando a impressão da existencia entre o coração e o ouvido de qualquer tecido de volume exagerado.

Fazendo-se a separação diagnostica com os derramamentos do pericardio e com os emphysemas que determinam manifestações identicas, o juizo medico pode firmar a sua opinião positiva sobre o signal. O abafamento das bulhas é ouvido em todos os focos cardiacos, mas sua accentuação é maior na base e principalmente no segundo tom aortico.

Os sopros funcçionaes, dependentes geralmente de evolução mais adiantada da myocardia, são outros signaes de valor. A sua precisão não é facil, por se tornar necessario fazer o diagnostico com os sopros organicos e anorganicos do coração.

Admittindo a nova accepção de Laubry e Walser, de incluir a myocardia no quadro clinico das lesões valvulares do coração é mais difficil fazer o diagnostico, pois no seu modo de entender, embora o sopro seja organico, ainda pode haver essa affecção.

Os sopros de natureza funcçional, proprios das insufficiencias valvulares, são systolicos da ponta ou diastolicos da base. Conforme sua localização a myocardia é direita, esquerda ou total.

Os sopros systolicos da ponta indicadores de uma insuficiencia mitral, funcional, são os mais frequentes. Holosystolicos de preferencia, tambem podem ser protosystolicos e mesosystolicos.

Os sopros diastolicos da base, quando observados no foco aortico, são devidos a insuficiencia aortica funcional. São menos frequentes que os anteriores, a sua presença indica phase mais adiantada da evolução da myocardia e geralmente se apresentam como complicações dos outros sopros.

Os sopros funcionaes são devidos a dilatação do coração. O coração atonico, com as suas paredes estreitadas, não pode resistir a tensão sanguinea e se dilata, ao ponto de, embora com valvulas intactas, estas não se poderem unir, deixando pequena abertura que com o refluxo do sangue vibra pela formação da veia fluida.

Nesses casos, os exames cadavericos mostram as valvulas integras e o coração sem lesões de myocardite.

As arhythmias se manifestam nas myocardias sob suas diversas variedades, sendo

as mais frequentes o *rhythm*o de galope e a *tachycardia*.

O *rhythm*o de galope, audível preferentemente na região precordial e apexiana quando a *myocardia* é esquerda, também se percebe nas regiões esternal e *xyphoidea*, se a *myocardia* é total.

O *rhythm*o de galope, entrevisto por Charcellay e Reyer, melhor percebido e explicitamente denominado por Bouillaud, somente após os estudos modernos teve a sua devida explicação.

Theorias varias têm se estabelecido para explicar esse *rhythm*o. Theorias ventriculares, dependentes do desdobramento ou do redobramento da primeira bulha, *asynchronismo* do choque da ponta e dissociação dos elementos muscular e valvular da mesma bulha tiveram a sua voga.

Actualmente o *rhythm*o de galope é considerado uma *arhythmia tonotropica*, dependendo da parede do ventriculo, dilatado e *hypotonico*, vibrando por effeito da *ystole auricular*.

Laubry e Pezzi, que em trabalho recente estudaram cuidadosamente o assumpto, re-

sumem no seguinte trecho, a sua explicação synthetizando o pensamento moderno sobre a pathogenia do rhythmio de galope:

«Le rythme de galop est pour nous la manifestation d'une onde choc, lancée, par une oreillette à énergie renforcée, venant frapper et distendre le ventricule en état d'hypotonie, et provoquant un bruit supplémentaire par vibration anormale des parois ventriculaire et par résonance.»

Baseando-se nesse conceito de vibração ventricular por effeito da hypotonia, podem se explicar todas as variedades do rhythmio de galope.

A polygraphia, a esphygmomanometria e principalmente a electrocardiographia vêm demonstrar o acerto dessa theoria.

Em clinica, deve-se ter todo o cuidado com o diagnostico differencial entre os dobramentos e o rhythmio de galope, principalmente quando não se possuem os recursos dos methodos propedeuticos mais aperfeçoados.

Na opinião de Routier, Thomas e Vadon o rhythmio de galope da myocardia tem de algum modo individualidade propria. Dão

elles essa impressão na seguinte forma descriptiva do rhythmó :

«Malgré la tachycardie, l'oreille perçoit nettement les trois bruits : ceux-ci sont également espacés entre eux, un silence un peu plus long isole chaque groupe de trois correspondant à chaque révolution cardiaque. Les trois bruits, le galop et les deux bruits fondamentaux du cœur, ont exactement le même timbre et la même valeur acoustique. Le bruit surajouté est tantôt presystolique, tantôt protodiastolique, mais la discrimination entre ces deux modalités est souvent difficile à cause de la tachycardie et de la palpation peu aisée du pouls radial.»

Essa caracterização propria do rhythmó de galope da myocardia parece-nos um tanto artificial e no reduzido numero de observações que pudemos colher não conseguimos precisar esses pequenos signaes diagnosticos.

Na verdade com poucas observações e talvez pela fraqueza da nossa acuidade auditiva não devemos concluir em absoluto pelo desvalor dessa opinião.

Em alguns casos, podem clinicos pouco prevenidos, confundir o *rhythm*o de galope com a terceira bulha do coração, mas a ausencia dos signaes geraes de insufficiencia cardiaca e principalmente a localização e variabilidade proprias desta bulha, facilitam bastante o diagnostico. Thayer, que melhor estudou o assumpto, declara ter observado a terceira bulha de preferencia em jovens sãos e vigorosos de dez a vinte annos, principalmente após fortes exercicios.

Laubry e Routier observaram em alguns casos de myocardia na sua phase terminal, com grande dilataçào do coração, um *rhythm*o a quatro tempos, sendo as bulhas superajuntadas determinadas por um processo igual ao da terceira bulha do *rhythm*o de galope, sendo uma pelo resalto diastolico e a outra pela contraçào auricular presystolica.

Não tivemos opporrtunidade de observar esse *rhythm*o de quatro bulhas.

A tachycardia é outra arhythmia frequente na myocardia, variando de intensidade em relação com a gravidade do mal. Algumas vezes a tachycardia se apresenta

isolada, outras com o acompanhamento de varias perturbações rhythmicas.

E' permanente em alguns casos clinicos, sendo que tambem se pode manifestar com o caracter paroxystico.

Quando permanente a tachycardia pode attingir a cifra de 120 a 140 por minuto.

A tachycardia paroxystica revela-se na myocardia sob dois typos: a tachycardia total, regular, molestia de Bouveret e a tachycardia parcial, tachysystolia auricular, *auricular flutter* dos inglezes.

Sejam as tachycardias chronotropicas, indicadores de myocardias ligeiras ou sejam tachycardias bathmotropicas, caracteristicas de myocardias mais graves, essas arhythmias são frequentes na symptomatologia dessas affecções.

Alem do rhythmico de galope e das tachycardias, perturbações cardiacas mais frequentes na myocardia, as outras arhythmias tambem são percebidas no seu quadro clinico.

O bathmotropismo pelas suas extrasystoles, o dromotropismo pelo bloqueio cardiaco, o inotropismo pelo pulso alter-

nante e as perturbações associadas pela arhythmia completa manifestam-se no curso da myocardia.

As extrasystoles sinuaes, auriculares, auriculo-ventriculares e ventriculares são frequentes nessa syndrome, algumas vezes se apresentando isoladas, outras acompanhando as tachycardias. De todas as formas de extrasystoles as mais observadas são as ventriculares, que podem apresentar todas as variedades capazes de determinar os differentes typos de pulso: bradysphigmico, bigeminado, trigeminado e pseudo-alternante.

O bloqueio cardiaco, que serviu de base para Laubry e seus discipulos crearem um typo de myocardia, que denominaram myocardia das dissociações auriculo-ventriculares, clinicamente apresenta symptomatologia variavel de accordo com a accentuação do mal. Sopros funcionaes, systoles em echo, galopes, lypothymias e syncopes o acompanham.

Quer se considere o bloqueio como difficuldade na passagem da excitação do nó de Keith Flack para os ventriculos--theoria unicista, ou se admitta a opinião de Vaquez

e Donzelot --theoria dualista, dependente da perturbação nervosa, a clinica demonstra frequentemente a sua presença por symptomatologia manifesta, sem causa aparente, escapando as suas lesões aos processos modernos de exploração e tornando-se assim uma insuficiencia funcional do coração, portanto myocardia.

A ausencia de lesões especificas em doentes que tiveram bradycardia por dissociação serviu de fundamento para Vaquez e Donzelot contestarem a theoria unicista. Elles citam observações de dissociação auriculo-ventricular e fazem notar a divergencia de diversos autores sobre a exclusiva influencia do tecido muscular na propagação da excitação auricular.

O inotropismo, caracterizado clinicamente pelo seu principal signal, o pulso alternante, tambem se encontra na myocardia.

A arhythmia alternante pode ser percebida pela auscultação do coração, mas os melhores meios exploratorios são o tacteamento do pulso e os processos graphicos, principalmente a electrocardiographia.

A alternancia pode ser ligeira, por curto

tempo, demonstrando uma accentuação da myocardia ou se apresentar permanente indicando assim grande gravidade do caso.

Quando a alternancia é ligeira, torna-se ás vezes pouco perceptivel, precisando que se empregue o artificio proposto por Gallavardin para que se possa identifica-la.

Esse artificio consta de uma compressão digital gradualmente crescente, até se sentir a desigualdade das pulsações que pode ir até ao desaparecimento da pulsação mais fraca.

Pode-se substituir na manobra de Gallavardin o dedo pelo oscillometro ou pelo esphygmographo, assim se tornando a irregularidade mais nitida.

A arhythmia alternante pode confundir-se com o falso pulso alternante, mas sem precisar recorrer aos methodos graphicos, em muitos casos se faz a differenciação, por ser a falsa alternancia devida ao bigeminismo do pulso e este se caracterizar pela sua variabilidade ante o effeito dos esforços e da marcha e pelo ruido accrescido ás bulhas normaes do coração, correspondendo á extrasystole determinante.

Lutembacher pensa que a arhythmia alter-nante é mais particularmente observada nas myocardites chronicas, sobretudo nas formas em que a esclerose do myocardio é acompa-nhada de aortite e hypertensão arterial; mas Mackensie a encontrou em casos de dilatação cardiaca de causa obscura e na angina do peito. Gallavardin, Huber, Gra-vier, Lian, Vaquez, Laubry, Routier, Thomas, Vadon e outros autores tambem a presen-ciaram na insuficiencia cardiaca de origem desconhecida, isto é, na myocardia.

A arhythmia completa, pelas suas varias formas, faz parte da symptomatologia da myocardia, podendo ser o prognostico be-nigno ou gravissimo.

Ha doentes sujeitos a essa arhythmia cuja etio-pathogenia não ponde ser deter-minada, alguns sem grandes perturbações, podendo entregar-se as suas occupações habituaes; outros com insuficiencia cardiaca progressiva, vão tendo seus symptomas agra-vados ao ponto de alcançarem a asystolia fatal.

Desse modo a arhythmia completa pode causar as diversas formas de myocardia.

A auscultação do coração, pela frequência e irregularidade das bulhas cardiacas, pode muito bem determinar o diagnostico, dispensando o emprego de outros processos propedeuticos.

Esphygmomanometria.—A esphygmomanometria é um dos bons processos exploradores da myocardia. Se em alguns casos, principalmente no inicio, a myocardia pode passar despercebida a este processo, por ainda estar a tensão arterial nos seus limites normaes, em outros casos somente pela esphygmomanometria se terá a impressão da myocardia e aproximadamente o gráu de sua intensidade.

A myocardia se manifesta principalmente por uma tensão differencial muito baixa chegando alguns autores a observar a cifra de $1 \frac{1}{2}$ centimetros de mercurio.

As tensões maxima e minima tambem se apresentam abaixadas.

Gallavardin, que bem estudou esse methodo de exploração clinica encontrou cifras baixas e procurou explica-las principalmente pela origem do systema circulatorio peripherico.

De igual opinião é também A. Dumas, com sua concepção de origem vascular para a insuficiência cardíaca, como já nos referimos no capítulo anterior.

Nos nossos estudos e observações sempre notamos em casos de myocardia as tensões arteriaes diminuidas e também grande redução da tensão diferencial em numero inferior a 4 centímetros.

Preferindo-se para a esphygmomanometria o methodo oscillometrico ainda ha a vantagem de se pesquisar o indice oscillometrico que se revela reduzido. A relação oscillometrica também fornece pequena cifra.

Alem da importancia diagnostica, a esphygmomanometria presta muito bons serviços para indicar durante a evolução da myocardia o estado da função circulatoria, podendo até, embora approximadamente, facultar dados para o prognostico.

A oscillometria isoladamente pode fornecer informações sobre as arhythmias cardiacas, principalmente o pulso alternante e as extra-systoles.

Roentgenologia. — A roentgenologia atravez dos seus varios processos fornece dados

preciosos para o diagnostico da myocardia.

A roentgenscopia, a roentgengraphia, a teleroentgengraphia e a orthodiagraphia, nas suas especializações methodicas, procuram mostrar o estado do coração e o seu funcionamento.

O estudo do coração pelos processos roentgenlogicos tomou tal desenvolvimento nestes ultimos annos, que se pode quasi considerar como uma especialização de roentgenlogia. Autores nos diversos paizes têm desenvolvido o assumpto, creando varios processos roentgenlogicos, destinados a esclarecer o estado functional do coração.

Occupar-nos desses estudos com largueza seria fugir ao plano synthetico deste trabalho e entrar em pleno campo de roentgenlogia.

Dos estudos iniciados por Oudin e Barthelemy, apresentados em 1896 aos Congressos de Nancy e Londres, de que nos occupamos em nossa these de doutoramento, aos modernos de Vaquez e Bordet, Karl Frik, Gerhartz, Laubry, Chaperon e Manoel de Abreu, tem havido uma variedade de methodos e de interpretações de imagens roentgenlogicas, que vêm ganhando

de importancia, até alcançar a relativa clareza da actualidade.

Embora não possamos dar larga descrição dos methodos roentgenologicos, não nos podemos abster por completo de fazer uma synthese dos seus resultados, que são preciosos para o estudo e diagnostico da myocardia.

Dos processos roentgenologicos, os preferidos pelas suas vantagens praticas são: a roentgenscopia, a teleroentgengraphia e a orthodiagraphia. A roentgenscopia, dando além da forma da imagem do coração e dos grossos vasos, o modo e a intensidade dos seus movimentos. A teleroentgengraphia e a orthodiagraphia fixando a imagem desses órgãos no seu exacto tamanho, podendo-se assim medir a sua area e seus respectivos dia metros.

O exame roentgenologico pode fornecer informações uteis para o diagnostico da myocardia parcial ou total.

A myocardia é caracterizada em roentgengologia pelas dilatações cardiacas que se manifestam por augmento de imagem,

com diminuição das amplitudes da sombra durante a systole e diastole cardiacas.

A myocardia ventricular esquerda revela-se pela fraqueza de contracções do coração e augmento de seu volume caracterizado por uma sombra cardiaca, de borda esquerda grandemente convexa, pouco móvel, sendo a ponta abaixada e muito curva. O diametro transverso da base apresenta-se augmentado. Essas alterações da sombra cardiaca variam de intensidade, conforme o grau da myocardia.

A myocardia ventricular direita é vista na posição frontal pela forma que toma o coração, denominada pelos francezes de *en sabot*. O diametro transverso tambem é augmentado e a ponta apresenta-se alta e separada do diaphragma.

Quando o doente é examinado em posição transversal esquerda, a imagem manifesta-se ampliada occupando o espaço anterior cardio-esternal e o seio diaphragmatico anterior.

A myocardia ventricular total apresenta uma grande imagem arredondada, com a ponta abaixada e a borda inferior, corres-

pondente ao ventriculo direito, um pouco eacurvada, assentando fortemente sobre o diaphragma.

As auriculas, quando interessadas, mostram-se dilatadas e tambem se revelam pelo augmento da sombra e diminuição da intensidade das suas contracções. A auricula direita, vista de face, forma uma sombra saliente na borda direita da imagem cardiaca. A auricula esquerda só pode ser bem percebida na posição transversal esquerda e se caracteriza pelo estreitamento superior do espaço retrocardiaco, que toma a forma triangular.

A myocardia total das cavidades produz uma grande sombra arredondada, reunindo os dispositivos das parciaes acima reteridos.

Polygraphia. -- A polygraphia, fazendo o estudo em conjuncto dos varios traçados do aparelho circulatorio, com a inscripção do tempo, era o methodo que melhores serviços prestava ao medico para explorar as perturbações rhythmicas do coração.

Por esse methodo, simplificado e grandemente desenvolvido pelo espirito investigador de Mackensie, quasi que se estabe-

leceu todas as bases do actual conhecimento das arhythmias.

Mas a sciencia não para, a polygraphia, embora util, tem defeitos de aparelhagem e technica que a tornaram demorada e precisando de praticos bem exercitados,

São bem conhecidas por todos as difficuldades apresentadas em certos doentes e o tempo grandemente perdido para se conseguir tirar conjunctamente os esphygmogrammas, os phlebogrammas e cardiogrammas. Os tubos de borracha e os tambores deixam perder varias das perturbações morbidas.

Apesar desses inconvenientes, a polygraphia prestou e ainda presta os seus importantes serviços, conseguindo determinar e gravar as perturbações rhythmicas do aparelho circulatorio, facultando ao clinico a sua classificação, a sua evolução e o seu prognostico.

A myocardia pode retirar desse methodo valiosos elementos, para a sua percepção, facultando os dados necessarios para apprehender as suas arhythmias. As arhythmias chronotropicas, bathmotropicas, dro-

motropicas, inotropicas, tonotropicas e as associadas não escapam ao seu poder exploratorio. Assim p r esse processo são percebidas as tachycardias, bradycardias, extrasystoles, rhythm de galope, bloqueios cardiacos, pulso alternante e arhythmias completas.

Entretanto sendo valiosos os resultados da polygraphia, ao se ler os ultimos trabalhos produzidos nos grandes centros scientificos se tem a impressão da sua passagem para segundo plano, com o emprego de melhor methodo exploratorio, a electrocardiographia, preferida pelos cardiopathologists da actualidade.

Realmente a electrocardiographia tem grandes vantagens sobre a polygraphia, pelos seus dados mais praticos e mais precisos, mas apresenta o inconveniente de ser dispendiosa, necessitando maior apparelhagem.

Dentre os informes fornecidos pela polygraphia o mais importante é a verificação do rhythm de galope que auditivamente pode ser confundido com os desdobramentos e as extrasystoles. As outras arhyth-

mias, também fazendo parte da symptomatologia da myocardiá, são percebidas com precisão

Ch. Laubry e C. Pozzi pensam que embora a electrodiographia forneça signaes não duvidosos das alterações myocardicas, os traçados mecanicos da polygraphia em alguns casos melhor esclarecem o assumpto. Assim chegam a citar um doerte em que houve a transformação de um galope pre-systolico em galope protodiastolico, facto esse bem observado pela polygraphia e não percebido pela electrocardiographia.

Electrocardiographia. — A electrocardiographia é o methodo mais perfeito que a sciencia possui para o conhecimento dos phenomenos rhythmicos da cardiologia.

A sua importancia é demais reconhecida pelos principaes scientistas do mundo civilizado.

Parce-nos uma grande verdade a seguinte opinião do celebre cardiopathologista argentino Tiburcio Padilla ao iniciar o prologo do seu importante trabalho sobre "Electrocardiografia":

«La Electrocardiografia es un procedi-

mento de examen del corazón irremplazable. No substituye a los demás métodos de exploración, pero los complementa; sin la ayuda del electrocardiograma no se puede asegurar que un corazón dado sea anatómica y funcionalmente sano.

«La muy difundida opinión de que el electrocardiograma, sólo sirve para el diagnóstico de las arritmias, es errónea. Hay muchos estados cardíacos como los trastornos de la conducción intraventricular, expresión de graves daños miocárdicos, que son reconocibles por el electrocardiograma y solamente por él.»

W. D. Rose, resumidamente, como costumam fazer os autores americanos, diz:

«The electrocardiography affords the most exact means of elucidating and studying not only the normal but abnormal beat as well.»

O grande cardiologista inglês Lewis na sua notavel obra, intitulada "The Mechanism and Graphic Registration of the Heart Beat" realça o valor da electrocardiographia nas seguintes palavras:

«The electrocardiographic method, pre-

senting numerous advantages over others methods, provides the final path to accurate knowledge. The auricular and ventricular systoles are recorded in relation to each other with unrivalled precision; the curves are un- complicated by transmission intervals, since they are directly inscribed by the walls of heart. All the events are displayed by a single record, there are no measurements to transfer. Except on rare occasions, the method fully analyses the disorders examined.»

Charles Petit, em sua recentissima obra, considera tão importante a electrocardiographia quanto a roentgenologia. São suas as seguintes palavras :

«Elle (electrocardiographie) donne donc, sur le fonctionnement du cœur, des connaissances aussi précises que peut en donner la radiologie sur sa forme et sur sa direction, de sorte que les deux méthodes sont très loin de s'exclure, et un examen complet du cœur demande un électrocardiogramme, en même temps qu'un orthodiagramme.»

Assim evidente se torna o valor da electrocardiographia em cardiopathologia e sendo o methodo mais delicado para apa-

nhar as perturbações cardiacas, logicamente tem o maior alcance para o estudo da myocardia. Clerc, Rob Levy, Laubry, Walser e Deglaude isso demonstraram através dos seus estudos e observações.

A electrocardiographia, além de fornecer informes de valor das varias arhythmias proprias dessas affecções, parece determinar sobre signaes caracteristicos o diagnostico da myocardia.

Interessantissimos são os dados fornecidos pela electrocardiographia na insuficiencia cardiaca. Actualmente todos o cardiopathologistas o reconhecem e praticam.

Os estudos de Eppinger, Rothberger, Lewis, Bordet, Arrilaga, Willins, Bascourret Clerc, Laubry, Walser e Deglaude alcançaram tal desenvolvimento que a electrocardiographia é presentemente um methodo assaz necessario para a pesquisa de qualquer perturbação cardiaca.

Reconhecendo o grande valor da electrocardiographia, é com grande sentimento que deixamos de contribuir com a nossa modesta observação pessoal sobre tão importante methodo no estudo da myocardia. A

phase de organização dos serviços clínicos para o novo hospital da nossa Faculdade, ainda não permitiu a montagem do aparelhamento necessário para a obtenção dos electrocardiogrammas.

Resta-nos somente procurar dar impressão da importancia do assumpto, colligindo dos autores mais modernos o que de melhor estiver estabelecido.

Laubry, Walser e Deglaude resumem no seguinte trecho, as contribuições electrocardiographicas que servem de base fundamental para a myocardia :

«L'insuffisance cardiaque possède elle aussi un langage électrique que l'empirisme nous a appris à connaître, et que les recherches physio-pathologiques ont confirmé. Isolées ou simultanées, les altérations les plus importantes du complexe ventriculaire sont :

a) L'élargissement du groupe Q R S qui normalement ne dépasse pas 10 / 100^e de seconde.

b) La presence d'inflexions ou d'encoches sur le trajet des ondes rapides Q R S dont l'image est en outre souvent épaissie.

Electrocardiogrammas retirados do artigo de Ch. Laubry, J. Walser et L. Deglaude sobre "Complexes ventriculaires electriques et insuffisance cardiaque", publicado nos "Bulletins et Memoires da la Societe Medecale des Hopitaux de Paris", N. 10 de de 18 Março de 1926.

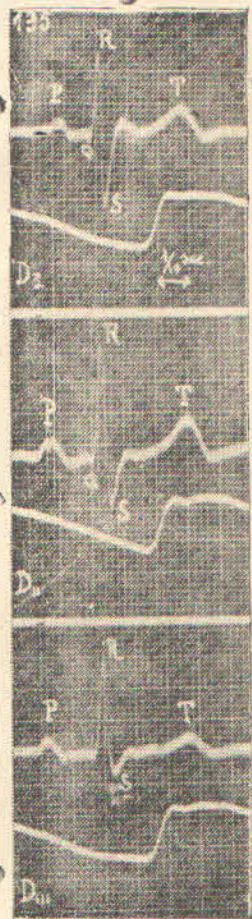


Fig. 1

Fig. 1.—Electrocardiogramma normal.

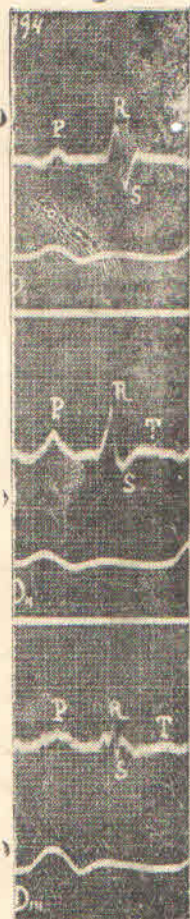


Fig. 2

Fig. 2.—Electrocardiogramma de um doente de myocardia com rhythmio de galope e bulhas abafadas. Fraca amplitude da corrente de acção nas tres derivações, depressão em R na D I, ausencia de T em D I, aplanamento de T em D II e D III.

c) Les alterations de T qui vont de l'aplatissement plus ou moins marqué à l'inversion la plus nette.

d) Enfin l'amplitude souvent reduite des différentes ondes.»

Para melhor entender o referido quadro electrocardiographico incluimos neste trabalho dois electrocardiogrammas, que retiramos do artigo de Laubry, Walser e Deglaude sobre "Complexes ventriculaires électriques et insuffisance cardiaque", publicado neste anno nos "Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hopitaux de Paris". Um é o electrocardiogramma de um individuo normal, o outro o de um doente de myocardia com rhythmo de galope e bulhas abafadas.

Essas perturbações foram verificadas experimentalmente por Laubry, Walser e Deglaude em corações de batracchios fatigados e intoxicados por digital e convallamarina.

Os estudos desses autores não se limitaram as experiencias no animal e foram alem na sua investigação scientifica. As suas observações clinicas revelaram que perturbações cardiacas escapando aos outros -

processos propedeuticos, foram registradas pela electrocardiographia. São perturbações que «o exame electrico pode dar sobre o diagnostico da insuficiencia cardiaca ensinamentos uteis, são perturbações onde se manifesta carencia de signaes objectivos clinicos.»

Assim por essa rapida descripção, parece-nos evidente o valor da electrocardiographia no estudo clinico da myocardia e se os seus resultados não são mais importantes deverão pelo menos serem eguaes aos melhores methodos exploratorios da cardiologia.

Signaes funcionaes. -- Os signaes funcionaes são os mais constantes para o conhecimento da myocardia. Sua presença deixa suspeitar essa affecção quando ainda não está bem estabelecida e justamente na sua phase mais curavel.

Antes de haver perturbação rhythmica do coração, quando não se percebe dilatação desse orgão, quando a esphygmomanometria e a electrocardiographia são nullas nos seus valiosos informes, ligeiras alterações subjectivas narradas pelo doente, como dyspnéa de esforço, certa angustia, dores fracas e

rapidas na região precordial, facil cansaço ante maior trabalho e outras manifestações, revelam um coração enfraquecido que vae tendendo para insufficiencia. E' o inicio da myocardia.

Esses signaes funcçionaes são de grande importancia em cardiopathologia. A guerra veio mostrar seu valor, pois baseados no seu estudo foram creados methodos de pesquisa da aptidão funcional do coração que valiosos resultados têm fornecido ás varias modalidades da actividade humana.

Actualmente os exames de capacidade do homem para os diversos trabalhos quer da vida militar quer da vida civil baseam-se no seu estudo.

Os methodos, creados por Maximowitsch e Rieder, Max Herz, Graüpner, Mendelsohn, Staehelin, Vaquez, Lian e outros, demonstraram geralmente que depois de um trabalho previamente estabelecido a dyspnéa surgia e as pulsações alcançavam grande frequencia, tanto mais exageradas e mais difficeis de voltar ao equilibrio anterior, quanto maior for o gráu da insufficiencia cardiaca.

Os signaes funcçionaes da myocardia são

varios, sendo os mais importantes os manifestados por dyspnéas e por dores. Alem desses podem-se apresentar palpitações, sôficos, tosses, epistaxis, hemoptyses, insomnias, syncopes, etc.

A dyspnéa, como bem dizem Routier, Thomas e Vadon, é de todos os signaes funcionaes o mais precoce e o mais constante. Ligeira, como costuma ser a dyspnéa de esforço pode alcançar nas graves myocardias, na sua phase mais adiantada, a de grande insufficiencia cardiaca, o rhythmmo de Cheyne-Stokes.

No inicio da myocardia a dyspnéa se apresenta leve, pouco perceptivel, precisando ser explorada atravez dos pequenos exercicios musculares. Depois, no periodo de estado, a dyspnéa se firma, torna-se permanente, manifestando-se sob varias modalidades.

A asthma cardiaca e a dyspnéa dos edemas agudo e chronico do pulmão são frequentes durante a evoluçào da myocardia.

Os casos de myocardia revelados pela dyspnéa não faltam na observaçào clinica.

Não são raros os doentes que procuram os

medicos para se queixarem de crises de dyspnéa a um maior esforço e até durante as variações atmosphericas. Examinados em sua phase de edema, nada costumam apresentar de anormal aos mais usuaes processos de exploração clinica, pois o abafamento das bulhas, outro signal mais ou menos frequente, pode não existir ou passar despercebido.

Laubry, ao fazer o estudo das dyspnéas as divide em tres grupos: dyspnéa simples, paroxysmos dyspneicos e rhythmo de Cheyne-Stokes.

A dyspnéa simples, de existencia as mais das vezes rapida, surgindo ante qualquer esforço muscular ou qualquer excesso, pode tornar-se continua com a presença do edema chronico pulmonar.

Os paroxysmos dyspneicos, manifestados pelas crises de asthma cardiaca e edema agudo do pulmão, têm o quadro clinico bem estabelecido dessas affecções.

A respiração de Cheyne-Stokes, tambem existente em outras affecções, indica complicação de ordem encephalica e, com

poucas exceções, grande gravidade do estado do doente.

As dyspnéas acompanham a myocardia nas suas phases e nas suas formas clinicas. A intensidade, a persistencia e o rhythmo da dyspnéa são elementos de valor para o prognostico da myocardia.

As dores, sob seus varios modos, leves, rapidas, permanentes, intensas, angustiantes, formam as syndromes dolorosas do coração.

Essa syndrome dolorosa pode apresentar-se sob duas formas: uma diffusa, sem signaes propriamente estabelecidos; outra bem caracterizada, com symptomatologia determinada, dando logar a affecção conhecida sob a denominação de angina do peito.

A forma diffusa manifesta-se por algias cardio-thoracicas, surgindo em pontos varios, ora superficialmente estendendo-se a todo hemithorax e até a espadua e o braço, ora gerando-se profundamente no interior do thorax para se irradiar na periphéria, attingindo em alguns casos a região cervical. A sua intensidade, a sua duração, as suas recidivas, os seus caracteres e a sua evolução revelam-se clinicamente muito

variaveis. Fracas e fortes rapidas e demoradas, com o caracter de pontadas ou estendidas a larga porção do thorax, essas dores diffusas são frequentes na myocardia.

A forma caracterizada, é a angina do peito, cujas manifestações dolorosas são os symptomas predominantés do seu quadro clinico.

A angina do peito, na opinião geral dos autores, é uma das affecções mais caracteristicas da insufficiencia cardiaca. Algumas vezes surge como complicação de doencas já bem determinadas do aparelho circulatorio, outras aparece de surpresa em pessoas que não demonstraram anteriormente qualquer perturbação morbida. É o caso da myocardia.

Mackensie considerou a angina do peito como demonstração do desfallecimento cardiaco; Gallavardin, como uma das tres manifestações principaes das perturbações funcionaes do coração, sendo as outras, dyspnéa e palpitações; Vaquez, Laubry, Lian e outros autores modernos, como syndrome caracteristica da insufficiencia cardiaca

Lutembacher resume muito bem a sua

symptomatologia em tres elementos clinicos dor local, retro-esternal ou precordial; irradiações, estendendo-se para a espadua e braço esquerdo; e angustia, com sensação de morte proxima.

A angina do peito sob as suas diversas formas pode aparecer no scenario clinico: da myocardia. E' a forma pura, isolada, grave, sem outros signaes de insuficiencia cardiaca. São as formas complexas, benignas, secundarias, duvidosas, de symptomatologia pouco certa e diagnostico ás vezes difficil por sua confusão com as pseudo anginas ou outras algias de forma diferente.

Em resumo, dores de localização variada, preferentemente no precordio, permanentes ou paroxysticas, com diversas modalidades e apresentando-se sob a forma de *angor* são signaes importantes para o conhecimento da myocardia.

Signaes geraes. — Os signaes geraes são indicadores de phase mais adiantada da evolução da myocardia.

A myocardia no seu inicio, quando as manifestações são ligeiras, podendo escapar

a um exame clinico pouco acurado, pode não determinar perceptíveis alterações do estado geral.

Evoluindo a myocardia, repetindo-se as crises de insuficiencia cardiaca, o organismo sente sua influencia e os signaes geraes surgem evidentes.

O doente se apresenta emmagrecido e uma asthenia gradativamente intensa costuma ainda mais agravar o seu estado geral. Pallido, com uma hypoglobulia de 3 a 4 milhões de erythrocytos e a hemoglobina diminuida; hypotenso, com crises repetidas de dyspnéa, de angor, edemas, insomnia, deixa ver sua insuficiencia cardiaca manifesta. A grande insuficiencia cardiaca aparece com o seu quadro clinico conhecido e a asystolia vem terminar a evolução da myocardia.

FORMAS CLINICAS

As formas clinicas da myocardia receberam dos autores que as têm estudado variadas classificações.

Jean Walser, no seu trabalho denomi-

nado "La Myocardie", admite as formas puras, de evolução rápida e grande gravidade; as formas associadas, nas quaes a myocardia existe com outras affecções como lesões valvulares, hypertensão arterial, molestias infecciosas agudas e chronicas e intoxicações; e as formas prolongadas de evolução lenta, sujeitas a crises de agravação e periodos de relativa euphoria.

Daniel Routier, Marcel Thomas e Henri Vadon, em trabalhos mais recentes, sob a orientação de Vaquez, do qual são discipulos, pensam que as formas da myocardia devem ser reunidas em tres grupos: formas clinicas, formas evolutivas e formas etiologicas.

As formas clinicas abrangem tres typos particulares: myocardia ventricular, myocardia auriculo-ventricular e myocardia das dissociações auriculo-ventriculares.

As formas evolutivas comprehendem tambem tres typos: myocardia pura, myocardia de evolução prolongada com remissão e myocardia com formas de evolução relativamente favoravel.

As formas etiologicas são reunidas em

dois grupos: myocardia de causa desconhecida e myocardia de etiologia provavel.

Cuidadosamente estudando essas diversas formas-clinicas de myocardia, apresentadas pelos autores citados e applicando-as sobre doentes que temos observado com myocardia, pensamos ser difficil de praticamente diagnosticar-las, pois as mais das vezes os signaes apresentados são falhos e só com o termino da affecção pode-se chegar a uma conclusão satisfactoria.

A classificação de Walser, na nossa opinião, pecca principalmente pelo typo de formas associadas. Já anteriormente nos referimos que os fundamentos para estabelecer a associação entre a myocardia e as outras affecções do coração ainda são artificiaes e pouco praticos.

Os argumentos apresentados por Laubry e Walser de que doentes, como os de lesões valvulares, vivem uns durante muito tempo em phase de compensação e outros logo no inicio surge a descompensação com a sua marcha inexoravel, sem obedecer ao tratamento e de desenlace funesto, sendo que no primeiro caso não ha myocardia e

no segundo esta affecção se apresenta associada, parecem-nos, ante os conhecimentos da actualidade, pouco positivados.

Não comprehendemos como ante um caso clínico de doente com grande insufficiencia cardíaca e possuindo signaes claros de lesão valvular, poderemos concluir que é uma myocardia associada a lesão valvular, ou é uma lesão valvular de tal ordem que o coração não pode supri-la, entrando em phase de destallecimento.

Alem disso *in vivo* não se pode muitas vezes bem conhecer o estado anatomo-pathologico do myocardio e muito possivel é que concomitantemente exista qualquer myocardite. Affecções do systema circulatorio peripherico tambem influem grandemente para a insufficiencia cardíaca, ainda mais as complicando.

Assim pensamos que com os conhecimentos actuaes da Medicina a myocardia deve ficar nos limites de affecção primitiva. Estende-la ás formas associadas é trabalhar pelo seu desaparecimento, porquanto se transformará, apresentando um quadro clinico igual ao da insufficiencia cardíaca em

geral, deixando desse modo de ser um typo morbido separado.

As formas clinicas apresentadas por Daniel-Routier, M. Thomas e H. Vadon não são mais claras. Basear-se uma classificação sobre a etiologia de affecção que se caracteriza principalmente por não ter etiologia precisa, fundamentar-se sobre perturbações originadas em partes do coração quando em alguns casos se torna difficil localizar-se sobre o proprio coração, porquanto parece existir myocardia de origem extracardiaca, como mostraram A. Dumas, Gallavardin, Mount-Reid e Holman, são elementos tão precarios quanto os apresentados por Laubry e Walser para as suas formas associadas.

No nosso modo de pensar, nesta phase de organização da syndrome, com os actuaes conhecimentos, que ainda são poucos e poucos precisos, julgamos que as formas clinicas só poderão ser estabelecidas sob os fundamentos da evolução da myocardia.

Desse modo as formas clinicas poderão ser tres: forma aguda, forma chronica de evolução variavel e forma chronica de evolução favoravel.

Essas formas que com pequenas modificações por nós feitas, fazem parte das formas evolutivas de Routier, Thomas e Vadon, não se podem apresentar em clinica sempre com limites precisos e formas mixtas são necessarias para os casos intermediarios. Assim, por exemplo, um doente de forma prolongada está sujeito a ter agravação de symptommas e a forma aguda surgir com o seu desenlace rapido.

A forma aguda pode variar de intensidade ou de duração. E' superaguda, paroxystica, brutal, como acontece com a angina do peito, com o edema agudo do pulmão. e com as syncopes que surgem inesperadamente, determinando desenlace funesto em pouco espaço de tempo; ou tem evolução um pouco mais demorada, surge por pequenas manifestações de insuficiencia cardiaca, como dyspnéas, dores precordiaes e palpitações, que se vão agravando, com dilatação cardiaca, rhythmo de galope, outras arhythmias, asystolia, edemas e terminação fatal dentro de pouco tempo, apesar do tratamento mais energico.

A forma chronica de evolução variavel

tem uma marcha indeterminada.

Ha individuos aparentemente sadios que ante fortes emoções, excessos de qualquer genero e no curso de infecções ou intoxicações agudas, apresentam signaes clinicos de myocardia. Essa myocardia ligeira ou accentuada pode ceder ao regimen e ao tratamento ou ficar mais ou menos compensada durante algum tempo, até que surja uma outra crise.

O doente vae atravessando a vida com a saude um tanto abalada durante varios annos até que complicação maior dê logar a um desenlace fatal.

A forma chronica, de evolução relativamente favoravel é mais indicadora de um coração debilitado que de verdadeira affecção eardiaca. Essa forma não tem uma symptomatologia bem precisa.

São pessoas incapazes de um maior esforço, sem dyspnéa e tachycardia, durante certa phase da vida, e que, posteriormente, entram na normalidade tornando-se até fortes e capazes. Outros chegam a ter crises mais ou menos claras de angina do peito, que nunca mais se repetem, vivendo em completa euphoria.

Algumas perturbações mais intensas chegam até ser percebidas. Bulhas abätadas, hypotensão arterial, galope, edema pulmonar, têm sido observados por varios autores, dando margem a prognostico desfavoravel e que com o tempo desaparecem, entrando o doente, ás vezes, em periodo normal.

Em alguns casos essas crises só aparecem uma vez na vida, em outros costumam surgir com espaço muito longo, pois sendo frequentes, incluem o doente na forma da evolução variavel.

As formas referidas são de grande frequencia na clinica. Pensamos não haver clinicos com regular numero de cardiacos que não as tenha presenciado.

Da primeira forma, a aguda ou super-aguda, são bem conhecidos os desenlaces funestos e subitos; individuos que de nada se queixavam e alguns até considerados saudios, por medicos, em recentes exames, morrem repentinamente.

A segunda forma, a forma chronica de evolução variavel tambem não é rara. Na nossa clinica conhecemos varios casos. Sob a nossa orientação medica vive ha

alguns annos dois doentes que podem servir de exemplo.

I. B. senhora de cerca de 40 annos, sem causa pathogenica conhecida, teve ainda em Setembro do anno passado uma crise de edema agudo do pulmão com rhythmo de galope. Com o tratamento cardiotonico e regimen adequado voltou á sua habitual actividade sem maior perturbação e presentemente como manifestação morbida só existem bullas um pouco abafadas e o coração ligeiramente augmentado de volume.

A. G. 42 annos, commerciante, teve ha cerca de dois annos uma crise caracterizada por extra systoles ventriculares, e bullas cardiacas abafadas. Coração pouco augmentado de volume. Não tinha galope. Teve edema pulmonar chronico com grande dyspnéa, sem character asthmatforme. Fomos ve-lo durante essa crise de grande insufficiencia cardiaca. Com a medicação cardiotonica e regimen adequado restabeleceu-se, voltando ao seu trabalho. Presentemente, sem maiores perturbações, vive sob regimen e tratamento.

Ambos os doentes eram hypotensos, mas

não fizemos exame roentgenológico, por motivos estranhos a nossa vontade.

Estes foram doentes da nossa clinica civil, pois da hospitalar, o unico que este anno tivemos, capaz de dar margem a observação mais completa, sahiu inesperadamente quando iniciavamos exames mais minuciosos.

Era A. P. 39 annos, pardo, bahiano e negociante ambulante. Entrou para o hospital, enfermaria S. Vicente, em franca crise de grande insuficiencia cardiaca. Apresentava o coração augmentado de volume e tendo a forma arredondada como mostra o eschema junto.

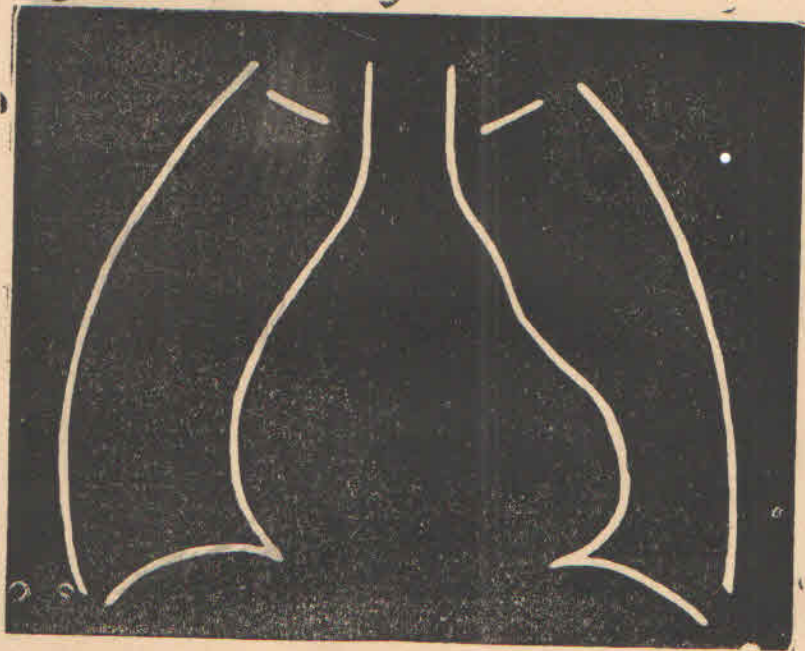


Fig. 3. Eschema da forma do coração de um doente de myocardia

Auscultando-se o doente, ouviam-se estertores nas bases dos pulmões, caracterizando o edema pulmonar e no coração bulhas abafadas, rhythmmo de galope, perceptível em ambos os lados do coração, e ligeiro sopro systolico no foco mitral.

A sua tensão arterial pelo oscillometro de Pachon era a maxima de 11 centímetros e a minima de 8 centímetros, sendo a differencial de 3 centímetros.

A urina não tinha albumina, revelando, redução de uréa a 18 grs. e de chloruretos a 5 grs. por dia.

Posto o doente em repouso, dieta lactea e tratamento cardiotonico, com digitalina e estrophanto, melhorou bastante, passando a sua grande insuficiencia cardiaca e entrando em phase de compensação. Os sopros cardiacos, o galope e o edema pulmonar desapareceram, restando somente as bulhas abafadas e o augmento de volume do coração, se bem que mais reduzido.

Pretendiamos continuar a observação e tirarmos o roentgengramma do coração, quando o doente na nossa ausencia, insistiu

de tal forma por sahida immediata que não mais o encontramos na enfermariã.

Os doentes da terceira forma, a de evolução favoravel, não precisam ser especificados. São frequãtes a todo instante na clinica medica. Surgem nas conversações, aparecem nos consultorios e se nos deparam quando ao tratar de varias affecções agudas e chronicas.

Pensamos não haver clinico que não as conheça. São manifestações ligeiras de insufficiencia cardiaca, que mostram em determinados individuos, um coração enfraquecido.

As provas de pesquisa da capacidade cardiaca ainda melhor deixam revelar a sua existencia.

DIAGNOSTICO

O diagnostico da myocardia fundamenta-se presentemente na insufficiencia cardiaca de origem desconhecida, com ausencia de lesões.

Antes de ser formulado o diagnostico da myocardia o clinico deve ter todo o eni-

PROGNOSTICO

O prognostico da myocardia depende do estado da capacidade funcional do coração, que se pode verificar pelos processos actualmente em uso e da forma clinica apresentada pelo doente.

↓
S. A forma aguda é de prognostico funesto. Representa o typo de myocardia pura, primeiramente estudado por Laubry e Walser, e tem justamente como um dos principaes caracteres a evolução para a completa insufficiencia cardiaca, algumas vezes até terminando por syncope.

A forma chronica de evolução favoravel facultta o prognostico benigno, principalmente se o doente segue a prescripção medica e tem os cuidados necessarios para não forçar a excesso de trabalho o seu coração enfraquecido.

Na forma chronica, de evolução variavel, o prognostico é duvidoso, dependendo do doente e da marcha da myocardia. Se a myocardia tem uma marcha lenta, as suas crises são ligeiras e espaçadas, e o doente

segue com interesse os conselhos medicos, o prognostico pode ser benigno.

Se o contrario acontecer, as crises forem frequentes, com tendencia a agravação e o doente não seguir o tratamento adequado o prognostico é máu.

Assim, de um modo geral, o prognostico depende da observação demorada do caso clinico; da sua forma, da sua evolução e até do proprio doente.

TRATAMENTO

O tratamento da myocardia ainda é parco nos seus resultados praticos.

E. Cornwall, em artigo publicado no "Medical Journal and Record", sobre o tratamento do *heart failure* reusme no seguinte trecho o modo de acção do medico diante do doente :

«In treating heart failure we have to lessen the work of the heart and improve its nutrition by giving rest, removing sources of toxic irritation and regulating diet and exercise, and also often we have to improve its action in a more direct manner.»

A base do tratamento nessa affecção está principalmente na etio-pathogenia, pois esta sendo conhecida, a therapeutica adequada faculta os melhores exitos, como acontece com a syphilis e o endocrinismo.

Assim os extractos suprarenaes e a adrenalina na insufficiencia suprarenal; os extractos thyroideos, na insufficiencia thyroidéa; os extractos do ovario e da hypophyse na insufficiencia dessas glandulas; e os agentes especificos nas affecções intecciosas.

Infelizmente poucas vezes se pode conhecer a causa determinante da myocardia, por ser a sua pathogenia frequentemente desconhecida. Nesse caso o clinico só tem como recurso o emprego dos cardi tonicos e o regimen proprio de todos os cardiacos.

Os cardi tonicos, representados pela digital, digitalina, estrophanto, ouabaina, adonis vernalis, convallaria, esparteina, cafeína, strychnina e quinidina, são indicados de accordo com a manifestação symptomatica da myocardia, acompanhando as regras geraes de tratamento dos cardiacos.

Jean Walser aconselha tambem o uso de injecções endovenosas de soluções gly-

cosadas, hypertonicas, de 30 a 40 % para todos os casos de myocardia.

Em resumo, pode-se concluir que sendo a myocardia presentemente de pathogenia pouco conhecida o seu tratamento ainda não está bem determinado, devendo-se assim recorrer ao tratamento symptomatico.

E' muito possivel que com o progresso da Medicina e com o conhecimento de todas as causas da myocardia, um tratamento efficaz possa ser geralmente empregado.

Das nossas observações clinicas e dos nossos estudos sobre a syndrome de insufficiencia cardiaca denominada de myocardia, conseguimos retirar as seguintes conclusões:

A myocardia é uma syndrome caracterizada por perturbações cardiacas de origem ainda não bem conhecida e que apresenta manifestações clinicas semelhantes ás de affecções bem determinadas.

Embora a etio-pathogenia da myocardia ainda não esteja estabelecida, parecem ter influencia as intoxicações, a deficiencia circu-

latoria do coração, o systema nervoso cardiaco, as perturbações endocrinicas, as causas psychicas e as perturbações da circulação sanguinea peripherica.

As manifestações clinicas da myocardia são polymorphas e se caracterizam por signaes de insufficiencia cardiaca, cujo factor pathogenico não pode ser identificado.

A myocardia deve-se limitar as formas primitivas puras, não abrangendo as associadas, como pensam Laubry e Walser.

O seu prognostico varia do mais benigno ao mais grave.

O tratamento deve depender de sua provavel etio-pathogenia. Os cardiotonicos e os regimens são os meios therapeuticos que prestam actualmente os melhores serviços.



BIBLIOGRAPHIA

Albion Walter Hewolett—Functional Pathology of Internal Diseases. D. Appleton and Company. New-York. 1917.

A. Dumas—La circulation sanguine peripherique et ses troubles. Gaston Doin et C.^{ie} Paris 1926.

A. Friedreich—Traité des Maladies du cœur. Traduit de l'allemand par les Docteurs Lorber et Doyon. Adrien Delahaye, Paris. 1873.

Antonin Clerc—Les arythmies en clinique. Masson et C.^{ie} Paris. 1925.

Alfred Martinet—Clinique et Therapeutique circulatoires. Masson et C.^{ie}, Paris. 1914.

Alfred Martinet—Diagnostic clinique. Masson et C.^{ie}, Paris. 1925.

Aguinaldo Lins—A superficie de contraste na semiótica cardio-vascular. Pernambuco. 1926.

Arrillaga—Signification pronostique de l'electro-cardiogramme dans les insuffisances cardiaques. Bulletins et Memoires de la Societé Medicale des Hopitaux de Paris, 13 Novembre 1924.

Alvaro Paulino Soares de Souza—O coração. Elementos de cardiognose. Officinas do Jornal do Brasil. Rio de Janeiro. 1902.

A. Austregesilo—Clinica Medica. Jacintho Ribeiro dos Santos. Rio de Janeiro. 1917.

A. Dumas—L'hypotonie arterielle primitive et retentissement sur le cœur. XVIII Congrès Français de

Medecine. Nancy. 16-19 Juillet 1925. Presse Medicale
5 Aout 1925.

Brazil Medico—A myocardia, syndrome de insuficiencia cardiaca primitiva. N.º 31. Julho de 1926.

Charles E. Simon—A Manual of Clinical Diagnosis
Lea and Febiger. Philadelphia. 1922.

Ch. Laubry et J. Walser—Les grands facteurs de l'insuffisance cardiaque. Les causes mecaniques, inflammatoires et fonctionelles. Journal Medical Français. N.º 4. 1926.

Ch. Laubry J. Walser et L. Deglaude—Les modifications du complexe ventriculaire electrique dans l'insuffisance cardiaque. Journal Medical Français. N. 4. 1926.

Ch. Laubry et Robert Chaperon—Etude anatomo-radiologique des cavités cardiaques. Application á l'examen des insuffisances ventriculaires. Journal Medical Français N.º 4. 1926.

Ch. Laubry et J. Walser—Les myocardies. Revue Medicale Française. N.º 2. 1926.

Ch. Lanbry, J. Walser et L. Deglaude—Complexes ventriculaires electriques et insuffisances cardiaque. Bulletins et Memoires de la Societé Medicale des Hopitaux de Paris. N.º 10. 18 Mars, 1926.

Castaigne—Chronique. Miocardyes Journal Medical. Français. N.º 4. 1926.

C. Liebermeister—Compendio de Patologia Medica Traducido del aleman por Miguel Gayarre y Espinal. Revista de Medicina y Cirugia Practicas. Madrid.

Carlos L. Greene—Tratado de exploracion clinica y de diagnostico medico. Traducito del ingles por Francisco Tons Biaggi. Miguel Marin. Barcelona. 1921.

Ch. Lanbry—Leçons de semiologie cardio-vasculaire. Les troubles fonctionnels. Gaston Doin. Paris. 1924.

Ch. Laubry et C. Pezzi—Les rythmes de galop. Gaston Doin et C.^{ie} Paris. 1926.

C. Lian—Appareil circulatoire. Traité de Pathologie Médicale et Thérapeutique appliquée. Direction E. Sergent, Ribadeau Dumas et L. Babonneix. Norbert Maloine. Paris. 1926.

Clerc et Rob. Levy. A propos des tracés électriques d'insuffisance cardiaque. Société de Biologie. 20 Mars 1926.

Charles Petit — Précis d'électrocardiographie. J. B. Bailliére et Fils. Paris. 1926.

Ch. Laubry et E. Daumer—Sur l'insuffisance aortique fonctionnelle et sa pathogénie. Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 20 Avril 1923.

Ch. Laubry et J. Walser—Sur un cas d'insuffisance cardiaque primitive. Les myocardies. Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 19 de Mars 1925.

Clerc et Bascourret A propos des tracés électriques d'insuffisance myocardique. Société de Biologie de Paris. Séance du 20 Mars 1926. Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie. N.° 11. Distribuées le 26 Mars 1926.

C. Lian, R. Barrieu et A. Blondel—Les acquisitions dans le diagnostic des affections du cœur, des vaisseaux et des reins en 1925. Revue Médicale Française. N.° 4. Avril 1926.

Ch. Laubry, Daniel Routier et Pierre Oury—L'in-

suffisance ventriculaire gauche. Presse Medicale. 4 Avril 1925.

Ch. Laubry et J. Watser—Les myocardies syndromes d'insuffisance cardiaque fonctionnelle. Paris Medical N.º 27, 4 Juillet 1925.

Daniel Routier, Marcel Thomas et Henri Vadon. Symptomes et formes cliniques des myocardies. Journal Medical Français. N.º 4. 1926.

Durvaltercio B. de Aguiar—O Röntgodiagnostico das affecções do aparelho circulatorio. Prudencio de Carvalho. Bahia. 1907.

Durvaltercio B. de Aguiar—A esphygmomanometria e o seu valor clinico. Prudencio de Carvalho. Bahia. 1912.

E. P. Benoit (de Montreal)—Lesions cardiaques silencieuses. Bulletins et Memoires de la Societé Medicale des Hopitaux de Paris. N.º 21. 17 Juin, 1926.

Ernest Barié—Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte. Vigot Frères. Paris. 1912.

E. Sergent—Direction. Technique clinique medicale et sémiologie elementaires. A Maloine et Fils. Paris 1922.

Eugene S. Kilgore—Angina pectoris and pseudo-angina. The Journal of the American Medical Association. n.º 7. August. 14, Chicago.

E. H. Starling—Sur le mecanisme de compensation du cœur. Presse Medicale, 29 Juillet 1922.

Edward E. Cornwall—The direct treatment of heart failure. Medical Journal and Record. June, 16, 1926. New York.

Est. May—Un cas d'insuffisance primitive du ventricule gauche á forme pleurale. Societé Medicale des Ho-

pitaux de Paris — Séance du 20 Mars 1925. Archives des Maladies du cœur, des Vaisseaux et du Sang. Août 1925.

Ed. Doumer — Valeur pratique des épreuves cardiaques fonctionnelles. La Clinique, n. 70. Juillet, 1926.

Ed. Doumer — La valeur pratique des épreuves cardiaques d'orthostatisme et d'effort. Presse Médicale, 18 Novembre 1925.

Emile Geraudel — La circulation artérielle du ventricule-necteur. Presse Médicale, 26 Decembre 1925.

Francis Marion Pottenger — Symptoms of Visceral Diseases. The C. V. Mosby Company. St. Louis. U. S. A. 1925.

Fidel A. Maciel Crespo, Vicente Ruiz, Carlos A. Ferreyro y Prospero Larregle — Semiologia y Clinica Propedeutica. Marin Sciaccio y C.^{ia}, La Plata 1925.

F. J. Collet — Précis de Pathologie Interne. Octave Doin et Fils. Paris, 1914.

Geoffrey Bourne — The cardiac circulation and disease. The Lancet. Sept. 4, 1926.

Germain Sée — Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur et en particulier de leurs formes anormales. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier. Paris, 1883.

Georges Dieulafoy — Manuel de Pathologie Interne. Masson et C.^{ie} Paris, 1911.

Grasset — Traité de Physiopathologie clinique. Masson et C.^{ie} Paris, 1925.

G. H. Roger, F. Widal et P. J. Teissier. Nouveau Traité de Médecine. Fascicule VIII. Pathologie des glandes endocrines. Troubles du développement. Masson et C.^{ie} 1925. Paris.

Guillermo Bosco—Les divers aspects graphiques de l'insuffisance fonctionnelle du myocarde. *Revista Medica Latino-Americana*. Avril 1925. *Archives des Maladies du Cœur des Vaisseaux et du Sang*. Août 1926. Paris.

G. E. Beaumont and E. C. Dodds. Recent advances in Medicine. Jand A. Churchill. London. 1925.

Heinrich Hochaus e G. Liebermeister—Tratado practico de las enfermedades del corazon y de los vasos. Traducido directamente del aleman por Garcia del Real. Editorial Labor. S. A. Barcellona. 1924.

H. French—Indice de diagnostico diferencial fundado en los principales sintomas. Traducido del ingles por Francis Tous Biaggi, Manuel Marin. 1920.

H. Huchard—Maladies du cœur. Arteriosclerose. J. B. Baillièrre et Fils. Paris. 1910.

H. Vaquez—Les arythmies. J. B. Baillièrre et Fils. Paris. 1911.

H. Vaquez—Maladies du cœur, J. B. Baillièrre et Fils. Paris. 1921.

H. Vaquez—Medicaments et toniques cardiaques. J. B. Baillièrre et Fils. Paris. 1925.

H. Vaquez et E. Donzelot—Les troubles du rythme cardiaque. J. B. Baillièrre et Fils. 1926.

H. Vaquez et C. Bordet—Le cœur et l'aorte. Etudes de radiologie clinique. J. B. Baillièrre et Fils. Paris. 1913.

Henry Elsner—The prognosis of internal diseases. D. Appleton and Company. New York. 1917.

Hermann Sahli—Manuale del metodi clinici d'esame per medici e studenti. Francesco Vallardi. Milano.

H. Annes Dias—Licções de Clinica Medica. Barcellos, Bertaso e C.^{ia} Porto Alegre. 1926.

- Joaquim Marques Monteiro.* Contribuição ao estudo clinico da relação oscillometrica. Typ. do Commercio. Bahia, 1923.
- J. Keogh Murphy*—The Practitioner's Encyclopaedia of Medecine and Surgery. Henry Frowde. Oxford University Press. London, 1913.
- Jules Sebilliau*—Les insuffisances ventriculaires. La Clinique. N.º 59. Fevrier 1926.
- James Mackensie*—Les maladies du cœur. Traduit par le Dr. S. Françon. Felix Alcan. Paris.
- J. Merklen et J. Heitz*—Examen et semiotique du cœur. Masson et C.^{te} Paris, 1910.
- J. Castaigne et Ch. Esmein.*—Maladies du coeur et des artères. A. Poinat. Paris. 1921.
- J. de Meyer*—Les methodes modernes d'examen du coeur et des vaisseaux. J. B. Baillièrre et Fils. Paris, 1924.
- James Mackensie*—L'angine de poitrine. Traduit de l'anglais. Felix Alcan, 1925.
- J. Sénèque*—Les troubles circulatoires dans les anevrismes arterioveineux et leur retentissement cardiaque. Presse Medicale. N.º 1. 3 Janvier 1925.
- Journal Medical Français.* N.º 6. La methode graphique en clinique. Juin. 1926.
- Jean Walser*—La myocardie. Syndrome d'insuffisance cardiaque primitive. Gaston Doin. Paris, 1925.
- Josué et Belloir* — L'insuffisance fonctionelle du cœur hypertrophié. Son origine surrenale. L'asystolie surrenale. Bulletins et Memoires de la Societé Medicale des Hopitaux de Paris. 3 Avril 1914
- John Hay*—Angina minors. The British Medical Journal. July, 10, 1926.

J. v. Mering—Trattato delle malattie interne. Traduzione del Prof. Angelo Cecconi. Francesco Vallardi. Milano. 1908.

J. Vieira Romeiro—Semiologia Medica. Jacintho Ribeiro dos Santos. Rio de Janeiro.

J. Rocha Vaz—Semiotica physica e funcional. Bernard Frères. Rio de Janeiro. 1917.

Jean Heitz, Leconte, Grellety Brandel—Appareil circulatoire. Vaisseaux. Traité de Pathologie Médicale. Sergent—Ribadeau-Dumas-Babonneix. Tome IV. Vol. II. Norbert Maloine. Paris. 1926.

Louis M. Wafrield—Arteriosclerosis and Hypertension. C. V. Mosby Company. St. Louis U. S. A. 1920.

Le Bard—Les insuffisances aortiques sans souffle. La Semaine Médicale. N.º 22. 1909.

Lereboullet et J. Heitz—Les maladies du cœur et des vaisseaux en 1926. Paris Medical. N.º 27. Juillet 1926.

Lian—Insuffisance cardiaque. La Presse Médicale. N.º 46. 1926.

Lian, Barrien et Blondel—Les acquisitions dans le diagnostic des affections du cœur, des vaisseaux et des reins en 1925. Revue Médicale Française. N.º 4. 4 Avril 1926.

Louis Gallavardin—Précis des maladies du cœur et de l'aorte. Octave Doin. Paris. 1908

Louis Gallavardin—La tension artérielle en clinique. Masson et C.^{ie} Paris. 1920.

Louis Gallavardin—Les angines de poitrine. Masson et C.^{ie} Paris. 1925.

L. Gravier—L'alternance du cœur. J. B. Baillière et Fils, Paris 1914.

Luis Calandre—Transtornos del ritmo cardiaco. José Molina. Madrid. 1925.

Lorenzo Galindez—Rythmo de galope. Revista Medica Latino-Americana. Agosto. 1925.

Louis Brin et Leon Giroux—Syphilis du cœur et de l'aorte. Gaston Doin, Paris. 1924

Lewellys Barker—The Clinical Diagnosis of Internal Diseases. D. Appleton and Company New York. 1917

L. Gallavardin et L. Richon—Les angines de poitrine. XVIII Congrès Français de Médecine. Nancy, 16-19 Juillet 1926. Presse Medicale, 5 Aout 1925

M. Howard Fussell—Differential Diagnosis of Internal Diseases. D. Appleton and Company New York. 1917.

Michel Peter—Traité clinique et pratique des maladies du cœur et de l'aorte. J. B. Baillière et Fils. Paris. 1883

M. Perrin et G. Richard—Les arythmies dans le pratique journalière. J. B. Baillière et Fils. Paris. 1921.

M. Matthes—Trattato di diagnostica differenziale delle malattie interne. Traduzione del Prof. Vasco Forli. Francesco Vallardi. Milano. 1923

Miguel Couto—Lições de Clinica Medica. 1.º volume Jacintho Ribeiro dos Santos. Rio de Janeiro. 1916.

Miguel Couto—Lições de Clinica Medica 2.º volume. Jacintho Ribeiro dos Santos. Rio de Janeiro. 1923

N. Ortner—Sintomatologia clinica delle malattie interne. Traduzione del Dott. G. Ciulti. Francesco Vallardi Milano. 1923

O. Josué—La semiologie cardiaque actuelle. J. B. Baillièrre et Fils, Paris. 1924.

Oswaldo de Oliveira—Cardiologia Clinica. Leite Ribeiro e Maurillo. Rio de Janeiro. 1917.

Oswaldo Oliveira—Lições de Clinica Medica. Typographia America. Rio de Janeiro. 1924.

Paul Chevalier—La Myocardie. L'Hopital. N.º 170 Juillet 1926. Paris.

P. D. White—Functional disorders of heart. American Heart Journal. The Journal of the American Medical Association. Sept. 18, 1926.

Paul Ribierre—Maladies du cœur, des vaisseaux, du sang et des reins em 1925. La Medecine. N.º 6. 1926.

Pedro Escudiro—Lecciones de Clinica Medica. El Ateneo. Pedro Garcia. Buenos Ayres. 1923, 1924 e 1925

P. Béhague et J. Beyne—La methode graphique employée à l'étude de divers processus psycho-physiologiques: Reactions psycho-motrices, attention diffusée, sens de l'effort. Journal Medical. Français. N.º 6. 1926.

Porak—Les syndromes endocriniques. Bibliotheque des Grands Syndromes. Doin, edit. Paris, 1924.

Potain—Clinique Medicale de la Charité, C. Masson. Paris. 1894.

P. Merklen et J. Heitz—Examen et semiotique du cœur. Masson et C.^{ie}, Paris 1910.

Pietro F. Castellino—Lezione di semeiotica e patologia speciale medica del cuor e dei grossi vassi. Francesco Vallardi. Milano. 1900.

Paolo Krauze—Trattato di diagnostica clinica delle malattie interne. Traduzione del Dr. Giacomo Puritz. Francesco Vallardi. Milano.

- R. A. Bullrich y Oscar Behr*—Los cardiacos negros (Enfermidad di Ayerza) y la esclerosis de la arteria pulmonar. Pedro Garcia. Buenos Ayres. 1925.
- R. Lutembacher*—Les troubles fonctionnels du coeur. Masson et C.^{ie}, Paris. 1924.
- Roger S. Morris*—The clinical recognition of pulsus alternans. The Journal of the American Medical Association, August, 14, 1926.
- R. Lutembacher A. R. de Brun*—Cardiologie. Monde Medical N.° 683. Paris. 1926.
- Schrumpf-Pierron*—Diagnostic cardiologique. J. B. Bailliére et Fils. Paris. 1921.
- Schrumpf-Pierron*—Manuel de Cardiologie pratique. Norbert Maloine. Paris. 1925.
- Tiburcio Padilla*—Electrocardiografia. La Semana Medica. Imprenta de E. Spinelli. Cordoba. 1924.
- Thomas Lewis*—The mechanism and graphic registration of the heart beat. Shaw and Sons Ltd. London. 1925.
- Th. Jonneseo et D. Ionesco*—Le coeur et le sympathique cervico-thoracique. Academie de Medecine. 27 Octobre 1925. Presse Medicale. 31 Octobre 1925.
- W. D. Rose*—Physical Diagnosis. The C. V. Mosby Company. St. Louis. U. S. A. 1924.
- William Osler*—Modern Medecine its Theory and Practice. Third edition, thoroughly revised, reedited by Thomas Mc Rae. Lea and Febiger. New York. 1925. 1926.
- William Osler*—The Principles and Practice of Medicine. Tenth editon thoroughly revised by Thomas Mc Rae. D. Appleton and Company—London. 1925.