

Anamnese fisiológica:

Evolução: Nascido a termo. Cresceu bem.

Presente fisiológico: funções vegetativas normais.

Inspeção geral:

Aspetto geral: atitude livre. Mediolíneo estênico, bem nutrido e com boa musculatura. Lúcido e coerente, responde ao interrogatório com aparente sinceridade, menos no que refere à sua situação atual. Percebe-se o cuidado com que evita qualquer afirmação que lhe venha prejudicar a alta que pede.

Altura: 169 cm. *Peso:* 68 kg. *Temperatura:* apirético.

Pele, mucosa e tec. cel. subcutâneo: coloração normal. Macroflebia discreta nos pômulos, mais pronunciada à direita.

Ossos, articulações e fâneros: normais.

Gânglios: são palpáveis os inguinais, sem outras particularidades.

Aparelho circulatório:

CORAÇÃO — *Inspeção:* nada de especial a consignar.

Palpação: Ictus cordis no 5.º intercosto esquerdo, na linha hemiclavicular. Choque mediano circunscrito.

Percussão: não nos pareceu haver aumento da área cardíaca.

Auscultação: hiperfonese da 2.ª bulha no fóco aórtico. Ritmo normal.

VASOS — *Artérias periféricas:* normais à inspeção e palpação. A compressão desperta um ruído simples de sopro.

Pulso: medianamente amplo, cheio, ritmado, com frequência de 80.

T. A. — Mx. 15 Mn. 8½.

Veias: não há sinais de estase.

Pressão venosa, velocidade circulatória e exame radiológico: o paciente se recusou a êstes exames, que deveriam ter sido feitos no dia subsequente, porque, no intervalo, lhe ocorreu que podiam achar alguma coisa no seu coração e que isto dificultaria a sua alta.

Eletrocardiograma:

Ritmo sinusal.

Frequência de 87 batimentos por minuto.

Eixo elétrico normal.

P — difasico em D₄.

PR — 0', 17.

QRS — o ápice de R é manchado em D₁, D₂ e D₃. O seu ramo ascendente é nitidamente entalhado em D₄. Um entalhe na base do ramo descendente de R₃ simula um nascimento alto de ST. Duração de 0'', 08.

ST — normal.

T — achatado em D₃.

QT — 0'', 32.

Nota — A sinuosidade do ramo descendente de R, no segundo complexo de D₄ é devida a um defeito de cliché.

Aparelho respiratório:

Normal.

Aparelho digestivo:

Fígado 1½ dedos abaixo do rebordo costal e indolor.

Aparelho genito-urinário:

Normal.

Sistema nervoso:

Reflexos osteotendinosos e pupilares normais.

Sistema nervoso vegetativo e glândulas endócrinas:

Nada de anormal ao exame clínico.

Exames feitos:

Exame qualitativo de urina (2 vezes): normal.

Wassermann no sangue: negativo.

Resenha da papeleta:

Esta é a 11.^a internação. Foi recolhido ao hospital, por primeira vez, em Março de 1937; de então para cá tem reentrado 2, 3 e até 4 vezes por ano. Trata-se de um alcoolista inveterado, cujas embriaguezes condicionam desordens de conduta, algumas delas de caráter grave e que conferem ao doente uma certa periculosidade.

O Wassermann no sangue tem sido persistentemente negativo. O exame de liquor foi normal.

Em algumas das primeiras intervenções apareceu, no exame de urina, uma albuminuria discreta e inconstante. Nos exames em 41 e agora, nada mais havia.

A tensão arterial em 1937 era de 12 e 7; em 41, de 12½ e 8.

Nas diversas vezes em que ingressou intoxicado, o tratamento foi a estricnoterapia intensiva.

OBSERVAÇÃO N.º 8

Identidade:

E. D. Papeleta 10.898. 44 anos, branco, casado, músico, brasileiro, natural de P. Alegre. Entrada: 14 - 8 - 42.

Anamnese próxima:

Queixas e dados gerais: Sente-se nervoso, com tonturas e "cerebro cansado".

Sintomas cardio-circulatórios atuais — Dispnéia: não. Dôr: não. Palpitações: não. Vertigens: não. Síncopes: não. Outros sintomas: não.

DADOS REFERENTES AO ALCOOLISMO — Desde quan-

do bebe? Há 21 anos; mas abusa do alcool só nos últimos 12 anos. Bebida mais usada: cachaça. Quantidade diária: 1/2 garrafa. Outras bebidas? vinho. Quantidade diária: bebe-o esporadicamente.

Fases de intoxicação — Dados gerais: O apetite diminue bastante; isto o obrigou, nos últimos tempos, a um esforço de vontade no sentido de alimentar-se melhor, pois sentia-se enfraquecer. Sua evacuação se torna irregular e sente cólicas. A urina se torna escassa. Ao interromper o uso do alcool, vem-lhe, por 5 ou 6 dias, um poliúria com nictúria e dores no estômago (sic). Depois, tudo se normaliza. Dados cardíovoasculares: Tem tido, algumas vezes, edemas dos membros inferiores. Quando está “na ressaca”, tem dispnéia de esforço e tonturas.

Fases de não-intoxicação — Período anterior ao alcoolismo: passava muito bem. Períodos intercalares: Sente-se bem. Não fosse a idade, diria que estava “como dantes” (quando não bebia).

Anamnese remota:

Passado mórbido geral: blenorragia.

Interrogatório especial — Reumatismo, coreia, anginas: não. Lues: nega. Nefropatias: não.

Hábitos — relativamente morigerados. Alimentação: variada, Fumo: 10 a 15 cigarros diários. Narcóticos e entorpecentes: não.

Anamnese familiar e hereditária:

Linhagem paterna: Pai falecido, aos 74 anos, de “hidropsia”. Era alcoolista.

Linhagem materna: Mãe falecida, aos 50 anos, de carcinoma genital.

Esposa e filhos: sadios.

Anamnese fisiológica:

Evolução: infância sadia.

Presente fisiológico: funções vegetativas normais.

Inspeção geral:

Aspetto geral: Atitude livremente escolhida. Longilíneo estênico, bem nutrido e com boa musculatura. Psiquismo lúcido. Respostas exatas, coerentes e, quasi certamente, sinceras.

Altura: 168 cm. *Peso:* 60,400 kg. *Temperatura:* apirético.

Pele, mucosas e tec. cel. subcutâneo: eritema solar da face e base do pescoço.

Ossos, articulações e faneros: normais.

Gânglios: os inguinais são palpáveis, sem caraterísticos especiais.

Aparelho circulatório:

CORAÇÃO — *Inspeção:* Batimentos epigástricos discretos. Ictus bem perceptível.

Palpação: Ictus cordis no 5.º intercosto esquerdo, na linha he-

OBSERVAÇÃO N.º 8

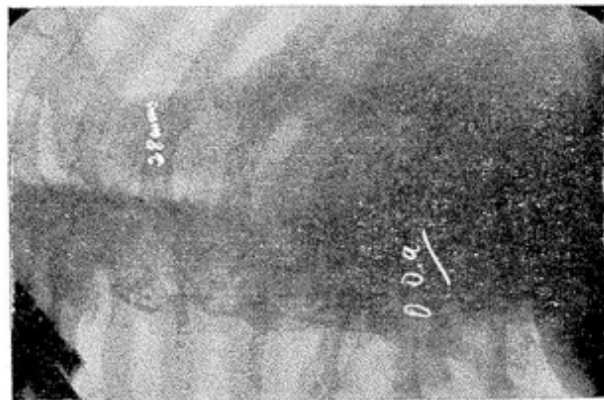
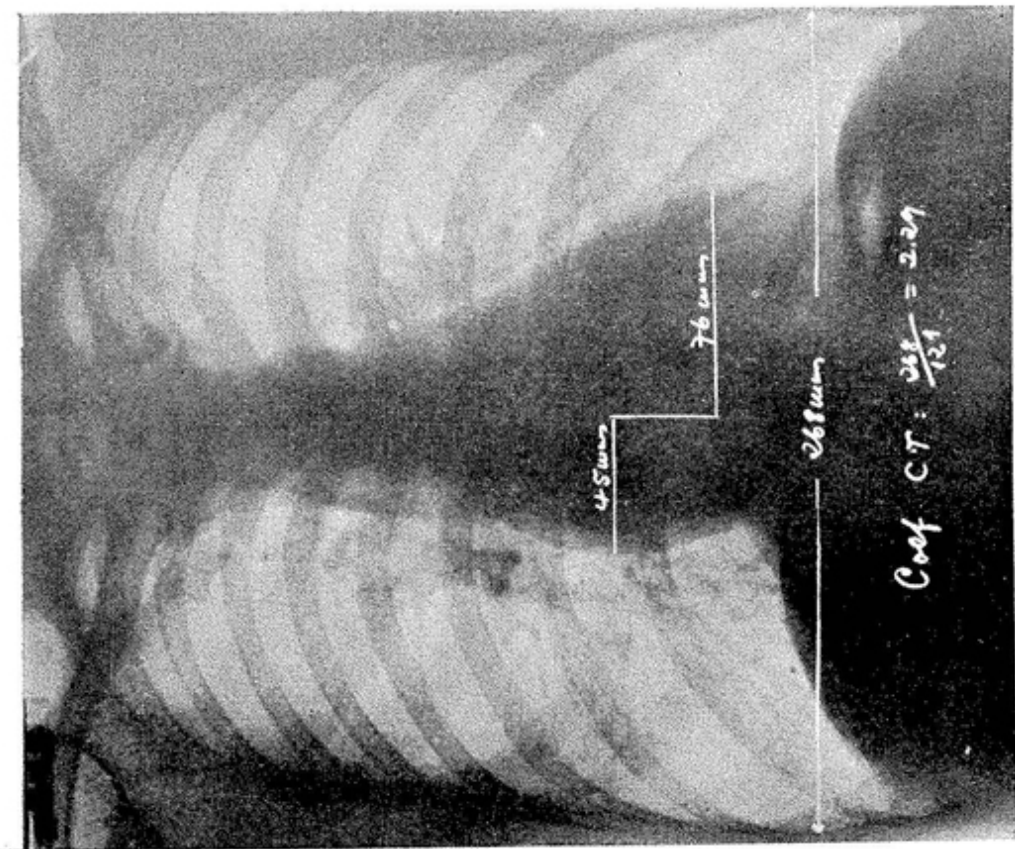
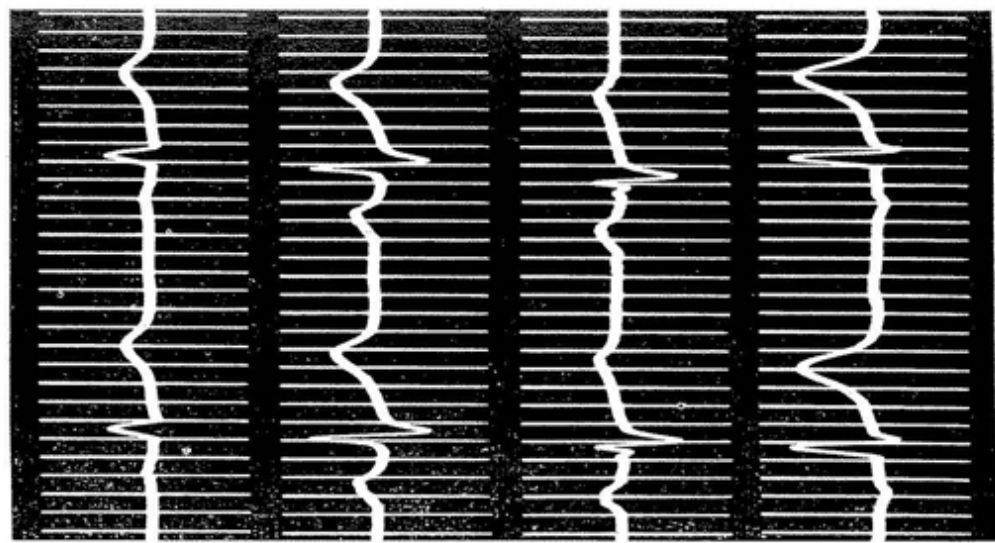


Fig. 7



Resenha da papeleta:

Esta é a 2.^a internação. A 1.^a foi em 1940; em ambas o motivo foi o alcoolismo.

O exame de líquido e o Wassermann no sangue foram sempre negativos.

O exame de urina foi normal.

OBSERVAÇÃO N.º 9

Identidade:

H. F. Papeleta 4326. 33 anos, branco, solteiro, comerciário, brasileiro, natural de P. Alegre. Entrada: 9-6-42.

Anamnese próxima:

Queixas e dados gerais: Sente-se um pouco enfraquecido e inapetente. Em sua casa, o apetite era melhor; julga que a diferença seja devida principalmente à mudança de comida.

Sintomas cardio-circulatórios atuais — Dispneia: Diz que antes, com a bronquite, tinha muita; mas que, agora, “está melhor”. Suas informações não são precisas neste ponto; parece haver certa dispnéia de esforço. Dôr: não. Palpitações: não. Vertigens: às vezes, quando se abaixa ou quando tosse muito. Síncopes: não. Outros sintomas: não.

DADOS REFERENTES AO ALCOOLISMO — Desde quando bebe? Há 10 anos. Bebida mais usada: cachaça. Quantidade diária: $\frac{1}{2}$ garrafa. Em certas ocasiões bebia mais; noutras, 3-4 cálices bastavam para embriagá-lo. Outras bebidas? diversas (chopp, cerveja, licôres). O vinho lhe repugna. Quantidade diária: pequena, quando faz uso delas, o que não se dá com frequência.

Fases de intoxicação — Dados gerais: Não tinha boa disposição. Ao acordar, sentia os músculos doloridos e uma ardência pelo corpo. Com os primeiros goles de bebida, êsses incômodos desapareciam. “Quando andava bebendo de fato, não comia nem fumava”. Passava 2-3 dias bebendo; como a intoxicação se tornava muito intensa, nos 2 ou 3 dias seguintes fazia dieta de caldos, leite e chás caseiros. Logo que melhorava, voltava a beber. Sua evacuação era “empedrada”, de côr verde-escura. Interrompendo o uso da bebida, vinha-lhe prisão de ventre. Dados cardio-vasculares: Refere, sem ser perguntado: “um pouco de falta de ar, ao tomar o fôlego”. Acha que isto “era dos nervos”, pois melhorava com calmantes. Nas fases de intoxicação mais intensa, vinham-lhe vômitos e, com êles, palpitações e suores abundantes.

Fases de não-intoxicação — Período anterior ao alcoolismo: não gozou nunca de muita saúde; mas, afora a bronquite, passava relativamente bem. Períodos intercalares: Já chegou a passar 9 meses

sem beber. Sentia-se muito bem nessas ocasiões: "A vida me representava outra coisa".

Anamnese remota:

Passado mórbido geral: Bronquite asmática (sic), dos 15 aos 20 anos. Para tratá-la, davam-lhe leite com cognac. Esse foi o seu contato inicial com bebidas alcoólicas. Contraiu blenorragia, de que está curado. Tinha, em menino, epistaxes frequentes.

Interrogatório especial — Reumatismo, coréia, anginas: não. Lues: nega. Nefropatias: não.

Hábitos — Levantava a horas certas, para ir trabalhar; mas, uma vez abandonado o trabalho, já não tinha mais hora para comer nem dormir. Alimentação: Comia "de tudo". Do que mais gostava era de saladas. Fumo: 20 cigarros diários. Narcóticos e entorpecentes: nunca usou.

Anamnese familiar e hereditária:

Linhagem paterna: Pai vivo, forte, com 56 anos. Não é alcoolista. Tios fortes. Avós falecidos.

Linhagem materna: Mãe viva, sadia, com 50 anos.

Irmãos: 2, fortes.

Anamnese fisiológica:

Evolução: Nasceu de 7 meses. Foi sempre delicado de saúde. Puberdade um pouco retardada.

Presente fisiológico: O apetite já foi mencionado. Digestão às vezes difícil. Prisão de ventre (3-4 dias). Sono irregular. Urina bem. Potência sexual normal.

Inspeção geral:

Aspecto geral: Vem ao exame caminhando com desembaraço. Longilíneo astênico, de porte frágil, estado de nutrição deficiente e musculatura flácida, hipotônica. Lúcido, coerente, manifestando uma certa instrução e convívio social, informa com boa vontade e precisão, parecendo sincero.

Altura: 168 cm. *Peso:* 55,800 kg. *Temperatura:* apirético.

Pele, mucosas e tec. cel. subcutâneo: A face e as extremidades apresentam um discreto matiz cianótico. Palidez.

Ossos, articulações e fâneros: Esternalgia. Implantação normal dos pelos.

Gânglios: os inguinais são palpáveis, pequenos, móveis, separados, indolores, de consistência média.

Aparelho circulatório:

CORAÇÃO — *Inspeção:* Ictus cordis visível e circunscrito. Há um abaulamento juxta-esternal circunscrito, à esquerda, na região das 3.^a e 4.^a cartilagens costais. Batimentos das veias do pescoço, do tipo auricular, discretos.

OBSERVAÇÃO N.º 9

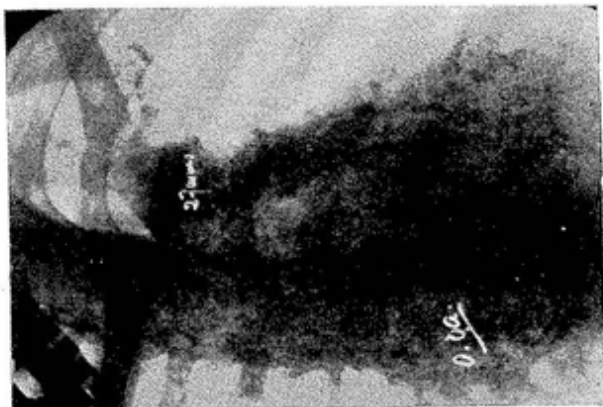
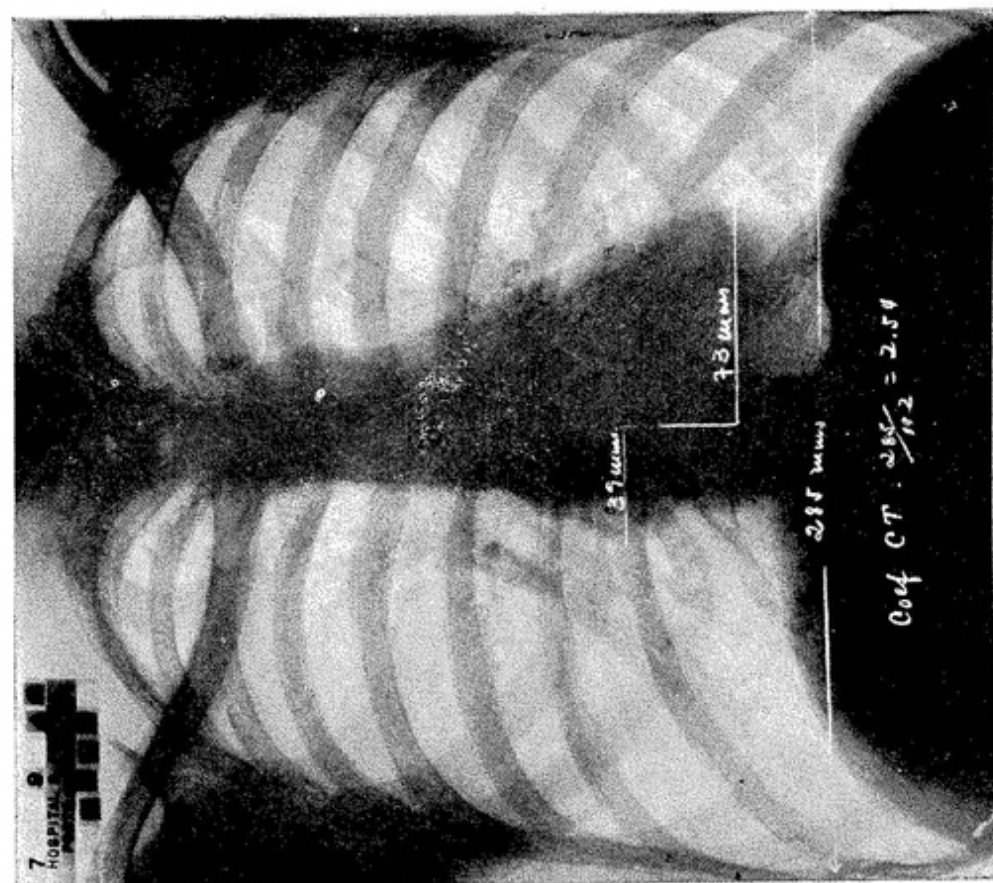
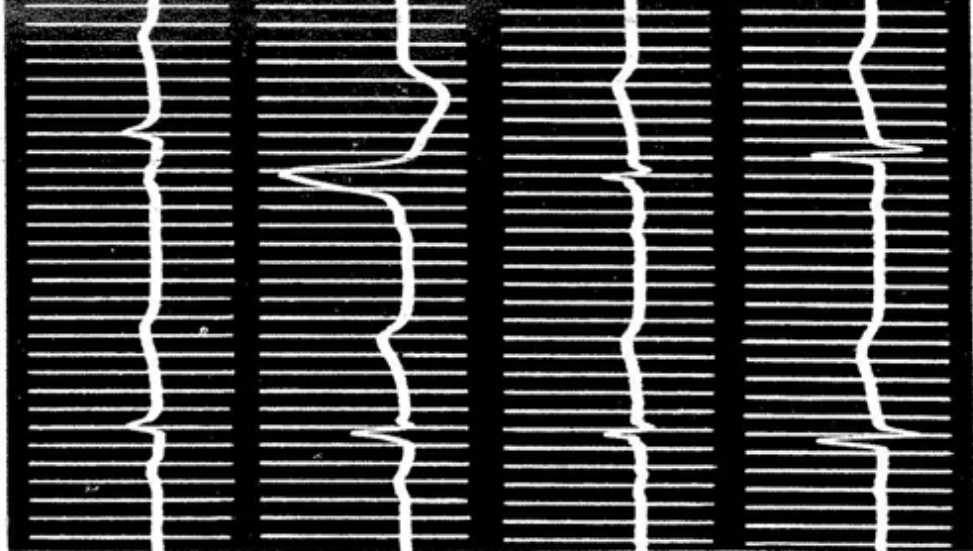


Fig. 8
Em D₂, uma extrasístole de tipo ventricular.



OBSERVAÇÃO N.º 9 — Continuação

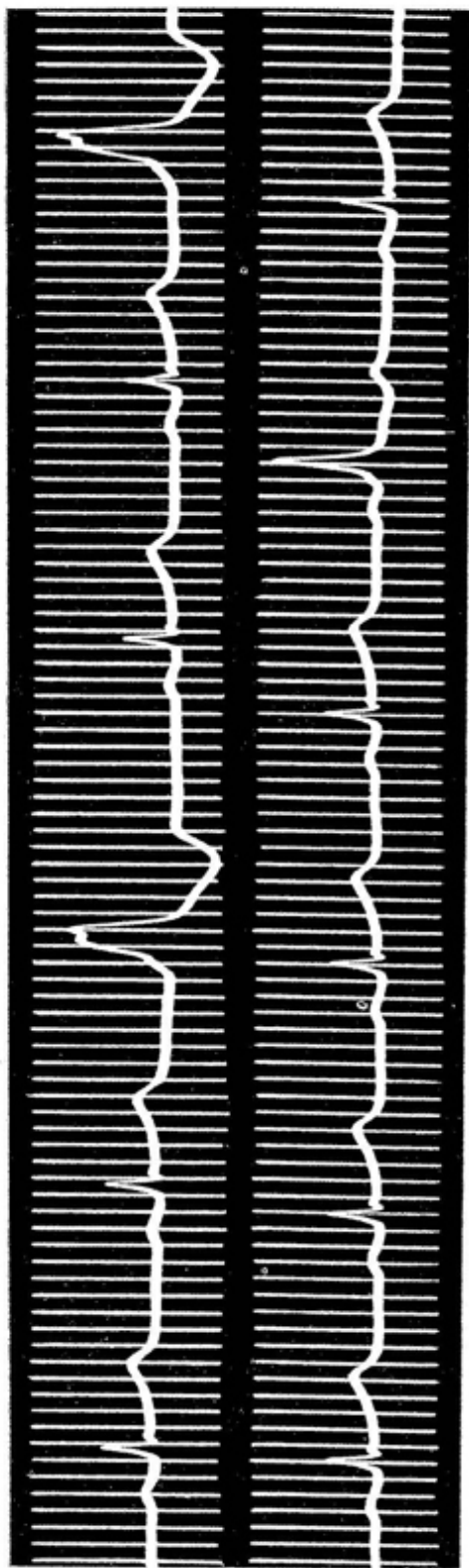


Fig. 9

2.^a derivação do caso 9. Na parte superior vê-se um ritmo trigêmeo. Na parte inferior, continuação da outra, a extrassístole sobrevem tão tarde que já se havia formado o P do batimento normal.

Palpação: Ictus no 5.^o intercosto esquerdo, 1 cm. para dentro da linha hemiclavicular. Choque fraco e bem localizado.

Auscultação: Sôpro pressistólico em crescendo, pouco intenso, sem irradiação, com o seu foco de audibilidade na ponta. Desdobramento da 2.^a bulha, mais audível no fóco pulmonar. Raras extrassístoles isoladas.

VASOS — Artérias periféricas: paredes normais. A compressão desperta um ruído de sôpro único.

Pulso: pequeno, depressível, ligeiramente arritmico e de frequência normal.

T. A. — Mx. 11. *Mn.* 8,5.

Veias: sinais discretos de estase.

Pressão venosa: 100 mm.

Velocidade circulatória: 13" 3/5.

Exame radiológico:

“Imagem cardíaca de tipo oblíquo, tendendo à configuração mitral. Arco médio alongado. Em O. E. A., a aurícula esquerda faz discreta saliência no espaço retro-cardíaco.

Diâmetro transverso do coração: 112 mm.

Coeficiente cardio-torácico: $285/112 = 2,54$.

Calibre aórtico, ao nível da crossa, em O. D. A.: 27 mm — 4 mm = 23 mm.” (a) Dr. Norberto Pêgas.

Eletrocardiograma:

Rítmo sinusal, com extrasístoles ventriculares.

Frequência de 80 batimentos por minuto.

Eixo elétrico: tendência ao desvio para a direita.

P — entalhado em *D*₃.

PR — 0', 15.

QRS — De baixa voltagem em *D*₁ e *D*₃. O ramo ascendente de *R*₂ é entalhado na base. Em *D*₂, surgiram extrasístoles do tipo ventricular, ora de forma esporádica, ora obedecendo a um ritmo trigêmeo. Estas extrasístoles, que só apareceram na segunda derivação, precediam de pouco o batimento normal previsto; numa delas é possível ver o *P* do batimento normal já desenhado, quando surgiu o batimento prematuro. Duração de 0', 08.

ST — normal.

T — normal.

QT — 0', 36.

Aparelho respiratório:

Normal.

Aparelho digestivo:

Dôr à apalpação em todo o quadro cólico, com o máximo no ponto de Mac-Burney. Fígado nos limites normais.

Aparelho genito-urinário:

Normal.

Sistema nervoso:

Reflexos patelares um pouco vivos; reflexos pupilares normais.

Sistema nervoso vegetativo e glândulas endócrinas:

Ligeira labilidade neuro-vegetativa.

Exames feitos:

Exame qualitativo de urina: normal.

Reação de Wassermann no sangue: negativa.

Resenha da papeleta:

Trata-se de um paciente cuja 1.^a internação data de 1933 e que, por conseguinte, vem sendo observado de modo descontínuo, há 9 anos. As outras internações processaram-se em 1938, 1941 e agora. Desde a 1.^a, o motivo determinante da sua vinda para o hospital foi sempre o alcoolismo. Nas 3 últimas foi submetido à estricnoterapia intensiva.

O Wassermann no sangue foi sempre negativo e o exame de urina, normal.

OBSERVAÇÃO N.º 10

Identidade:

B. G. S. Papeleta 5.163. 22 anos, branco, solteiro, operário, brasileiro, natural de P. Alegre. Entrada: 11 - 12 - 41.

Anamnese próxima:

Queixas e dados gerais: Tem sido acometido de crises convulsivas. Fora delas, sente-se bem e trabalha em serviços manuais do hospital.

Sintomas cardio-circulatórios atuais — Dispnéia: não. Dôr: não. Palpitações: não. Vertigens: não. Síncope: não. Outros sintomas: não.

DADOS REFERENTES AO ALCOOLISMO — Desde quando bebe? Há 9 anos. Bebida mais usada: cachaça. Quantidade diária: $\frac{1}{2}$ garrafa. Outras bebidas? não.

Fases de intoxicação: Dados gerais: Sente-se bem. Segundo informa, não nota diferença, sob o ponto de vista de saúde, entre as épocas de intoxicação e as outras. Dados cardio-vasculares: não o incomodam sintomas circulatórios.

Fases de não-intoxicação — Período anterior ao alcoolismo: Era forte. Períodos intercalares: Sente-se bem disposto.

Anamnese remota:

Passado mórbido geral: blenorragia.

Interrogatório especial — Reumatismo, coréia, anginas: não. Lues: nega. Sabemos, todavia, pelos certificados de internação, que contraiu cancro aos 15 anos. Nefropatias: não.

Hábitos — Vida de vadiagem e embriaguês habitual. Alimentação: irregular, condicionada pelos acasos da vagabundagem a que se entrega. Fumo: 6-7 cigarros diários. Narcóticos e entorpecentes: não.

Anamnese familiar e hereditária:

Linhagem paterna: Pai alcoolista. Suicidou-se.

Linhagem materna: Mãe falecida de tuberculose pulmonar.

Anamnese fisiológica:

Evolução: Foi creança sadia.

Presente fisiológico: funções vegetativas normais.

Inspeção geral:

Aspetto geral: Atitude livremente escolhida. Mediolíneo, bem nutrido e com boa musculatura. Perfeitamente lícido, responde com cautela e obrigando-nos antes a repetir-lhe a pergunta, como si não a houvesse entendido. Conta-nos com cinismo a forma como procurou enganar o médico que primeiro o examinou. Suas declarações não merecem fé.

Altura: 163 cm. *Pêso:* 62,900 kg. *Temperatura:* apirético.

Pele, mucosas e tec. cel. subcutâneo: Normais. Parece-nos haver um leve tom cianótico na coloração da pele, mórmente nas zonas pouco pigmentadas.

Ossos, articulações e fâneros: normais.

Gânglios: micropoliadenopatia axilar e inguino-crural.

Aparelho circulatório:

CORAÇÃO — *Inspeção:* batimentos venosos cervicais, do tipo auricular. Ictus imperceptível.

Palpação: Ictus fraco, localizado no 5.º intercosto esquerdo, 1 cm. para dentro da linha hemiclavicular.

Auscultação: sopro pressistólico em crescendo, pouco nítido e sem propagação. Desdobramento da 2.ª bulha.

VASOS — *Artérias periféricas:* normais. A compressão desperta facilmente o aparecimento de um ruído de sopro; este, porém, é único.

Pulso: pequeno, depressível, levemente arritmico, frequência de 60.

T. A. — Mx. 12½. Mn. 7.

Veias: sem sinais de estase.

Pressão venosa: 100 mm.

Velocidade circulatória: 17" 4/5.

Exame radiológico:

"Imagem cardíaca tendendo à configuração mitral, com acentua-

ção do arco médio. Espaço retro-cardíaco permeável. Sombras hilares densas e alargadas.

Diâmetro transverso cardíaco: 118 mm.

Coeficiente cardiorácico: $280/118 = 2,37$.

Calibre aórtico em O. D. A.: $26 \text{ mm} - 4 \text{ mm} = 22 \text{ mm.}$ " (a).

Dr. Pêgas.

Eletrocardiograma:

Rítmo sinusal, com arritmia sinusal.

Frequência média de 58 batimentos por minuto.

Eixo elétrico normal.

P — entalhado em *D*₁ e *D*₂, invertido em *D*₃.

PR — 0'', 14.

QRS — *R*₁ entalhado no ápice em *D*₃ e manchado em *D*₄. O ramo descendente de *R*₂ é também manchado. Duração de 0'', 10.

ST — desnivelado para cima em *D*₂ e *D*₄.

T — amplo em *D*₁ e *D*₂, difásico em *D*₃.

QT — 0'', 40.

Aparelho respiratório:

Normal.

Aparelho digestivo:

Normal.

Aparelho genito-urinário:

Normal.

Sistema nervoso:

Reflexos pupilares normais. Reflexos patelares vivos. Suas crises convulsivas parecem obedecer a uma causa tóxica (crises epileptiformes dos alcoolistas).

Sistema nervoso vegetativo e glândulas endócrinas:

Normais.

Exames feitos:

Exames qualitativos de urina: traços leves de albumina.

Wassermann no sangue: negativo.

Resenha da papeleta:

A-pesar-de sua pouca idade, o paciente já baixou 12 vezes ao nosso hospital, tendo sido antes hóspede assíduo do extinto Posto de Psicopatas. Trata-se de uma personalidade psicopática, com dipsomania e reações de tipo anti-social.

Pouco após haver contraído a sífilis, o exame de liquor acusou uma discreta reação meningéa, de natureza específica, a qual desapareceu nos exames dos anos subsequentes. O Wassermann no sangue foi sempre negativo.

O exame de urina acusou algumas vezes albuminuria e hematuria.

OBSERVAÇÃO N.º 10 — OBSERVAÇÃO N.º 7

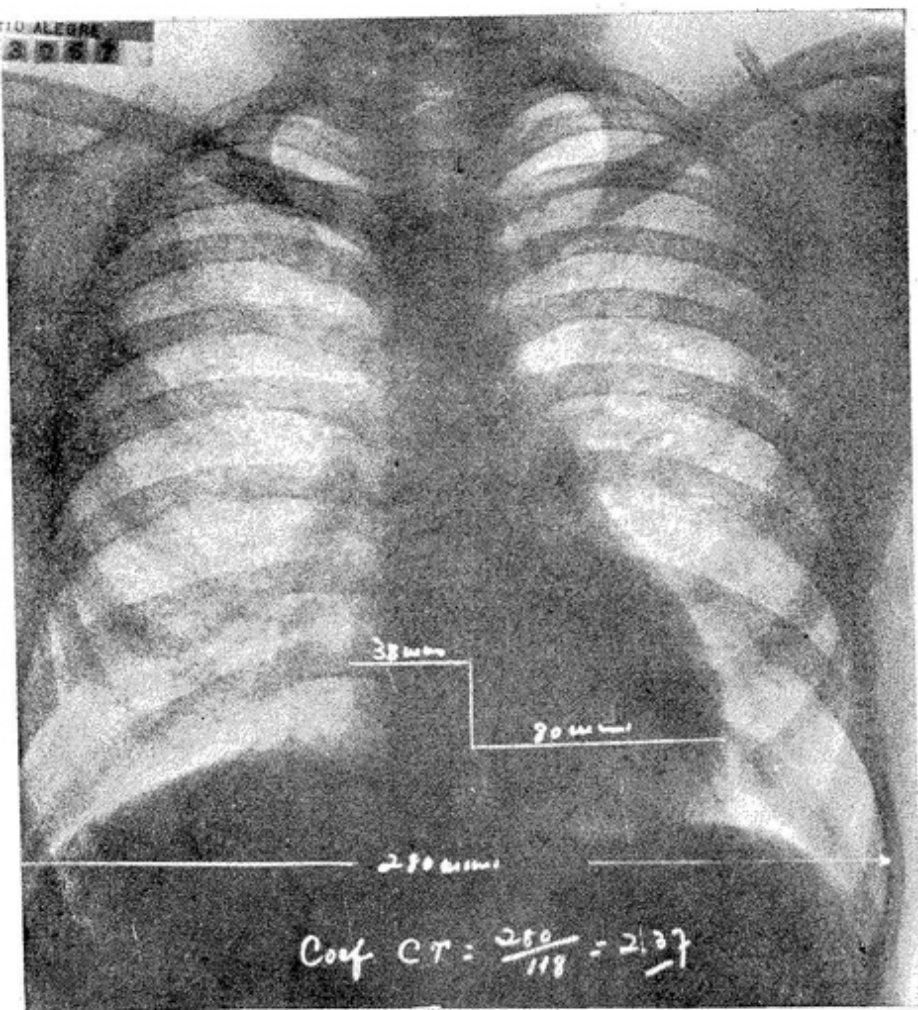
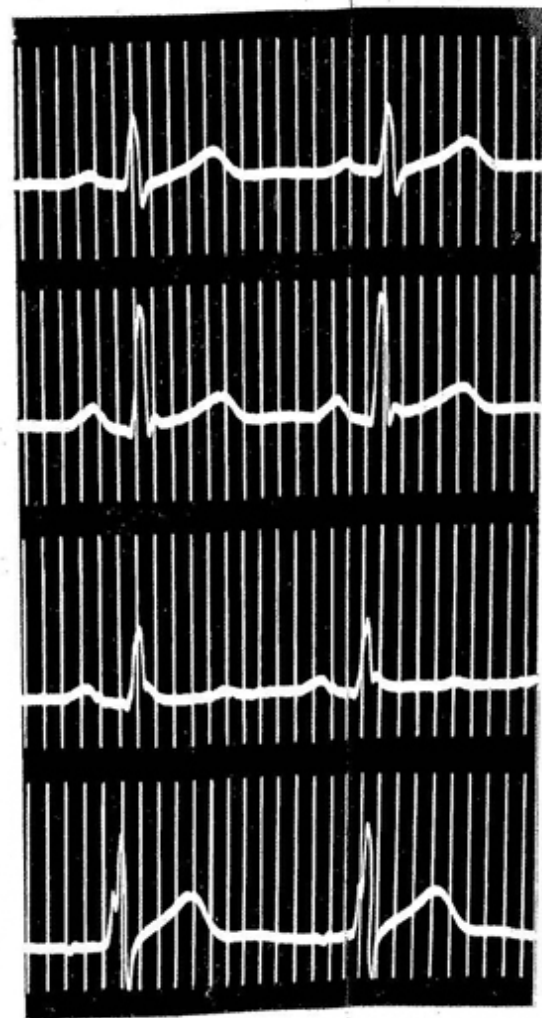


Fig. 10

Radiografias do caso 10. Eletrocardiograma do caso 7, que se negou ao exame radiológico. O ecg. do caso 10 está na fig. 12. A sinuosidade do QRS em D₄ é um defeito de reprodução.



OBSERVAÇÃO N.º 10 — Continuação

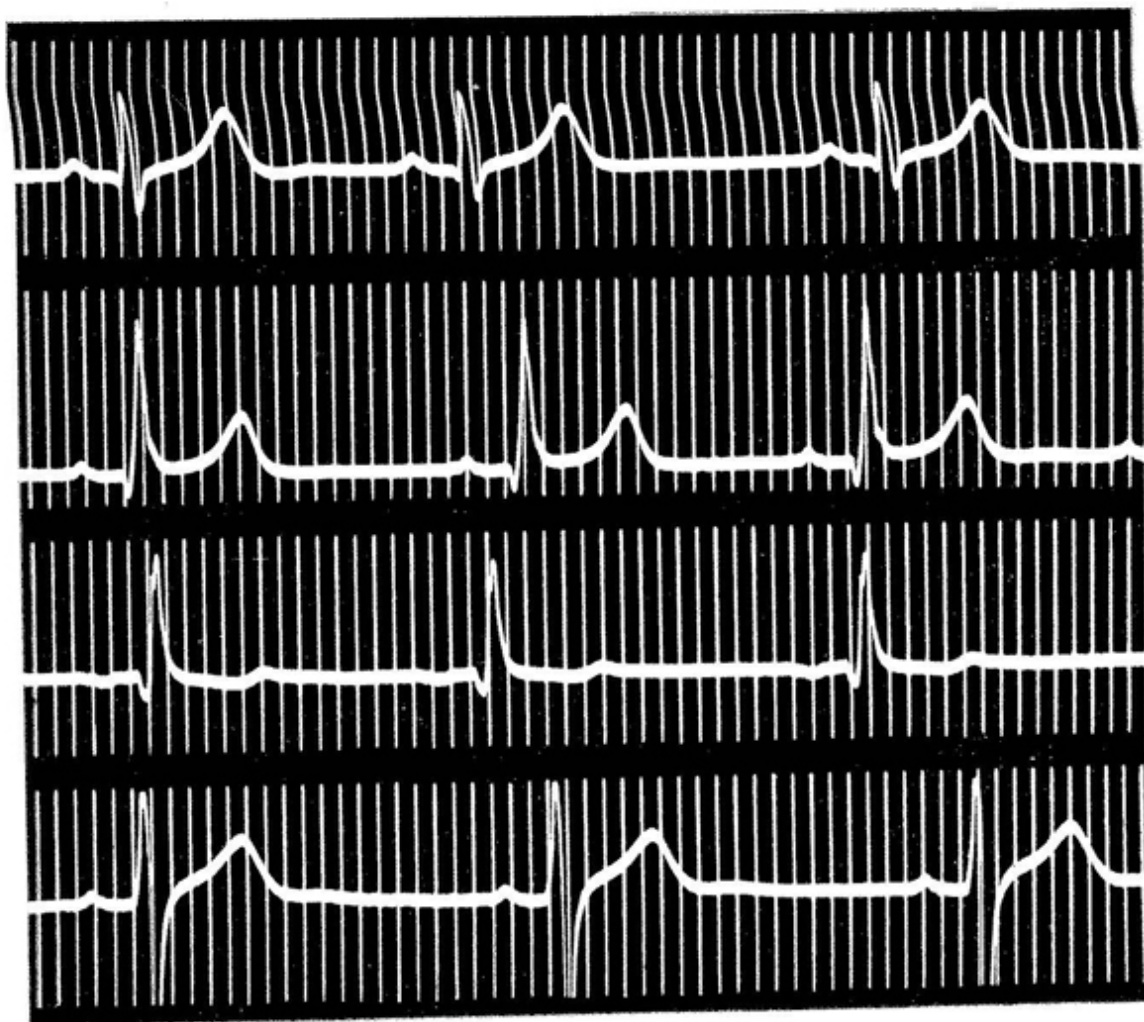


Fig. 11

Eletrocardiograma do caso 10.

OBSERVAÇÃO N.º 11

Identidade:

P. M. Papeleta 11.071. 39 anos, branco, casado, comerciante, uruguaio. Entrada: 6-7-42.

Anamnese próxima:

Queixas e dados gerais: nada sente.

Sintomas cardio-circulatórios atuais — Dispnéia: não. Dôr: não. Palpitações: não. Vertigens: não. Síncopes: não. Outros sintomas: não.

DADOS REFERENTES AO ALCOOLISMO — Desde quando bebe? Há 3 anos. Bebida mais usada: cachaça. Quantidade diária: mais de uma garrafa. Outras bebidas? não.

Fases de intoxicação — Dados gerais: Quando começava a beber, logo no 1.º ou 2.º dia perdia o apetite, deixando do parte qualquer espécie de alimentos. “Lia, bebia e dormia”. Vinham-lhe, também de início, vômitos matinais biliosos e diarréia sanguinolenta, com cólicas e tenesmo. Com a diminuição temporária da dose de álcool e com o uso de chás caseiros, êsses sintomas se atenuavam, o que lhe permitia voltar à carga, reiniciando as grandes doses. Dados cardiovasculares: nessas ocasiões, “qualquer pequeno esforço que fizesse produzia-lhe falta de ar”. Certa vez, uma única, foi acometido de uma dôr forte no precórdio, sem causa aparente, e que compara a “uma agulhada que corresse por dentro da veia (aorta)”. Como sede desta dôr mostra a região da ponta. Os pés não lhe incharam nunca. Tinha palpitações: “o coração estava sempre batendo forte e ligeiro”; de uma feita, chegaram a contar-lhe 180 pulsações por minuto.

Fases de não-intoxicação — Período anterior ao alcoolismo: sentia-se bem. Períodos intercalares: Não sente nenhum dos sintomas das fases tóxicas, mas “já não é o mesmo homem”. Acha que o uso do álcool lhe fez perder “um terço da capacidade”.

Anamnese remota:

Passado mórbido geral: Sarampo, blenorragia. Câncro mole e adenites satélites. Teve, em 1934, um polinevrite. Nega o uso de álcool naquela época.

Interrogatório especial — Reumatismo, coréia, anginas: não. Lues: Diz já ter tido um Wassermann positivo, no sangue. Já fez injeções de Neosalvarsan, que tolerou mal. Nefropatias: não.

Hábitos — Mais ou menos regulares. Não se entregava à vagabundagem nem tinha companheiros de libação. Bebia sozinho, em sua própria casa. Alimentação: variada. Fumo: 30 cigarros diários. Narcóticos e entorpecentes: viciou-se em morfina, em 34, após a polinevrite. Foi desintoxicado por um psiquiatra e não reincidiu.

Anamnese familiar e hereditária:

Linhagem paterna: Pai alcoolista, falecido aos 45 anos.

Linhagem materna: Mãe cardíaca, viva. Avô alcoolista inveterado, falecido repentinamente aos 92 anos de idade.

Esposa e filhos: Esposa sadia. Dos cinco filhos que teve, 2 foram natimortos, 2 faleceram pequeninos e ficou uma menina, que é sadia.

Anamnese fisiológica:

Evolução: normal.

Presente fisiológico: Funções vegetativas normais.

Inspeção geral:

Aspetto geral: Atitude livremente escolhida. Mediolíneo astênico, um tanto desnutrido e com musculatura pouco desenvolvida. Perfeitamente lícido, informa com abundância, o que é facilitado pelo nível cultural mais elevado que possui. Parece-nos absolutamente sincero.

Altura: 170 cm. *Peso:* 52½ kg. *Temperatura:* apirético.

Pele, mucosas e tec. cel. subcutâneo: mucosas visíveis levemente descoradas.

Ossos, articulações e fâneros: Nada de anormal a consignar.

Gânglios: palpáveis: os inguinais, que se mostram sem particularidades, e o gânglio epitrocleano esquerdo.

Aparelho circulatório:

CORAÇÃO — *Inspeção:* Batimentos discretos dos vasos do pescoço, do tipo de pulso venoso auricular. Ictus visível, de pouca amplitude.

Palpação: Ictus no 5.º intercosto esquerdo, na linha hemiclavicular. Choque medianamente vigoroso e circunscrito.

Auscultação: Bulhas e ritmo normais.

VASOS — *Artérias periféricas:* paredes elásticas. Há um certo grau de eretismo arterial. A compressão não desperta duplo sopro.

Pulso: amplo, medianamente cheio, ritmado, com frequência de 88.

T. A. — Mx. 12½. Mn. 7.

Veias: esboço de estase nas veias do pescoço.

Pressão venosa: o paciente fugiu do hospital, o que nos privou de fazer esta determinação e um novo eletrocardiograma.

Velocidade circulatória: 13".

Exame radiológico:

“Imagem cardíaca de tipo oblíquo, de configuração aórtica, sem sinais apreciáveis de aumento volumétrico. Espaço retro-cardíaco permeável.

Diâmetro transverso cardíaco: 120 mm.

Coeficiente cardiopulmonar: $280/120 = 2,33$.

ÓBSERVAÇÃO N.º 11

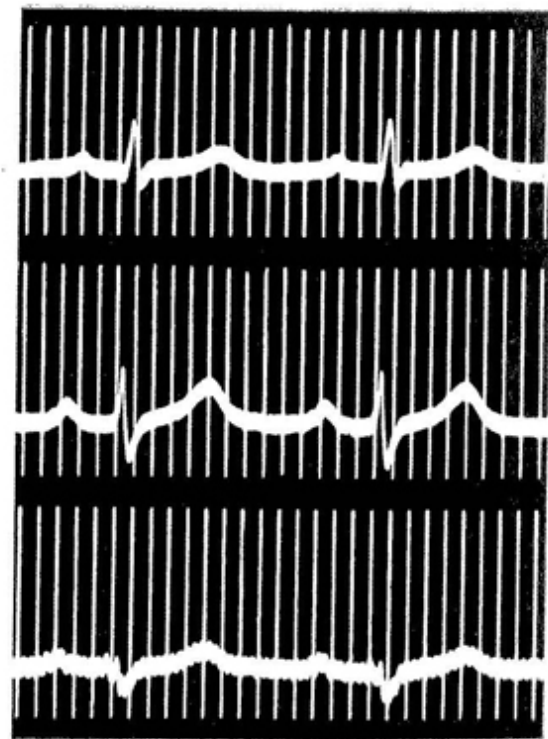
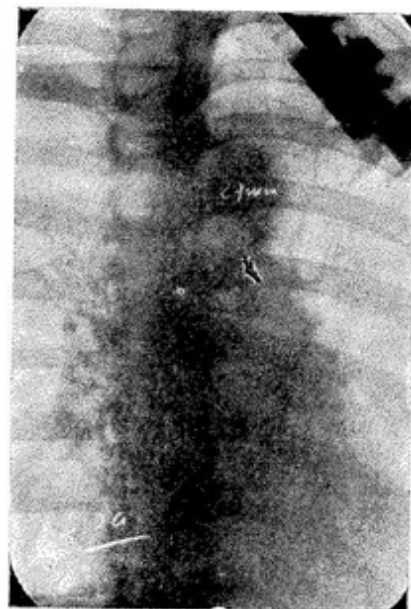
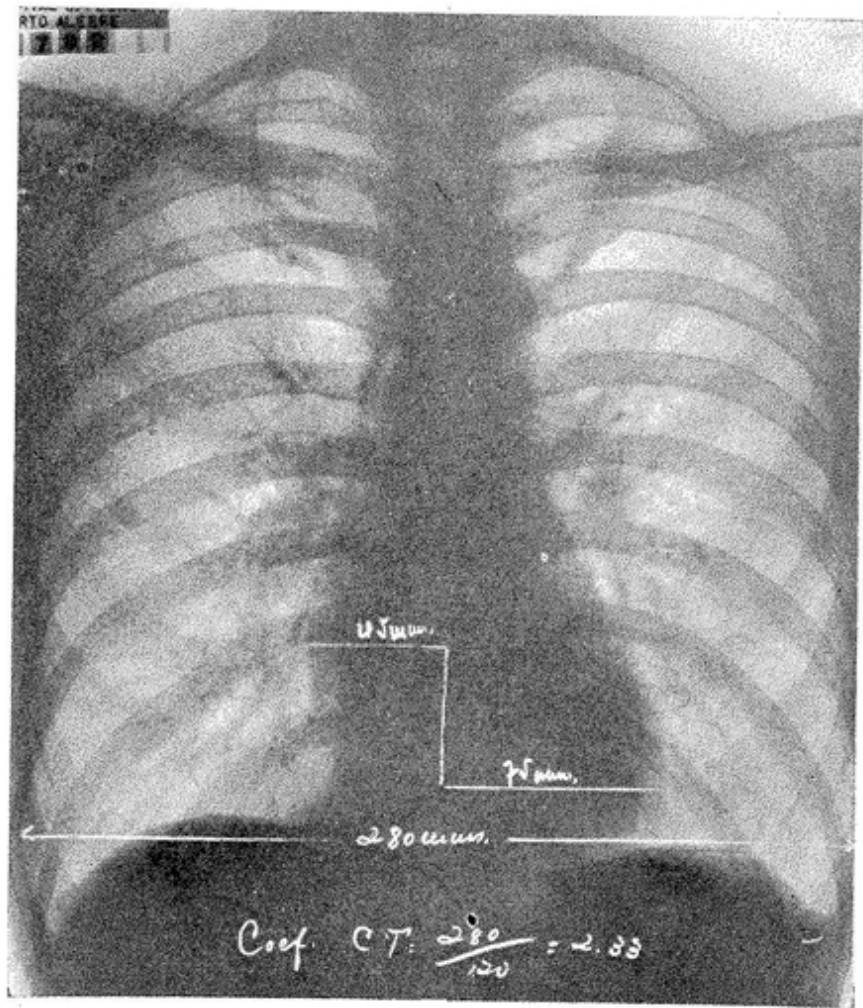


Fig. 12

Calibre aórtico em O. A. D.: 27 mm — 4 mm = 23 mm".
(a). Dr. Pêgas.

Eletrocardiograma:

Rítmo sinusal.

Frequência de 85 batimentos por minuto.

Eixo elétrico desviado para a esquerda.

P — normal.

PR — 0', 18.

QRS — de baixa voltagem em *D*₁ e *D*₃, com predomínio da fase negativa em *D*₃. Duração de 0', 08.

ST normal.

T — normal.

QT — 0', 35.

Nota — não foi feita derivação precordial.

Aparelho respiratório:

Fácies de tipo adenoidiano. Pulmões normais.

Aparelho digestivo:

Normal.

Aparelho genito-urinário:

Normal.

Sistema nervoso:

Reflexos pupilares normais. Reflexos patelares vivos.

Sistema nervoso vegetativo e glândulas endócrinas:

Ligeira distonia neuro-vegetativa.

Exames feitos:

Exame qualitativo de urina: densidade 1005, traços levíssimos de albumina e prina.

Wassermann no sangue: negativo.

Exame otorrinolaringológico: normal. (a). Dr. Arí Pinto.

Resenha da papeleta:

De Dezembro de 40 para cá é esta a 5.^a vez que o trazem ao hospital por alcoolismo.

Quando de sua 1.^a internação, teve um Wassermann no sangue positivo ++. O exame de liquor foi normal. Submeteu-se a tratamento específico. O Wassermann no sangue, em 41, como agora, foi negativo. O exame de urina acusou uma albuminuria leve, com densidade de 1020.

Tem sido desintoxicado pelo método de Cossa.

OBSERVAÇÃO N.º 12

Identidade:

L. C. Papeleta 7.650, 36 anos, branco, casado, militar reformado, brasileiro, natural de P. Alegre. Entrada: 11-7-42.

Anamnese próxima:

Queixas e dados gerais: Sente-se bem. Incomodam-no, às vezes, pequenos sintomas cardiovasculares.

Sintomas cardio-circulatórios atuais — Dispnéia: não. Dôr e palpitações: De noite, sem causa aparente e de modo súbito, é acometido às vezes de palpitações e leve dôr precordial, as quais desaparecem levantando-se o paciente do leito e caminhando um pouco. Vertigens: não. Síncopes: não. Outros sintomas: não.

DADOS REFERENTES AO ALCOOLISMO — Desde quando bebe? Há 14 anos. Bebida mais usada: cachaça. Quantidade diária: menos de $\frac{1}{2}$ garrafa. Outras bebidas? não.

Fases de intoxicação — Dados gerais: Sente uma indisposição vaga e fica "nervoso", irritadiço. Dados cardio-vasculares: Tem dores no peito (precórdio) e palpitações. Pelo que refere, as dôres não são de tipo anginóide; parecem antes palpitações dolorosas (extrasístoles?).

Fases de não-intoxicação — Período anterior ao alcoolismo: Gozava de boa saúde. Praticava atletismo, ganhando prêmios como corredor, máu grado sua pequena estatura. Períodos intercalares: Sente-se bem, mas já não é capaz dos esforços antigos. Verdade é que abandonou qualquer treinamento.

Anamnese remota:

Passado mórbido geral: Pleuriz. Apendicite, de que foi operado.

Interrogatório especial — Reumatismo, coreia, anginas: não. Lues: nega. Nefropatias: não.

Hábitos: Vida morigerada. Alimentação: variada. Fumo: pouco (8-10 cigarros ao dia). Narcóticos e entorpecente: nunca usou.

Anamnese familiar e hereditária:

Linhagem paterna: Pai falecido, aos 46 anos, de moléstia cardíaca (sic). Dos avós nada sabe.

Linhagem materna: Mãe viva, com 53 anos, sadia.

Esposa e filhos: Fortes. Dos 6 filhos que teve, perdeu 2, ainda pequeninos.

Anamnese fisiológica:

Evolução: Foi criança sadia. Puberdade normal.

Presente fisiológico: Funções vegetativas normais.

Inspeção geral:

Aspetto geral: Atitude livremente escolhida. Brevilíneo estênico,

OBSERVAÇÃO N.º 12

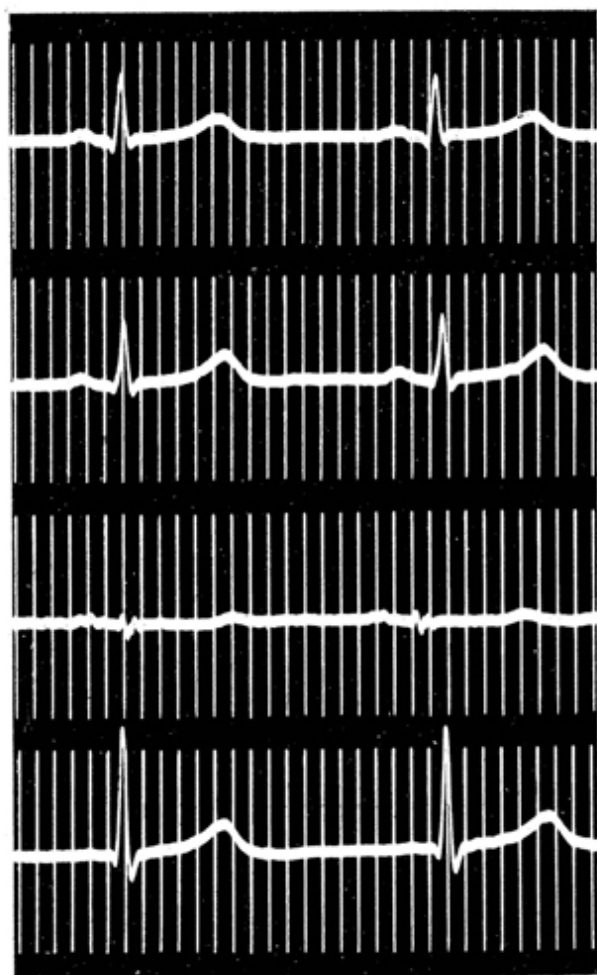
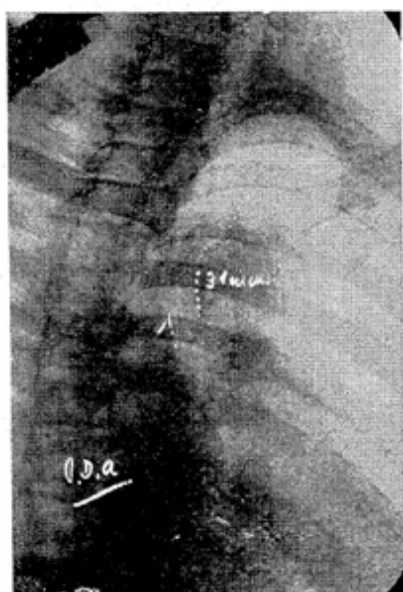
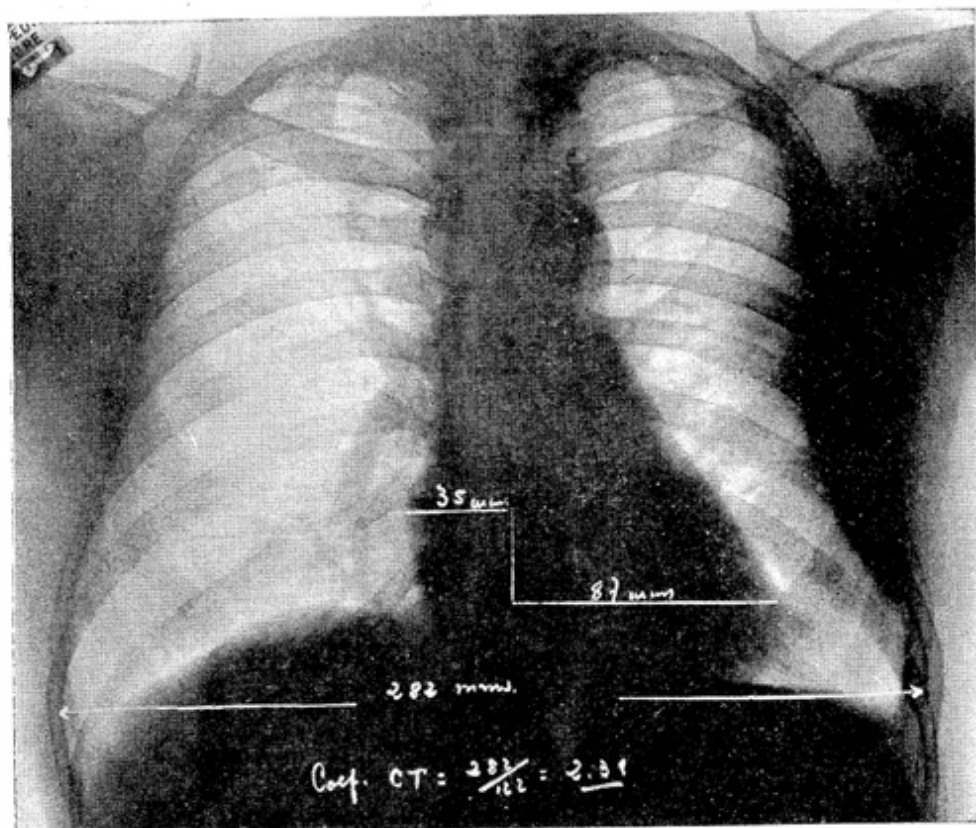


Fig. 13

em bom estado de nutrição e com desenvolvimento muscular satisfatório. Lúcido, informa com solicitude e exatidão, merecendo fé.

Altura: 154 cm. *Peso:* 58, 200 kg. *Temperatura:* apirético.

Pele, mucosas e tec. cel. subcutâneo: Palidez pouco acentuada. Cicatriz de apendicectomia.

Ossos, articulações e fâneros: normais.

Gânglios: palpam-se apenas os inguinais, que são pequenos, móveis, separados e indolores.

Aparelho circulatório:

CORAÇÃO — Inspeção: nada de anormal.

Palpação: Ictus no 5.º intercosto esquerdo, na linha hemiclavicular. Choque localizado, de impulsão média.

Auscultação: Bulhas e ritmo normais.

VASOS — Artérias periféricas: nada de especial a consignar. Não há duplo sopro à compressão.

Pulso: medianamente amplo, cheio, ritmado, com frequência de 68.

T. A. — Mx. 14. *Mn.* 9.

Veias: não há sinais de estase venosa.

Pressão venosa: 146 mm.

Velocidade circulatória: 11".

Exame radiológico:

"Imagem cardíaca de configuração normal.

Diâmetro transverso: 122 mm.

Coefficiente cardiorácico: $282/122 = 2,31$.

Calibre aórtico, ao nível da crossa, em O. D. A.: 31 mm — 4 mm = 27 mm. Sequelas de processo pleural esquerdo, com sínfise, dando uma imagem de opacidade acentuada na porção latero-externa do hemitorax" (a). Dr. Pêgas.

Eletrocardiograma:

Ritmo sinusal.

Frequência de 68 batimentos por minuto.

Eixo elétrico normal.

P — entalhado em D₃.

PR — 0", 13.

QRS — de baixa voltagem em D₃. Duração de 0", 08.

ST — normal.

T — achatado em D₃.

QT — 0", 40.

Aparelho respiratório:

Sínfise pleural à esquerda, como reliquat do processo pleurítico que vai referido adiante.

Aparelho digestivo:

Normal.

Aparelho genito-urinário:

Normal.

Sistema nervoso:

Reflexos pupilares e patelares normais.

Sistema nervoso vegetativo e glândulas endócrinas:

Nada de anormal.

Exames feitos:

Exame qualitativo de urina: densidade 1010, traços levíssimos de albumina e piina.

Wassermann no sangue: negativo.

Uréia no sangue: Ogr. 475 %₀.

Resenha da papeleta:

Em cinco anos (de Outubro de 37 até agora), o paciente ingressou doze vezes no hospital. A sua embriaguez se caracteriza pela tendência fácil às alucinações visuais de tipo terrorífico, o que determina logo o seu retorno ao hospital, aonde tem vindo ter, algumas vezes, por sua própria iniciativa. Tem apresentado repetidas manifestações de polineurite.

Em Agosto de 40 baixa ao nosso serviço, acometido de pleuriz à esquerda. O derrame reabsorveu em menos de um mês, deixando apenas uma submassicez da região axilar e base esquerdas, com diminuição pronunciada do frêmito tóraco-vocal e do murmúrio respiratório.

Em Janeiro deste ano volta ao serviço por crise dolorosa abdominal. Diagnosticada apendicite aguda, foi o paciente operado, encontrando-se um apêndice grande, aderente e com focos inflamatórios.

O primeiro exame de urina feito no hospital, em 37, nada acusou. De 39 para cá, tem apresentado albuminuria discreta, piuria e, às vezes, hematuria. A densidade urinária variou de 1010 a 1030.

O exame de liquor, repetido duas vezes, foi sempre normal. Um Wassermann no sangue, feito em 39, foi positivo ++. Os subsequentes, feitos cada ano, foram todos negativos. Como tratamento específico iniciou uma série de bismuto, que interrompeu pela sua saída do hospital.

Suas desintoxicações foram feitas pela estricnoterapia de Cossa.

OBSERVAÇÃO N.º 13

Identidade:

M. C. S. Papeleta 9.261, 43 anos, branco, casado, inspetor de bondes, brasileiro, natural de P. Alegre. Entrada: 17 - 8 - 42.

Anamnese próxima:

Queixas e dados gerais: Sente-se bem e trabalha em pequenas tarefas no hospital.

Sintomas cardio-circulatórios atuais — Dispneia: Pequena dispneia de esforço. Dôr: não tem sentido. Palpitações: sim; sente que o coração “bate com força”. Vertigens: às vezes. Síncopes: não. Outros sintomas: cefaléia e moscas volantes. Zoada nos ouvidos, em certas ocasiões.

DADOS REFERENTES AO ALCOOLISMO — Desde quando bebe? Há 22 anos que bebe diariamente uma dose moderada de cachaça. Nos últimos 4 anos é que se entregou a excessos. Bebida mais usada: cachaça. Quantidade diária: $\frac{1}{2}$ garrafa. Outras bebidas? vinho, cerveja. Quantidade diária: pouca.

Fases de intoxicação — Dados gerais: para o lado somático, nada sente a não ser as perturbações circulatórias. Dados cardio-vasculares: Palpitações e “pulsção forte”. Às vezes, dor no precórdio, não muito intensa e sem irradiação nem causa determinante.

Fases de não-intoxicação — Período anterior ao alcoolismo: bem. Períodos intercalares: bem.

Anamnese remota:

Passado mórbido geral: blenorragia.

Interrogatório especial — Reumatismo, coreia, anginas: não. Lues: câncer, há muitos anos. Pelo que refere, parece ter sido um câncer primário sífilítico. Nefropatias: nunca apresentou sintomas agudos de afecção renal.

Hábitos — Vida morigerada. Embriagava-se em casa, sem recorrer à companhia de outrem. Alimentação: variada. Fumo: 20 cigarros diários. Narcóticos e entorpecentes: nunca usou.

Anamnese familiar e hereditária:

Linhagem paterna: Pai falecido aos 42 anos, de causa que ignora. Não era alcoolista.

Linhagem materna: Mãe falecida; não sabe de quê.

Esposa e filhos: sadios.

Anamnese fisiológica:

Evolução: normal.

Presente fisiológico: Poliúria com nictúria. As outras funções vegetativas são normais.

Inspeção geral:

Aspetto geral: Atitude livremente escolhida. Longilíneo estênico, com tendência à obesidade; boa musculatura. Membro superior esquerdo amputado à altura do terço superior do braço (acidente). Psiquismo íntegro. Responde bem e com aparente sinceridade.

Altura: 1,77 $\frac{1}{2}$ m. *Pêso:* 96,1 kg. *Temperatura:* apirético.

Pele, mucosas e tec. cel. subcutâneo: Varizes nos membros inferiores.

Ossos, articulações e fâneros: normais.

Gânglios: os inguinais são palpáveis, sem particularidades.

Aparelho circulatório:

CORAÇÃO — Inspeção: Batimentos dos vasos do pescoço, de tipo arterial. Ictus invisível. Adipose torácica.

Palpação: Ictus vigoroso, no 6.º intercosto esquerdo, 1 dedo para fóra da linha hemi-clavicular.

Auscultação: Hiperfonese da 2.ª bulha no fóco aórtico. Ritmo normal.

VASOS — Artérias periféricas: eretismo arterial. Paredes elásticas. A compressão não desperta duplo sopro.

Pulso: amplo, cheio, ritmado, batendo 75 vezes por minuto.

Tensão arterial: — Mx. 18½. Mn. 10½.

Veias: sem sinais de estase.

Pressão venosa: 176 mm.

Velocidade circulatória: 15" 1/5.

Exame radiológico:

"Coração de tipo horizontal, com imagem de configuração aórtica, aumentada para a esquerda.

Pedículo vascular alargado, com aumento do arco aórtico. Aorta de opacidade acentuada.

Diâmetro transverso cardíaco: 162 mm.

Coeficiente cardiotorácico: $312/162 = 1,93$.

Calibre aórtico, ao nível da crossa, em O. D. A.: 38 mm — 4 mm = 34 mm".

Eletrocardiograma:

Ritmo sinusal.

Frequência de 76 batimentos por minuto.

Eixo elétrico desviado para a esquerda.

P — difásico em D₄.

PR — 0", 16.

QRS — difásico em D₃, com predomínio da fase negativa. Ramo descendente de R entalhado em D₂. Duração de 0", 10.

ST — desnivelado para cima em D₁ e D₄ e para baixo em D₃.

T — invertido em D₃, muito amplo em D₄.

QT — 0", 36.

Nota — a reunião dos dois ramos de R no 2.º complexo de D₄ é um defeito de clichérie.

Aparelho respiratório:

Normal.

OBSERVAÇÃO N.º 13

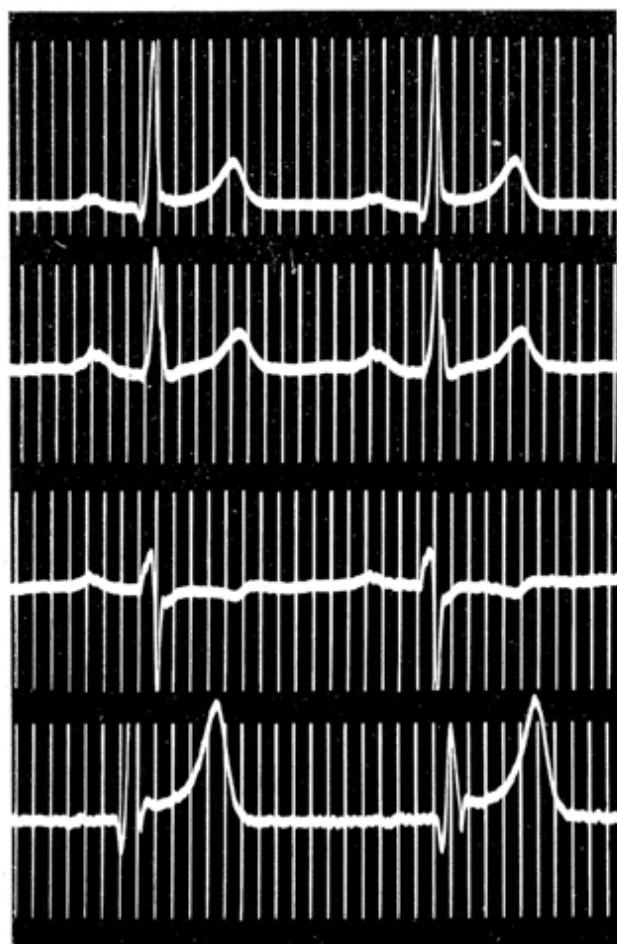
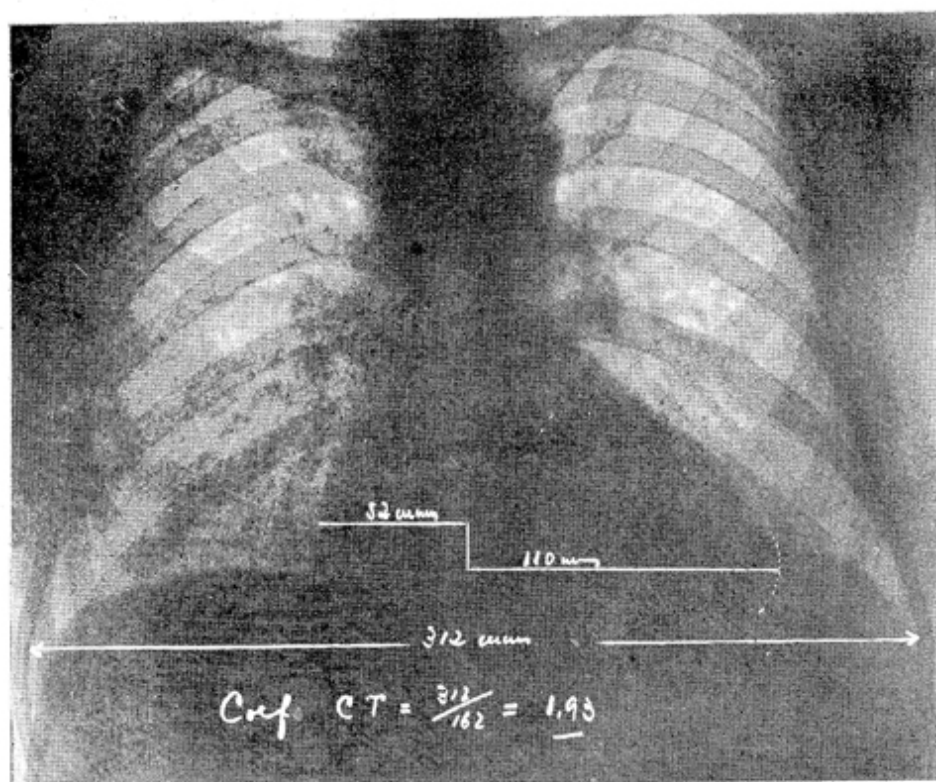


Fig. 14

A reunião dos ramos do 2.^o
R₄ é um defeito de reprodução.

Aparelho digestivo:

Normal.

Aparelho genito-urinário:

Normal.

Sistema nervoso:

Reflexos patelares vivos. Reflexos pupilares normais.

Sistema nervoso vegetativo e glândulas endócrinas:

Normais ao exame clínico.

Exames feitos:

Exame qualitativo de urina: densidade 1025, traços leves de albumina e piina.

Wassermann no sangue negativo.

Resenha da papeleta:

Sete internações desde Maio de 39, todas motivadas pelo alcoolismo.

Já teve um Wassermann positivo em Junho de 41. Em Setembro do mesmo ano o Wassermann era negativo. Exame de liquor: normal.

Exames de urina: albuminuria leve.

Em Junho de 41 baixa ao nosso serviço, por cefaleia e dôr precordial e lombar. A tensão arterial era de 23 e 16. Pequena insuficiência ventricular esquerda. Dezoito dias depois teve alta, sem sinais de insuficiência e curado das manifestações que haviam motivado a baixa. A tensão arterial era de 17 e 11.

Fez, por diversas vezes, a estricnoterapia intensiva.

OBSERVAÇÃO N.º 14

Identidade:

A. M. G. Papeleta 6.065, 37 anos, mixto, solteiro, marceneiro, brasileiro, natural de P. Alegre. Entrada: 29 - 8 - 42.

Anamnese próxima:

Queixas e dados gerais: Diz sofrer do fígado (sic). Por isso mesmo, é muito sensível aos abusos de alimentação.

Sintomas cardio-circulatórios atuais — Dispnéia: não. Dor: não. Palpitações: raras, quando deita em decúbito lateral esquerdo. Vertigens: não. Síncopes: não. Outros sintomas: não.

DADOS REFERENTES AO ALCOOLISMO — Desde quando bebe? Há 18 ou 20 anos. Bebida mais usada: cachaça. Quantidade diária: 1 ou mais garrafas por dia. Outras bebidas? não.

Fases de intoxicação — Dados gerais: Enquanto está bebendo, sente-se bem. Passando muitas horas sem álcool, começa a sentir-se "nervoso" e tem que beber. Come bem. Dados cardio-vasculares:

nada sente para o lado do aparelho circulatório. Quando suspende a bebida (por ingressar no hospital) sente falta de ar, palpitações e grande ansiedade.

Fases de não-intoxicação — Período anterior ao alcoolismo: era sadio. Períodos intercalares: nada sente.

Anamnese remota:

Passado mórbido geral: blenorragia há 20 anos.

Interrogatório especial — Reumatismo, coreia, anginas: não. Lues: teve câncer. Nefropatias: não.

Hábitos — Vida completamente desregrada. O paciente, segundo êle próprio nos conta, vive de expedientes, pedindo dinheiro a amigos, com o fito de embriagar-se. Para poder beber tranquilo, vai com a sua garrafa de cachaça para os morros ou lugares ermos, onde às vezes dorme ao relento. Sua alimentação está sujeita aos imprevistos dessa vida irregular. Fumo: 10 cigarros diários. Narcóticos e entorpecentes: não.

Anamnese familiar e hereditária:

Linhagem paterna: Pai falecido aos 46 anos. Era alcoolista.

Linhagem materna: Mãe viva, sadia.

Anamnese fisiológica:

Evolução: Infância sadia.

Presente fisiológico: funções vegetativas normais.

Inspeção geral:

Aspetto geral: Atitude livremente escolhida. Mediolíneo astênico, de pequena estatura; panículo adiposo e musculatura escassos. Lúidez. Embotamento do senso ético e cinismo. E' difícil estabelecer até que ponto fala a verdade.

Altura: 154 cm. *Peso:* 46,400 kg. *Temperatura:* apirético.

Pele, mucosas e tec. cel. subcutâneo: normais.

Ossos, articulações e fâneros: esternalgia e tibialgia francas.

Gânglios: micropoliadenopatia cervical, axilar e inguinocrural.

Aparelho circulatório:

CORAÇÃO — *Inspeção:* Sinais discretos de estase venosa na região do pescoço. Ictus de pequena amplitude.

Palpação: Ictus cordis no 5.º intercosto esquerdo, 1 dedo para dentro da linha hemiclavicular. Choque pouco vigoroso.

Auscultação: sôpro sistólico rude, audível na ponta e no foco aórtico, com propagação para a base do pescoço. 2.ª bulha hiperfonética. Ritmo normal.

VASOS — *Artérias periféricas:* paredes um pouco rijas. Não há produção de duplo sôpro à compressão.

Pulso: medianamente amplo, cheio, ritmado, com frequência de 70.

Tensão arterial: Mx. 15. Mn. 8½.

OBSERVAÇÃO N.º 14

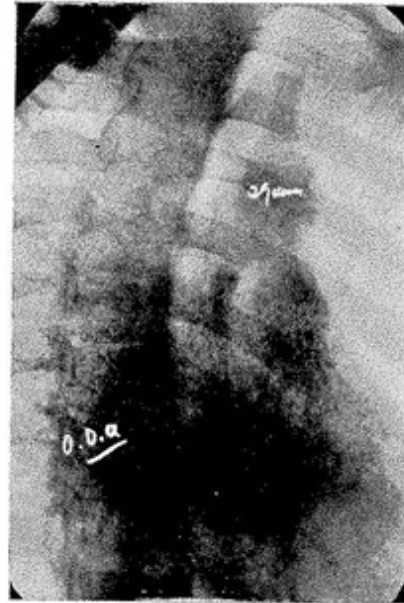
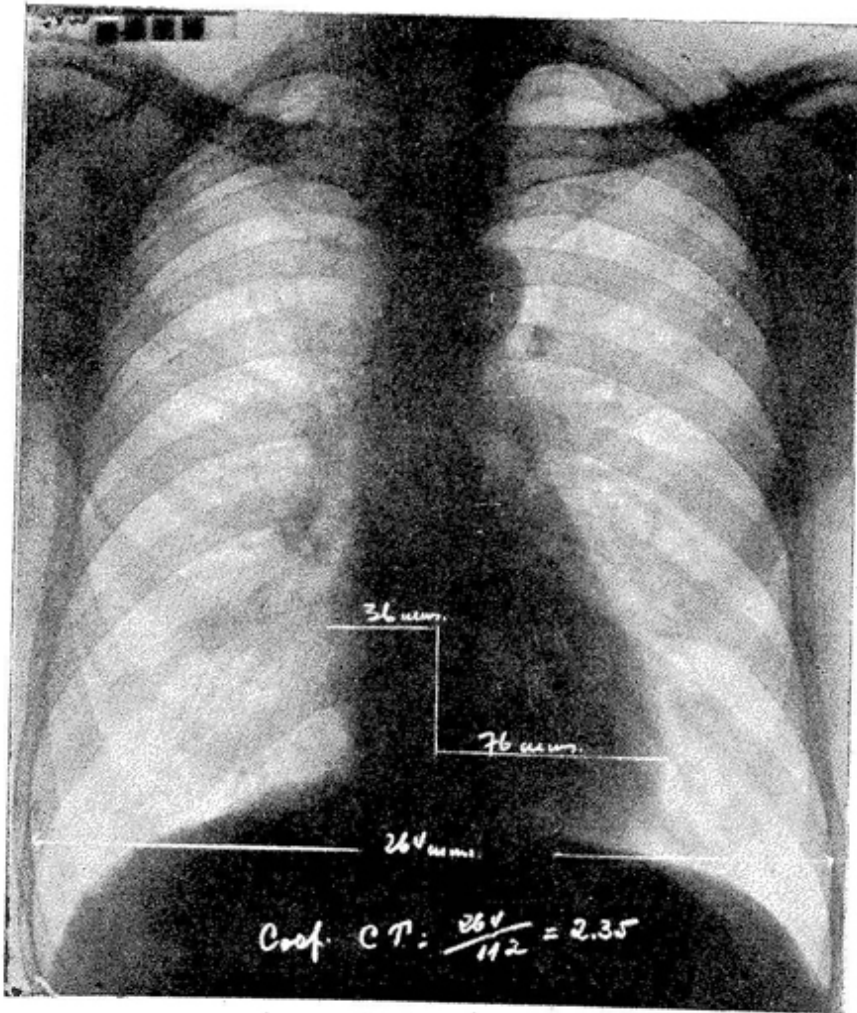
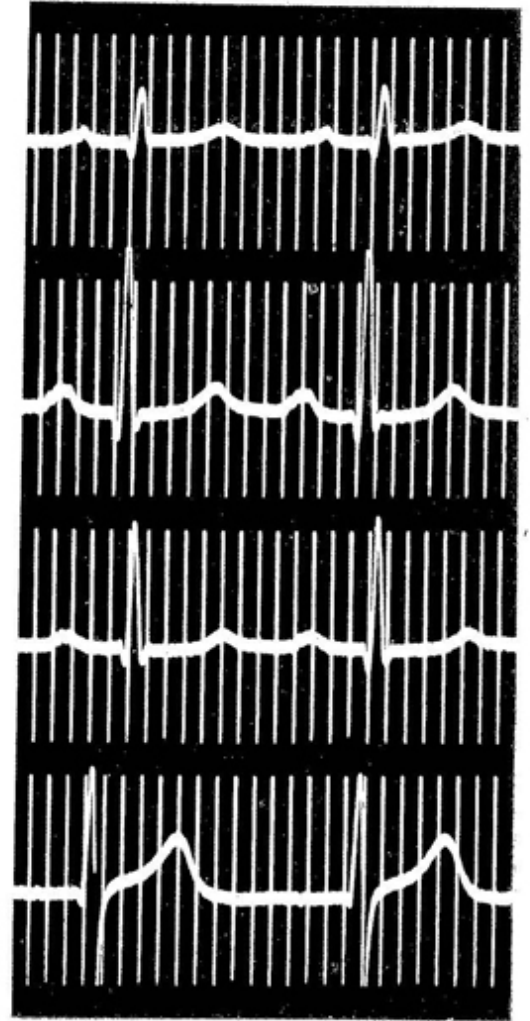


Fig. 15

A interrupção do 1.º QRS₄ é um defeito de reprodução.



Veias: sinais de estase discreta.

Pressão venosa: 186 mm.

Velocidade circulatória: 12" 2/5.

Exame radiológico:

"Imagem cardíaca do tipo oblíquo, tendendo à configuração mitral, com arco médio alongado e desdobrado e ponto G um pouco abaixado. Espaço retro-cardíaco transparente. Joelho posterior da crossa saliente.

Díâmetro transverso cardíaco: 112 mm.

Coeficiente cardio-torácico: $264/112 = 2,35$.

Calibre aórtico, ao nível da crossa, em O. D. A.: 29 mm — 4 mm 25 mm". (a). Dr. Pêgas.

Eletrocardiograma:

Rítmo sinusal, com discreta arritmia sinusal.

Frequência média de 95 batimentos por minuto.

Eixo elétrico normal.

P — alargado em *D*₂.

PR — 0", 19.

QRS — difásico em *D*₁, trifásico (em W) em *D*₂, *D*₃ e *D*₄.

Duração de 0", 08.

ST — desnivelado para cima em *D*₄.

T — normal.

QT — 0", 36.

Aparelho respiratório:

Normal.

Aparelho digestivo:

Normal.

Aparelho genito-urinário:

Normal.

Sistema nervoso:

Reflexos pupilares e patelares normais.

Sistema nervoso vegetativo e glândulas endócrinas:

Nada de anormal.

Exames feitos:

Exame qualitativo de urina: normal.

Wassermann no sangue: negativo.

Resenha da papeleta:

De Novembro de 35 até esta data, o paciente conta com 25 internações no Hospital São Pedro, cifra excepcional, mesmo em se tratando de alcoolista.

Além de etilista habitual, com uma embriaguez patológica co-

mandando distúrbios do procedimento, o paciente é um sífilítico, cujo Wassermann no sangue, positivo + + + em 35, em 38 ainda era positivo + +. Os exames de liquor foram sempre normais e o exame de urina uma ou outra vez indicou albuminúria leve e transitória. Fez tratamento específico e pela estricnina.

OBSERVAÇÃO N.º 15

Identidade:

A. B. B. Papeleta 4.350, 43 anos, branco, casado, comerciário, brasileiro, natural de Rio Grande. Entrada: 27 - 4 - 42.

Anamnese próxima:

Queixas e dados gerais: Sente-se bem. Insiste neste ponto, insinuando que podemos dar-lhe alta, pois nada mais sente e quer trabalhar (o paciente, que conhecemos há muito tempo, é um vagabundo contumaz, vivendo da ajuda de amigos e conhecidos).

Sintomas cardio-circulatórios atuais — Dispnéia: não. Dôr: não. Palpitações: não. Vertigens: não. Síncopes: não. Outros sintomas: não.

DADOS REFERENTES AO ALCOOLISMO — Desde quando bebe? Há 12 anos. Bebida mais usada: cachaça. Quantidade diária: mais de 1 garrafa. Outras bebidas? nenhuma, ao que informa. Um dos certificados de internação, porém, diz que o paciente bebia “até gasolina”.

Fases de intoxicação — Dados gerais: Sente-se bem. Come com apetite, mas “não tem hora para comer”. Dados cardio-vasculares: “Parece” que tem palpitações. Sente uma “zoada na cabeça” e algumas vezes os membros inferiores ficam edemaciados. Conta que lhe diziam: “Desta vez não te escapas, B...; estão te inchando os pés”, Com o tratamento, no hospital, melhorava.

Fases de não-intoxicação — Período anterior ao alcoolismo: Sentia-se melhor do que agora e eufórico. “Não me preocupava com nada. Era prestativo”. Períodos intercalares: não informa com precisão.

Anamnese remota:

Passado mórbido geral: Gripes. Blenorragia. Submeteu-se, no hospital, à malarioterapia (ver adiante).

Interrogatório especial — Reumatismo, coréia, anginas: não. Lues: nega. Nefropatias: não.

Hábitos — Entregue por completo ao alcoolismo, afastado há anos da esposa, vive vida irregular e desregrada, alimentando-se como pode e dormindo onde lhe dão guarida. Pessoas da família procuram suavizar, na medida do possível, as agruras da sua situação (êsses dados não provem do paciente, mas de outras fontes). Fumó: sim, aos azarês da sua situação econômica. Narcóticos e entorpecentes: não.

Anamnese familiar e hereditária:

Linhagem paterna: Pai falecido, com 71 anos, de aneurisma (sic).

Linhagem materna: Mãe viva.

Esposa e filhos: Esposa viva, não tem notícias dela. 4 filhos, sadios.

Anamnese fisiológica:

Evolução: pouco sabe informar. Criou-se em campanha e era forte.

Presente fisiológico: funções vegetativas normais. As vezes, prisão de ventre.

Inspeção geral:

Aspetto geral: Atitude livremente escolhida. Brevilíneo astênico, de ventre flácido e musculatura hipotônica. Emagrecido. Irrequieto, de gesticulação fácil, mostra-se extrovertido e loquaz. Há um certo grau de deficit mental e visível embotamento do senso ético. E' difícil avaliar o grau de veracidade das suas afirmativas.

Altura: 168 cm. *Peso:* 59 kg. *Temperatura:* apirético.

Pele, mucosas e tec. cel. subcutâneo: Pálido, com os pômulos e nariz vermelhos. Macrófobia discreta nestes pontos. Cianose moderada do pavilhão das orelhas, mãos e pés. Descoramento das mucosas.

Ossos, articulações e fâneros: esternalgia.

Gânglios: palpáveis: os inguinais, que se apresentam pequenos, duros, separados, móveis e indolores.

Aparelho circulatório:

CORAÇÃO — Inspeção: Batimentos venosos do pescoço, do tipo auricular. O ictus não é visível.

Palpação: Ictus no 5.º intercosto esquerdo, 1 dedo para fóra da linha hemiclavicular. Choque fraco e circunscrito.

Auscultação: Clangor da 2.ª bulha no fóco aórtico.

VASOS — Artérias periféricas: Eretismo discreto. As artérias se apresentam um pouco mais sinuosas e de paredes mais endurecidas que normalmente. A compressão determina um ruído de sopro único.

Pulso: de amplitude e volume médios, ritmado, com frequência de 76.

Tensão arterial: Mx 11½. Mn. 8½.

Veias: jugulares externas túrgidas no decúbito dorsal. Na posição erecta, a coluna de sangue atinge uma altura de 5 a 6 cms.

Pressão venosa: 220 mm.

Velocidade circulatória: 17" 2/5.

Exame radiológico:

"Imagem cardíaca de configuração aórtica.

Diâmetro transverso cardíaco: 130 mm.

Coeficiente cardio-torácico: $264/130 = 2,03$.

Aorta de opacidade acentuada, medindo, ao nível da crossa, em O. D. A.: $33\text{ mm} - 4\text{ mm} = 29\text{ mm}''$. (a). Dr. Pêgas.

Eletrocardiograma:

Rítmo sinusal, com discreta arritmia sinusal.

Frequência média de 75 batimentos por minuto.

Eixo elétrico normal.

P — normal.

PR — $0'',15$.

QRS — de baixa voltagem em D_1 . Duração de $0'',09$.

ST — desnivelado para cima em D_2 e D_4 .

T — normal.

QT — $0'',37$.

Aparelho respiratório:

Normal.

Aparelho digestivo:

Dentes em mau estado. Ventre de paredes flácidas.

Aparelho genito-urinário:

Normal.

Sistema nervoso:

Reflexos patelares vivos e pupilares preguiçosos.

Sistema nervoso vegetativo e glândulas endócrinas:

Labilidade neuro-vegetativa discreta.

Exames feitos:

Exame qualitativo de urina: normal.

Wassermann no sangue: negativo.

Resenha da papeleta:

Trata-se de um paciente já com 8 internações no hospital e cuja observação foi iniciada em 1933.

Além do etilismo inveterado, apresentou, de início, um exame de liquor com Ogr. 56% de albumina, reações de Ravaut, Nonne-Appelt, Pandy e Weichbrodt positivas +, Takata com floculação imediata e precipitação total em 24 horas, curva do benjoim 11122222000000; Meinicke e Wassermann positivo ++; Nageotte com 8 elementos por mm^3 . Foi malarizado e essa síndrome cedeu.

O Wassermann no sangue foi sempre negativo e o exame de urina, normal.

Tem feito estrioterapia.

OBSERVAÇÃO N.º 15

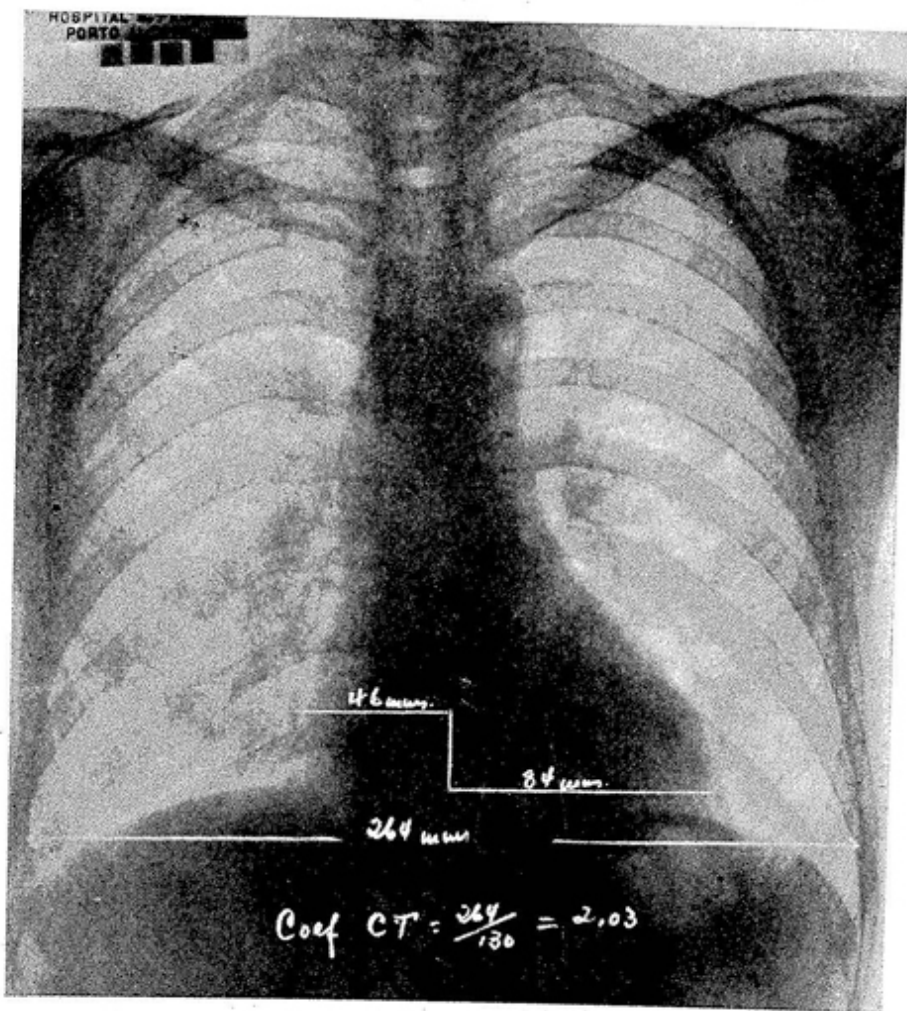
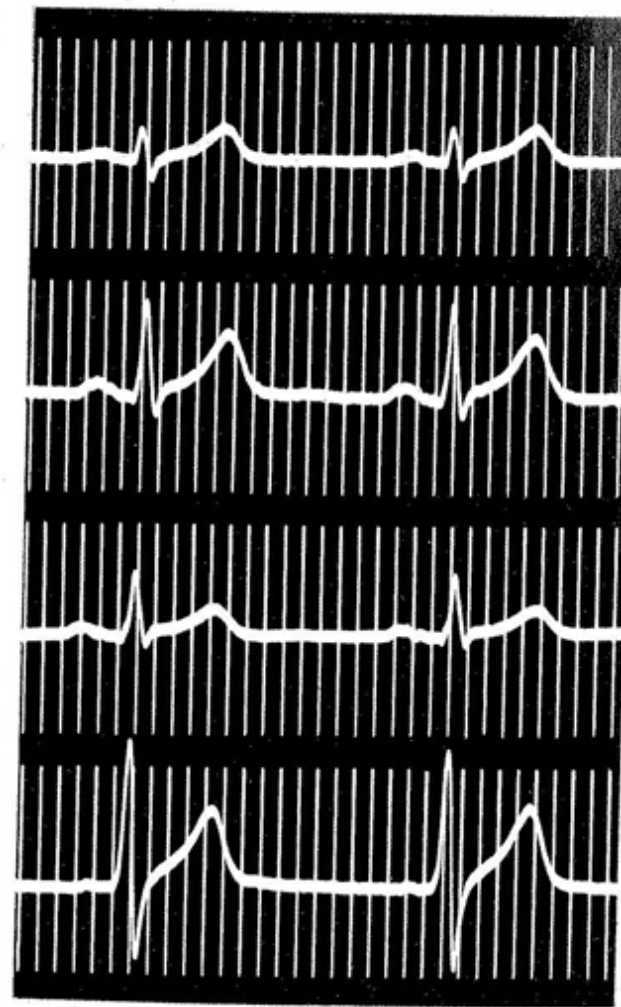


Fig. 16



CAPÍTULO IV:

ANÁLISE DO MATERIAL.

Como já ficou dito, o presente trabalho compreende 8 casos de alcoolistas nos quais não foi verificada nenhuma moléstia concomitante e mais 7 em que, ao alcoolismo, estava associada outra entidade mórbida ou mais de uma. Aos primeiros, denominaremos **não-complicados**; aos últimos, englobaremos na designação de **complicados**. Os casos todos ficarão, portanto, assim distribuídos:

Casos não-complicados	8
Casos complicados:	
Com reumatismo	1
Com reumatismo e sífilis	1
Com sífilis	3
Com sífilis e hipertensão arterial	1
Com sífilis e tuberculose não-evolutiva	1
	<hr/>
Total	15

A idade dos pacientes oscila entre vinte e dois e quarenta e quatro anos, com uma média de trinta e sete anos. A grande maioria são de raça branca; há uns poucos mixtos, com elevada porcentagem de sangue branco. À exceção de um, nascido no Uruguai, são todos brasileiros, nascidos neste Estado, onze deles na própria capital. Os casados predominam sobre os solteiros na proporção de 9 para 6. As profissões são muito diversas: 1 funcionário público, trabalhando no serviço interno de sua repartição, 1 músico, 2 comerciários, 1 militar reformado, que fôra barbeiro da sua unidade, 1 inspetor de bonde, 1 carteiro, 4 operários especializados em trabalhos de ferraria (1) ou de carpintaria e anexos (3), 1 operário de serviços braçais e 3 sem profissão. O número de casos em que a natureza da ocupação exige um esforço físico mais ou menos intenso está, para os de vida sedentária, na proporção de 6 para 9.

DADOS DE ANAMNESE. O interrogatório dos nossos pacientes apresentou certas peculiaridades, resultantes das condições especiais dos doentes em exame. Os alcoolistas, pelo fato de terem a inteligência, em geral, muito mais conservada do que o senso ético, conseguem prestar informações mais ou menos bem articuladas, sem que esse elemento, por si só, contribua muito para podermos avaliar o que se contém de verdade nelas. Há pacientes que informam levemente, por não atribuírem nenhuma importância ao exame a que estão sendo submetidos. Outros mentem, quer por uma natural tendência à fabulação, quer levados por uma atitude de represália em face do médico, no qual vêm incarnada a organização hospitalar que os mantém detidos. A simples suspeita de que haja, por parte do observador, interesse particular na obtenção de uma anamnese correta, pode ser o bastante para levar um destes doentes a falseá-la. Seria isto, de certo modo, uma vingança contra a reclusão a que se vêm forçados. Quem tenha um pouco de experiência do trato com estes pacientes, sabe da facilidade com que criam motivos de queixa e reivindicações, quando não satisfeitos nos seus propósitos de sair do hospital.

Acresce a estas considerações a circunstância de que os nossos casos já estavam desintoxicados e presumiam, pela experiência de internações anteriores, que estava próximo o momento de sua alta. Tratando-se de doentes lúcidos, a possibilidade de que um exame acurado, como o procedido por nós, pudesse encontrar motivos para prolongar-lhes a permanência no hospital, não escapou a vários deles. Máu grado o empenho que puzemos em tranquilizá-los a este respeito, em alguns observados se notava um cuidado todo especial com as respostas referentes à sua situação atual, ou, de qualquer forma, relacionadas com ela.

Como os doentes, em sua grande maioria, eram conhecidos nossos do hospital, vários deles já tratados por nós no serviço de Clínica Médica, pudemos contar com a aparente boa vontade de quasi todos. Só um paciente (caso 7) tomou uma atitude hostil ao nosso trabalho; mesmo assim, como essa hostilidade não se manifestara desde o início, pudemos obter uma quantidade de informações suficiente para incluir a sua observação neste estudo.

Com esta ressalva inicial quanto à validade das respostas obtidas, vejamos o que nos foi possível apurar.

Dos nossos **casos não-complicados**, quasi todos, na ocasião do exame, sentiam-se bem dispostos e com capacidade

para o trabalho. Apenas o caso 8, o músico, queixava-se de certo nervosismo e exgotamento. Também sob o ponto de vista cardio-circulatório nada apresentavam, a não ser o caso 2, que referiu palpitações raras, fugazes, não relacionadas com qualquer causa provocadora e que apresentava certa dispnéia de esforço.

Nos casos complicados, as queixas foram mais frequentes; “enfraquecimento e inapetência” (caso 9), perturbações dispépticas (caso 14) ou outras (casos 10 e 12). Para o lado do aparelho circulatório, a sintomatologia é também mais rica: dispnéia de esforço, vertigens, palpitações, dôr precordial leve. As mais frequentes foram as palpitações (3 casos) e a dispnéia de esforço (2 casos). Um paciente com hipertensão arterial queixava-se dos sintomas habituais nesta síndrome.

Os dados referentes ao alcoolismo pareceram-nos de bastante interesse.

Indagámos de cada paciente há quantos anos se entregava ao alcoolismo. Para quatorze deles, o tempo variou entre 3 e 22 anos, com uma média de 11 anos. O caso 3, do qual não podemos obter informações precisas, deve estar, também, incluído nessa média.

A bebida usada por todos os nossos pacientes era a aguardente de cana de açúcar, a chamada *cachaça* ou *caninha*. É uma bebida de forte concentração alcoólica, obtida da cana por fermentação e destilação posterior. A cachaça de boa qualidade, tal como é obtida pela destilação, não apresenta ainda um teor alcoólico suficientemente alto e é de conservação difícil, motivos pelos quais os fabricantes lhe ajuntam álcool etílico. Com finalidade de conferir ao produto certas qualidades organolépticas, (côr, sabor, etc.), são-lhe também adicionadas diversas substâncias, variáveis com o processo de fabricação e com o tipo do produto a obter.

A cachaça de boa qualidade não é, todavia, suficientemente barata para que possam consumi-la as classes pobres, que formam o grande mercado para o produto. Por isso mesmo, certos intermediários submetem a cachaça primitiva a processos de adulteração mais ou menos complicados. Outros utilizam a falsificação pura e simples, desdobrando o álcool de 42.º com água, até dar à mistura uma concentração de 18.º a 19.º. Conforme se deseje obter a caninha branca ou amarela, adiciona-se a este álcool diluído essência de aniz ou açúcar queimado. Certas anilinas são também muito empregadas para conferirem ao produto a coloração desejada.

A cachaça encontradiça nos armazens de arrabalde e ad-

quirida pelos alcoolistas pobres é, no geral, esta última, a de má qualidade, que apresenta para eles duas virtudes: preço acessível e forte concentração alcoólica. Dos nossos pacientes, nem todos começaram por ela. Os que desfrutavam de melhor situação social e econômica (casos 2, 7 e 9), utilizavam-se a princípio de vinho, cerveja e licôres fortes. Com as dificuldades econômicas que o alcoolismo foi condicionando, terminaram, porém, no denominador comum da caninha barata. Quando condições especiais facilitam o consumo de outras bebidas (como no caso 6, em que o paciente trabalha num estabelecimento vinícola), o uso destas últimas se ajunta ao da cachaça; fora destes casos excepcionais, a nossa aguardente é quasi que a única bebida utilizada.

A sua quantidade diária varia com a constituição de cada paciente e sua sensibilidade ao álcool. E' interessante a observação, que nos fazia o caso 11, de que a estrioterapia torna o indivíduo mais sensível ao uso da caninha, permitindo-lhe chegar à embriaguez com doses menores. A média de consumo referida pelos nossos pacientes foi de $\frac{1}{2}$ a 2 garrafas, tendo cada garrafa a capacidade aproximada de 750 grs.

Muito embora não seja nossa intenção, neste trabalho, focalizar as perturbações determinadas pela intoxicação aguda dos alcoolistas crônicos, procurámos obter dos nossos pacientes uma reconstituição da sintomatologia apresentada nessas ocasiões, com o fim de compará-la com a dos períodos residuais.

Com exceção de dois pacientes (casos 1 e 10), cujas declarações, aliás, não merecem muita fé, todos os mais referem perturbações cardiovasculares. Por ordem de frequência, vêm em primeiro lugar as palpitações, que quasi todos apresentam. Os caracteres e modos de aparição são variados. Ora se relacionam com a posição do paciente, impedindo-o de deitar sobre o lado esquerdo (caso 2) ou direito (caso 5), ora aparecem de maneira súbita, sem causa provocadora. Sua intensidade varia; são às vezes tão fortes que "até a cama estremece" (caso 7) e "o coração parece querer saltar do peito" (caso 5). Algumas vezes (caso 12), acompanham-se de dôr precordial, sob forma de pontada súbita e pouco intensa. O ritmo em geral se acelera, chegando a frequências altas (180, no caso 11).

A dispnéia de esforço é também encontrada nestes casos. E' preciso não confundir, porém, a verdadeira dispnéia de esforço com a sensação de falta de ar, muitas vezes referida pelos pacientes, a qual surge mesmo em repouso, não se

relaciona com o esforço e se prende a uma sensação subjetiva de ansiedade e desassossego, ligada diretamente à carência de tóxico. Voltaremos a este ponto daqui há pouco.

A dôr precordial não é frequente. Descartando o caso 13, por se tratar de um hipertenso, só dois pacientes nos referiram uma história inequívoca de dôr no precórdio, surgida no decurso da intoxicação etílica e passível de relacionar-se com ela. No caso 7, tratava-se de uma pontada na região do ictus, sem irradiação, de intensidade mediana, com duração máxima de 15 minutos e não ligada a qualquer causa provocadora. Essa pontada se repetiu duas ou tres vezes no decurso de oito anos, sempre em ocasiões de grande intoxicação. O caso 11 refere uma única crise dolorosa, com os mesmos caracteres de agulhada intensa na região da ponta, de duração fugaz, sem irradiação e sem causa determinante.

Pelo menos dois dos pacientes (casos 8 e 15) já apresentaram, no decurso de sua embriaguez, edemas dos membros inferiores, os quais desapareceram com a regressão da sintomatologia tóxica.

Ao passo que a dispnéia de esforço, a dôr precordial e os edemas surgiam sempre contemporaneamente à intoxicação e, pelo menos em aparência, relacionavam-se com ela, as palpitações eram mais frequentes e intensas no período que se seguia à interrupção do uso do álcool. Os nossos pacientes, quando indagados como se sentiam nas épocas de ingestão da bebida, divergiam quanto à reação ante esta, mas eram unânimes em referir perturbações mais ou menos incômodas no período de interrupção do consumo de tóxico. Este fenômeno, aliás, é comum a todas as toxicomanias. A cessação abrupta do uso do tóxico determina, no toxicômano, graves perturbações gerais, em que tem papel destacado um profundo desequilíbrio neuro-vegetativo, com sensação de angústia, mau estar e perturbações circulatórias.

Quanto à sintomatologia de ordem geral apresentada na fase tóxica, as informações não são concordantes. Alguns pacientes declaram nada apresentar de especial, não notando diferença entre os períodos de abstenção e de uso do álcool. Com cuidado, entretanto, é possível averiguar, em quasi todos, a existência de certos sintomas de ordem geral e principalmente digestivos. O mais importante deles é a inapetência. Devido ao seu elevado teor em calorías e a certos efeitos particulares, sobre os quais voltaremos no capítulo V, o álcool provoca uma perda acentuada do apetite. Os pacientes se referiam a ela de modo muito ilustrativo. "Quando andava bebendo, não me

lembrava de comer”, dizia o caso 6. “Não comia nem fumava”, conta o caso 9. Refere o 11: “Lia, bebia e dormia”. “E só fumar e beber”, resumia o caso 4, referindo-se ao seu tipo peculiar de intoxicação. Contrapondo-se a estes, o caso 7 declara que o álcool lhe estimulava o apetite: “quando andava bebendo, não respeitava comida”. Também assim o caso 1: “quanto mais bebia, mais comia”. A declaração deste último, porém, era manifestamente tendenciosa.

Ao lado da inapetência, contavam-se sempre perturbações gastrointestinais: vômitos, diarréia e, mais raramente, prisão de ventre. Um paciente, (caso 8) nos referia oligúria, que a interrupção do uso de álcool fazia desaparecer.

A comparação do estado atual com as reminiscências da época anterior ao alcoolismo, forneceu-nos resultados disparados, segundo os pacientes. Cinco deles sentiam-se melhor antes, quando não bebiam. O caso 1, tão interessado em convencer-nos de que nada sente, confessa que gozava de mais saúde, “não que se sintia mal, mas porque quem bebe sente depois as consequências”. O caso 11 acha que perdeu “um terço da sua capacidade”. Os casos 9, 12 e 15 referem que se sentiam mais aptos para o trabalho. A maioria, no entanto, não reconheceu diferença maior entre as duas épocas. O caso 8 declara que, si não fosse a idade, “estaria como dantes”. Os outros são mais ou menos da mesma opinião.

O modo de vida dos pacientes variava gradativamente desde uma existência relativamente regrada até à vagabundagem franca. Os que ocupavam um cargo ou emprego, prendiam-se às exigências desta situação. Alguns entregavam-se à bebida depois de atendidos os afazeres do dia. Outros intercalavam dias de grande consumo de álcool com períodos em que este consumo se atenuava, permitindo-lhes retomar as suas ocupações. Havia os que gostavam de beber em roda de amigos e os que preferiam trazer a sua garrafa de cachaça para casa, embriagando-se sózinhos. Três deles (casos 3, 14 e 15), abandonaram já qualquer atividade ou ligação de família, vivendo de expedientes, que mal lhes fornecem o dinheiro suficiente para alimentar o vício. O caso 14 nos descreveu com bastante minúcia a sua vida. Conseguida a dose de cachaça, procura um lugar ermo, onde possa beber tranquilamente. Lá, vai ingerindo a sua caninha, aos bocados, e, si a dose é suficiente, adormece aí mesmo, ao relento. Come de vez em quando, ao sabor das circunstâncias. A inapetência ajuda-o a resolver o problema. Os outros dois afinam pelo mesmo diapasão. O caso 10, rapaz de 22 anos, personalidade psi-

copática, alcoolista há já nove anos, ainda trabalha em empreitadas ocasionais, mas cada vez mais se aproxima da vida de vagabundagem dos três anteriores.

Foi nosso intuito indagar das condições de alimentação dos pacientes, com o objetivo de verificarmos possíveis deficiências qualitativas e quantitativas da mesma. Afora o que referimos sobre inapetência, nada mais foi possível conseguir. Os doentes informavam de modo vago, sem nos permitirem qualquer sistematização das respostas.

Todos os nossos observados fumavam e a quantidade média de cigarros consumidos por dia não era pequena (dez a vinte). Só um dos pacientes deu-se, em certa época, ao uso de morfina; mas foi desintoxicado e não reincidiu.

DADOS DE EXAME OBJETIVO. O aspeto geral dos pacientes nada apresentava de característico. A aparência era saudavel em uns, doentia em outros, com predominância dos primeiros. Nenhum sinal externo permitia caracterizá-los entre os demais doentes do hospital.

A pele dos alcoolistas se apresenta bem vascularizada, quente, de coloração normal ou levemente avermelhada, como si existisse uma vaso-dilatação capilar generalizada. Dos nossos casos não-complicados, dois apresentaram perturbações circulatórias periféricas, de tipo cianótico, com hipotermia e coloração arroxeada das extremidades. Os casos 9 e 10, ambos portadores de estenose mitral, apresentavam um matiz cianótico discreto. No caso 14, de pele muito pigmentada, a cianose era duvidosa ou, si existente, pouco acentuada.

Nenhum dos pacientes apresentava edemas nem circulação colateral de qualquer tipo.

O exame dos diferentes aparelhos, excetuado o circulatório, nada revelava de especial, precisamente porque os casos haviam sido escolhidos de acordo com um critério seletivo, que eliminava os que apresentassem qualquer anormalidade neste terreno. Chamamos apenas a atenção para o fígado dos nossos pacientes, que, em cinco dos oito casos não complicados, se apresentava aumentado, ultrapassando de um a quatro dedos o rebordo costal, e pouco ou nada doloroso. Não havia aumento concomitante do baço. Nenhum dos casos complicados apresentou aumento do fígado; êste resultado paradoxal se deve, naturalmente, a uma coincidência, possível pelo pequeno número de casos. Não nos foi possível distinguir com exatidão até que ponto o aumento do fígado era devida a uma ação direta do álcool ou a um certo grau de estase circulatória.

SINTOMATOLOGIA CLINICA CARDIO-VASCULAR. À

inspeção, uns poucos pacientes apresentavam batimentos vasculares na região cervical. No caso 1, êsses batimentos eram de tipo arterial e se acompanhavam de batimentos epigástricos discretos. Nos outros, tratava-se de batimentos venosos, de tipo auricular, não exagerados.

O ictus cordis não apresentava particularidades imputáveis aos casos especiais, estando sempre na dependência dos fatores que normalmente o condicionam.

As bulhas cardíacas eram normais, nos casos não-complicados. Em um ou outro notava-se ligeira hipofonese da primeira bulha ou pequena acentuação da segunda, esta última melhor percebida no foco aórtico. O tom pulmonar não apresentou modificações. Os casos 9 e 10, de estenose mitral, apresentaram as modificações descritas nas respectivas observações e devidas à lesão existente. O sôpro sistólico do caso 14 é imputável a um processo de aortite específica.

Nos casos não-complicados, não havia sinais periféricos de esclerose arterial, a não ser no caso 3. Em nenhum caso a escuta deixava perceber ruídos vasculares anormais. A compressão da femoral conseguia determinar, no caso 1 e unicamente nele, o aparecimento de um duplo sôpro, devido, muito provavelmente, a um certo grau de eretismo cardiovascular.

Não havia perturbações características do pulso.

Os valores da tensão arterial, pressão venosa e velocidade circulatória estão resumidos no seguinte quadro:

	Tensão arterial		Pressão venosa	Velocidade circulatória
	Máxima	Mínima		
1 —	15	8	154	8" 1/5
2 —	10 1/2	6 1/2	154	13" 3/5
3 —	15	10	236	15" 4/5
4 —	12 1/2	7	108	11"
5 —	13 1/2	7 1/2	—	—
6 —	11	6 1/2	152	12"
7 —	15	8 1/2	—	—
8 —	12 1/2	7	140	18" 2/5
9 —	11	8 1/2	100	13" 3/5
10 —	12 1/2	7	100	17" 4/5
11 —	12 1/2	7	—	13"
12 —	14	9	146	11"
13 —	18 1/2	10 1/2	176	15" 1/5
14 —	15	8 1/2	186	12" 2/5
15 —	11 1/2	8 1/2	220	17" 2/5

Como se vê, os valores da tensão arterial, nos casos não-complicados, mantem-se sensivelmente dentro dos valores normais, exceto para o caso 3, onde já há um processo de hipertensão moderada. Todavia, consideraremos também como hipertensão as cifras obtidas nos casos 1 e 7, em virtude dos dados anteriores que possuímos sobre estes doentes. Em 1940 a tensão arterial do caso 1 era de 12 e 7; em Novembro de 41, já era de 13 1/2 e 7 1/2; agora, é de 15 e 8. O caso 7 apresentava, em 1937, uma tensão de 12 e 7; em 41, a tensão havia subido a 12 1/2 e 8; atualmente, está em 15 e 8 1/2. Assistimos, por conseguinte, nos dois pacientes, a um processo de ascensão paulatina da tensão arterial, o que nos permite considerar os valores atuais como entrados já no terreno do patológico.

A existência de sífilis nos casos complicados que pudessem ser considerados como hipertensos, nos impede tomá-los em consideração.

Tomando como valores normais da pressão venosa os compreendidos entre 50 e 150 mm. de água, de acordo com a técnica por nós empregada, vemos, nos casos não-complicados, que só o caso 3 apresenta um aumento nítido da pressão venosa. Os demais valores tenderam a agrupar-se junto ao limite máximo normal. Nos três últimos casos da série B (complicados) havia hipertensão venosa, explicável por um certo grau de insuficiência cardíaca que os três apresentam.

Houve um certo grau de aceleração da velocidade circulatória no caso 1. O caso 8 apresentou um retardamento muito discreto do tempo de circulação. Os demais casos da série A (não-complicados) mantiveram-se dentro dos valores normais. A série B não apresentou modificações especiais.

EXAME RADIOLOGICO. A parte essencial do exame radiológico dos nossos pacientes era constituída por uma radioscopia e uma telerradiografia em posição frontal. A falta de chapas de tamanho apropriado e pequenas dificuldades ocasionais obrigaram-nos a renunciar ao exame com opacificação do esôfago e à obtenção de chapas em transversa. Limitámo-nos, por isso, à obtenção de uma pequena chapa em O. D. A., visando sobretudo a aorta.

Nas chapas obtidas em P. A., efetuamos três determinações numéricas: diâmetro transverso cardíaco, área cardíaca e coeficiente cardio-torácico. Os valores obtidos foram comparados com os valores previsíveis pelas tabelas em uso. Calculou-se, em cada caso, a variação percentual para mais ou para menos. Para o diâmetro transverso utilizamos a ta-

bela de Ungerleider (36). Para a avaliação da área cardíaca, socorrêmo-nos da tabela de Hodges e Eyster (37). De acordo com a praxe, geralmente seguida entre os autores, consideramos os valores de 1,9 a 2,2 ou, inversamente, 45 a 55 %, como normais para o coeficiente cardio-torácico. Obtivemos assim os seguintes valores:

N.º	Diâmetro transverso			Área cardíaca			Coeficiente cardio-torácico
	Achado	Predito	Variação %	Achada	Predita	Variação %	
1 —	146	131	+ 11,5 %	99 cm ² ,72	99,78	0, %	47 %
2 —	119	116	+ 3 %	108 cm ² ,44	103,32	+ 5 %	43 %
3 —	154	142	+ 8,5 %	113 cm ² ,04	106,60	+ 6 %	46 %
4 —	132	120	+ 10 %	95 cm ² ,18	102,94	— 7,5 %	48 %
5 —	125	127	— 2 %	110 cm ² ,26	116,25	— 5 %	42 %
6 —	155	138	+ 12 %	122 cm ² ,39	119,59	+ 2 %	46 %
8 —	121	120	+ 1 %	107 cm ² ,41	107,76	0, %	45 %
9 —	112	116	— 3,5 %	92 cm ² ,99	106,76	— 13 %	39 %
10 —	118	124	— 5 %	98 cm ² ,97	102,43	— 3 %	42 %
11 —	120	111	+ 8 %	101 cm ² ,35	105,78	— 4 %	43 %
12 —	122	123	— 1 %	87 cm ² ,92	93,90	— 6,5 %	43 %
13 —	162	147	+ 10 %	117 cm ² ,91	128,70	— 8,5 %	52 %
14 —	112	110	+ 2 %	95 cm ² ,87	89,82	+ 6,5 %	42 %
15 —	130	119	+ 9 %	91 cm ² ,67	107,42	— 15 %	49 %

Que importância devemos atribuir a estes Algarismos e até que ponto nos poderão auxiliar na resposta ao problema de si existe ou não agrandamento parcial ou total das cavidades cardíacas?

A análise radiológica da sombra cardíaca, considerada de um modo amplo, pode orientar-se segundo dois critérios distintos: o morfológico e o numérico. A análise morfológica, constituída pela radioscopia e pela obtenção de chapas nas incidências mais sugestivas, é o método de preferência na resolução do problema cardiológico de diferenciação, pelos raios X, entre o que ainda é normal e o que penetra já no campo da patologia.

À primeira vista, no entanto, tratando-se de uma questão de ordem quantitativa, isto é, de saber si um órgão, no todo ou em algumas de suas partes, aumentou de volume, po-

deria parecer que o método preferido devesse estar baseado, fundamentalmente, em elementos quantitativos, reduzindo-se a análise à comparação de valores numéricos. Esse modo de ver é, em sua essência, justo. Si nos fosse possível dispor de técnicas de mensuração radiológica com uma causa de erro vizinha de 0 e penetração analítica suficiente, não há dúvida que o método alicerçado nelas devesse ser o escolhido. Eliminaríamos, deste modo, o elemento subjetivo, que tanto dificulta a comparação dos resultados, e poderíamos padronizar os critérios de normalidade e anormalidade dentro de uma base objetiva comum.

O que sucede, porém, é que nenhum dos métodos de mensuração até hoje creados em radiologia cardíaca oferece segurança e exatidão suficientes. Ao contrário, pelas causas de erro que apresentam, têm causado pelo menos tantos prejuízos como benefícios. O número, aqui como em outros setores da medicina, dá ao observador incauto uma perigosa ilusão de certeza matemática e, quando retirado de um método falho, serve apenas para revestir de aparente solidez os raciocínios edificadas sobre premissas falsas.

Por isso mesmo, no exame dos nossos pacientes, demos particular importância aos dados de ordem morfológica, para, incluindo-os no quadro clínico, chegarmos à elaboração de um juízo sobre cada paciente. Utilizámos os métodos de mensuração, porque não quizemos deixar o leitor entregue ao arbítrio das nossas interpretações, muito embora a superintendência do Dr. Pêgas servisse como garantia contra qualquer parcialidade que pudessem ter.

Nos casos não-complicados, o coração se apresentava normal em 2 pacientes (casos 5 e 8) e anormal, com sinais de aumento do ventrículo esquerdo, em quatro pacientes (casos 1, 3, 4 e 6). O caso 2 apresentava um coração de tipo oblíquo, para o qual não nos foi possível encontrar melhor denominação que a de coração hipotônico. Nos casos da segunda série, os de n.º 9 e 10 eram característicos de uma estenose mitral, principalmente o primeiro. Os casos 11 e 12 eram normais e os casos 13 e 15 mostravam aumento de ventrículo esquerdo. O coração do paciente quatorze tendia à configuração mitral. Sinais radiológicos de comprometimento aórtico seguro (aorta opaca, engrossada e desenrolada) foram encontrados no caso 3, da série A, e nos casos 13, 14 e 15, da série B.

Dos métodos de mensuração, o que mais se aproximou da análise morfológica foi a medida do diâmetro transversal.

Considerando como normais as variações até + 10 % acima do valor predito, deveríamos tomar como anormais, na série A, os casos 1, 4 e 6. Ajuntando a esses o caso 3, com + 8 ½ %, teríamos os 4 casos já mencionados na análise morfológica. Também nos casos da série B haveria concordância. O caso 11, com + 8 %, era morfológicamente normal.

A determinação da área cardíaca deu-nos resultados muito menos seguros(veja-se a tabela respectiva). Haja vista o caso 13, hipertenso, com aumento do ventrículo esquerdo, para o qual, devido à sua altura e peso, o valor predito excedia bastante o real, muito embora estivéssemos em face de um coração indubitavelmente aumentado. Do manejo da tabela de Hodges e Eyster, tivemos a impressão de que as causas de erro aumentam quando se trata de indivíduos de maior estatura e peso. A pouca experiência que temos do assunto não nos permite um juízo a respeito.

O coeficiente cardio-torácico, tão vulgarizado pela sua aparente exatidão e pela sua simplicidade, não nos deu tampouco, nenhuma informação precisa. Considerando os valores dados como normais, todos os nossos pacientes teriam corações normais ou pequenos.

A conclusões semelhantes, quanto ao valor comparativo dos três métodos mencionados, chegam Comeau e White (35). Para maiores minúcias, remetemos o leitor ao trabalho daqueles autores.

ELETRCARDIOGRAMA. Analisaremos separadamente os casos não complicados e os outros.

Casos não-complicados. O ritmo e a frequência eram normais. O eixo elétrico se apresentava normal em 5 casos e desviado para a esquerda em 3.

A onda P não apresentou nenhuma anomalia significativa. Neste particular, o critério que seguimos diverge do de outros autores. Jairo Ramos, por exemplo, estudando as perturbações cardíacas no megaesôfago (38), enumera todas as anomalias encontradas, entendendo, com uma certa dose de razão, que o fato de tratar-se de assunto novo, ainda em estudo, obriga à menção de qualquer pormenor existente, cabendo à crítica dar-lhe o devido valor. Pensamos, porém, que a semiologia da onda P já está suficientemente esclarecida para permitir-nos a valorização imediata das anormalidades encontradas. Com o QRS, OST e OT seguimos um critério diverso, aproximado do que preconiza Jairo Ramos.

A condução auriculo-ventricular estava aumentada em

um paciente (caso 6), atingindo 25 centésimos de segundo. No caso 3, ela ocupava o limite máximo normal.

As anomalias do QRS se distribuíam como segue:

Baixa voltagem do QRS

em D ₁	2 casos
em D ₃	1 "
em D ₂ e D ₃	2 "

Entalhes

no ápice, em D ₃	1 "
na base, em D ₄	1 "

Manchas

no ápice	
em D ₃	1 "
em D ₁ , D ₂ e D ₃	2 "

na base	
em D ₂ e D ₃	1 "

Desvio de eixo

para a esquerda	3 "
-----------------------	-----

A duração do QRS não excedeu, em nenhum caso, o limite máximo normal.

Considerando unicamente o QRS, os 8 casos não-complicados podem ser distribuídos assim:

Normais	3 casos (1, 2 e 5)
Suspeitos de anormalidade	1 " (4)
Anormais	4 " (3, 6, 7 e 8)

O segmento ST se apresentava:

Normal

em 5 casos (1, 4, 5, 6 e 7)

Desnivelado

para cima, em D ₂ e D ₃	1 "	(2)
para baixo, em D ₁ e D ₂	1 "	(8)
para cima, em D ₁ e D ₂ e para baixo em D ₃	1 "	(3)

A onda T foi:

Normal	em 5 casos (1, 2, 4, 5 e 8)
Achatada em D ₃	” 1 ” (7)
Invertida em D ₃	2 ” (3 e 6)

A duração do espaço QT oscilou entre 32 e 39 centésimos de segundo.

Casos complicados. O ritmo foi normal em 3 casos; 3 outros apresentaram arritmia sinusal e 1, arritmia extrassistólica. O caso 10 tinha uma bradicardia sinusal; a frequência dos demais era normal. O eixo elétrico era normal em quatro casos, tendente ao desvio para a direita em 1 e desviado para a esquerda em 2.

A onda P mostrava-se normal em 3 casos, entalhada em outros 3, sendo em 2 deles o entalhe apenas em D₃, e alargada em um caso.

O espaço PR, em todos os casos, se manteve dentro dos limites normais.

As anomalias do QRS estavam assim distribuídas:
Baixa voltagem do QRS

em D ₁	1 caso
em D ₃	1 ”
em D ₁ e D ₃	2 ”

Entalhes

no ápice, em D ₃	1 ”
na base	
em D ₂	1 ”
em D ₃	1 ”

Manchas

no ápice, em D ₄	1 ”
na base, em D ₂	1 ”

Desvio de eixo

para a esquerda	2 ”
para a direita (tendência)	1 ”

A duração do QRS não ultrapassou em nenhum caso os valores normais.

O segmento ST se apresentava:

Normal	em 3 casos (9, 11, e 12)
Desnivelado	
para cima, em D ₄ . . .	” 1 ” (14)
para cima, em D ₂ e D ₄ . . .	” 2 ” (10 e 15)
Para cima em D ₁ e D ₄ e para baixo em D ₃ . . .	” 1 ” (13)

A onda T mostrava-se:

Normal	em 4 casos (9, 11, 14 e 15)
Achatada em D ₃	” 1 ” (12)
Ampla em D ₁ e D ₂ , difásica em D ₃	” 1 ” (10)
Ampla em D ₄ , invertida em D ₃	” 1 ” (13)

A duração do espaço QT oscilou entre 35 e 40 centésimos de segundo.

RESUMINDO: — Dos nossos oito casos não-complicados, só o n.º 5 pode ser considerado absolutamente normal sob o ponto de vista cardio-circulatório. Todos os mais apresentaram alguma perturbação, quer ao exame clínico, quer ao electrocardiográfico ou radiológico.

Um lugar à parte deve ser deixado para o n.º 3. Trata-se, evidentemente, de um caso de arterio-esclerose, com perturbações circulatórias e neurológica bem caracterizadas, num paciente de 37 anos. Até que ponto o uso do álcool terá contribuído para esta esclerose precoce é-nos impossível dizer. No entanto, como se trata de uma afecção definida, este paciente será deixado de lado nas considerações que se seguem.

O caso 1 apresentava uma síndrome constituída por hipertensão arterial de grau leve, com diferencial de 7; aumento do ventrículo esquerdo, verificavel aos Raios X; aumento do fígado, que era indolor à palpação; finalmente, um eretismo cardio-vascular, caracterizado por batimentos arteriais dos vasos do pescoço, batimentos epigástricos, choque de ponta vigoroso, duplo sopro crural à compressão e velocidade circulatória acelerada. O ritmo era taquicárdico. Os sintomas atribuíveis ao eretismo cardio-vascular não foram encontrados em nenhum outro paciente das duas séries.

O caso 2 era portador de sintomatologia funcional discreta, constituída por palpitações e dispnéia de esforço, e por sintomas objetivos de pouca significação (aumento moderado do fígado e pequenas perturbações eletrocardiográficas). O exame radiológico deste paciente mostrava um coração de aspeto peculiar, dando a impressão de uma hipotonia miocárdica.

Os outros quatro casos (observações 4, 6, 7 e 8) podem ser reunidos em um mesmo quadro clínico, em cuja descrição figuram como elementos principais: ausência ou pouca importância dos sinais gerais; ausência de sinais funcionais cardio-circulatórios; bulhas e ritmo cardíaco praticamente normais; fígado normal ou discretamente aumentado e não doloroso; existência possível de perturbações circulatórias periféricas do tipo cianótico; tensão arterial normal ou moderadamente aumentada; pressão venosa e velocidade circulatória normais; perturbações eletrocardiográficas pronunciadas, nas quais se contam desvio de eixo elétrico para a esquerda (2 casos), perturbações da condução aurículo-ventricular, com bloqueio A-V parcial (1 caso), anomalias do QRS (baixa voltagem dos complexos, entalhe e manchas), alterações discretas ou nulas de ST e T; e uma deformação da silhueta cardíaca, consistente em aumento do ventrículo esquerdo.

Este quadro clínico apareceu igualmente, mais ou menos modificado, em vários casos da série B. E' também o quadro que estamos habituados a ver nos alcoolistas crônicos desintoxicados que passam pelo nosso serviço. Na grande maioria, as perturbações funcionais são discretas ou nulas e os sinais cardio-circulatórios existentes gravitam em torno do ventrículo esquerdo muito mais que do direito.

CAPÍTULO V

COMENTÁRIOS ETIOPATOGÊNICOS.

A análise dos casos não-complicados acaba de demonstrar que alcoolistas crônicos, fóra do período de intoxicação aguda, apresentam perturbações cardiovasculares com muito maior frequência do que seria lícito esperar em um grupo igual de indivíduos tomados ao acaso. A pequenez dos números (pois se trata de oito observações e um dos casos, o 3, deve ser posto de lado) permitiria supor uma mera coincidência; mas é preciso não esquecer que aquele pequeno núcleo resultou de uma seleção em que foram eliminados os principais agentes produtores de cardiopatias. Esta circunstância empresta uma significação especial à alta porcentagem encontrada e não nos parece desarrazoado pensar, dentro da relatividade dos meios de que pudemos lançar mão, que o uso intenso e prolongado do álcool é capaz de exercer uma ação nociva sobre o aparelho circulatório.

Uma coisa, porém, é verificar essa nocividade e outra, muito diversa, o poder explicá-la. Sem, pelo menos, o controle anátomo-patológico dos casos (e todos os pacientes estão vivos) não nos é possível tentar uma interpretação séria dos fatos comprovados. Podemos, apenas, limitar-nos a comentar certos aspetos da questão; isto mesmo, dentro da discreção e prudência que são de rigor em tais casos.

Como dissemos no Capítulo I, tem aparecido modernamente uma grande cópia de trabalhos nos quais se atribue à vitamina B₁ papel de relevo na produção de perturbações circulatórias nos alcoolistas. É uma noção nova, de capital interesse para o estudo do problema, e por ela iniciaremos os nossos comentários.

VITAMINA B₁ E APARELHO CIRCULATÓRIO: FISIO-PATOLOGIA — O primeiro elemento a sugerir a importância da tiamina na patologia cardiovascular é a elevada proporção em que ela se encontra no músculo cardíaco. Segundo Stepp e colaboradores (39), o coração e o fígado são os órgãos mais