

REVISTA DAS REVISTAS

Direção: DIRCEU DORETTO

CIRCULATION IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

DR. ARTHUR SELZER, M. D.

Archives of Internal Medicine — Julh. de 1945

O autor realizou esse estudo baseando-se em 45 casos de pacientes com infarto agudo do miocárdio. Antes de entrar propriamente no seu trabalho ele dá algumas considerações clínicas sobre essa afecção. Assim, inicia seu artigo pondo em evidência o fato de o infarto do miocárdio constituir uma entidade clínica que difere sobre vários pontos de vista de outras molestias cardíacas.

Na maioria das doenças cardíacas o processo que provoca a insuficiência cardíaca o faz vagarosa e gradualmente permitindo que o coração tenha tempo para se adaptar à perturbação da corrente sanguínea, ao passo que no infarto a lesão no miocárdio se desenvolve subitamente, dando como resultado a sua necrose parcial. Observa-se então que nos pacientes que sobrevivem, a parte sã do miocárdio desempenha a função de toda a unidade instantaneamente.

Depois dessas considerações, o autor diz que há grande número de trabalhos sobre diversos capítulos do infarto do miocárdio, tais como aspectos clínicos, pesquisas laboratoriais, curso e prognóstico, mas que pouco se tem estudado sobre o ajuste circulatório após o ataque. Cita estudos de O. Arias que concluiu que a adaptabilidade da porção sã do miocárdio é o fator mais importante na evolução da afecção. Cita os trabalhos de Gross que com seus colaboradores encontraram um tempo de circulação aumentado traduzindo insuficiência ventricular esquerda. Cita ainda os estudos de Fishberg, Hitzig e King sobre a dinâmica circulatória no infarto agudo do miocárdio, que concluíram existir dois mecanismos distintos que influenciam o curso da doença: a) Choque e b) Insuficiência cardíaca. Em alguns casos predomina um mecanismo, em outros casos o outro.

O autor considera ainda os diversos tipos de infarto, de acordo com a gravidade. Assim, nuns predominaria o choque severo, noutros a dispneia com edema pulmonar progredindo até a insuficiência congestiva, e finalmente outros sem sintomas e sinais a não ser o ataque inicial de dor.

Acentua então que o seu estudo visará em grande parte as formas brandas, consistindo na observação da dinâmica circulatória dos pacientes afetados.

Como o infarto do miocárdio afeta quase exclusivamente o ventrículo esquerdo dando predominantemente sintomas de insuficiência ventricular esquerda, o método mais sensível para determinar a intensidade dessa insuficiência seria a determinação da velocidade sanguínea através dos capilares pulmonares. Realiza então a medida do tempo de circulação "braço-língua", estimando por esse tempo a velocidade sanguínea na circulação pulmonar, pois os tempos 1) entre a injeção da substância usada até o ventrículo direito e 2) do ventrículo esquerdo aos corpúsculos gustativos da língua, podem ser desprezados por serem muito curtos.

Além desses três tempos (1 — Da veia ao ventrículo direito; 2 — Do ventrículo direito ao ventrículo esquerdo; 3 — Do ventrículo esquerdo aos corpúsculos gustativos) o autor considera ainda o chamado "tempo de reação" ao qual dá muita importância. O tempo de reação consiste no tempo que decorre desde o momento em que as partículas da substância atingem os receptores até o momento em que elas atingem uma certa concentração suficiente para despertar a sensação do gosto da substância empregada. O autor ressalta a importância deste tempo como fator de conclusões erradas nas determinações pois quanto menor a velocidade sanguínea, mais diluída se tornará a substância requerendo mais tempo para despertar sensação. Portanto, na comparação de tempos de circulação em diversos pacientes não se pode empregar as proporções matemáticas.

Assim, por exemplo, dois pacientes com insuficiência cardíaca, um com tempo de 30" e outro com tempo de 60", é duvidoso dizer-se si o segundo tem de fato uma velocidade 2 vezes menor que o primeiro, pois quanto menos rápida for a corrente sanguínea maior é o tempo de reação.

Pelos trabalhos realizados, nos 45 doentes (dos quais 32 restabeleceram-se clinicamente e deixaram o hospital sem sintomas; 5 ficaram com insuficiência cardíaca congestiva em graus diversos; 8 morreram e somente 2 mostraram sinais definidos de choque) o autor tirou importantes conclusões. Verificou, em primeiro lugar, que no início do infarto há um aumento definido no tempo de circulação, indi-

cando ser a regra a insuficiência ventricular esquerda nessa afecção cardíaca. Mesmo nos casos de sintomas discretos houve esse aumento do tempo de circulação. Nos casos com sintomas e sinais clínicos evidentes, houve diversos valores dando uma média de 28”

Nos casos que tinham a dor como unico sintoma as medidas deram uma média de 21,4” (o normal é de 10 a 16). O autor acha que o conceito de normalidade do tempo de circulação é muito variavel, tendo mais importancia as modificações do tempo de circulação em tempos diversos no mesmo individuo.

Assim, por exemplo, um individuo em perfeitas condições normais pode ter um tempo de circulação que num outro individuo só appareceria em condições patológicas.

Finalmente, conclue o autor que as determinações do tempo de circulação são de valor pratico e devem ser de rotina no infarto do miocardio.

Tem valor na ajuda ao diagnostico da afecção por permitir differençar com outras condições associadas à dor no peito que muitas vezes outros meios laboratoriais não o fazem. Tem valor também, na avaliação do progresso de ajustamento circulatorio, por meio de determinações repetidas durante a evolução do processo.

Dirceu Doretto

●

O EMPRÊGO DE LÍQUIDOS NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

C. M. LEEVY; J. A. STRAZZA; A. E. JAFFIN. Jersey City, N. J.
J. A. M. A. Vol. 131; N.º 14; 1120 - 1125, 3 Agosto 1946.

Foram examinados 122 pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, sendo excluidos os moribundos e os portadores de oclusão coronária, embolia pulmonar, trombose, e hemorragia cerebral. O estudo foi dirigido no sentido de avaliar o mérito relativo da restrição de líquidos, do fornecimento à vontade e da administração forçada.

Dos 36 observados com restrição de líquidos, 27,7% queixaram-se de sede (destes 52,6% no verão). 13,6% abandonaram a restrição devido à sede. A restrição pode levar a desidratação e perda de orientação mental.

Com líquidos fornecidos à vontade os pacientes consumiram em média 1700 cc. por dia no verão, 1300 cc. no inverno e 2200 cc. nos estados febris, sem resultado nocivo em qualquer caso, e com maior conforto que os pacientes dos outros grupos.