

CADEIRA DE TERAPÊUTICA CLÍNICA

(Diretor: Prof. Dr. Cantídio de Moura Campos)

Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo — 2.^a M. M.,
Santa Casa de São Paulo**CLINICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**MICHEL JAMRA
LIGIA M. FERREIRAJOSE' F. PONTES
ARY L. ALMEIDA

(Continuação do número anterior)

V CASUÍSTICA. QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico do hipertenso é polimorfo.

Em primeiro lugar, pôde nunca ter havido complicação alguma da hipertensão, sendo a elevação da pressão puro achado de exame. Em geral, porém, os pacientes referem sofrimentos que são muito variáveis. São comuns as queixas de dores musculares generalizadas, de tonturas mais ou menos leves, de sensação de mal-estar, de insônia, de nervosismo. Quando se trata de senhoras, próximas da menopausa, os sintomas se exageram, aparecem ondas de calor no corpo, subindo do tronco para a cabeça; sensação de formigamento nas extremidades, de dormência. Estes fenômenos são interpretados como dependentes de espasmos vasculares (crises vasculares de Pal). Conforme o órgão em que os vasos entrem em espasmo, o quadro clínico é variável. Se são vasos da musculatura esquelética, surgem caimbras. Se são as artérias de um dedo ou artelho, temos o fenômeno do "dedo morto". Se o espasmo se estabelece nas coronárias, instala-se o quadro da angina de peito. Se é um vaso do sistema nervoso central, aparece "deficit" da região afetada; assim, se for acometida a zona motora, haverá paresias ou paralisias, mais ou menos restritas a certos músculos, conforme a extensão do sistema nervoso interessada.

Alongamento e dilatação da aorta torácica. Hipertensão da pequena circulação, com derrames dos seios costo-frênicos e espessamento difuso do desenho vaso-brônquico.

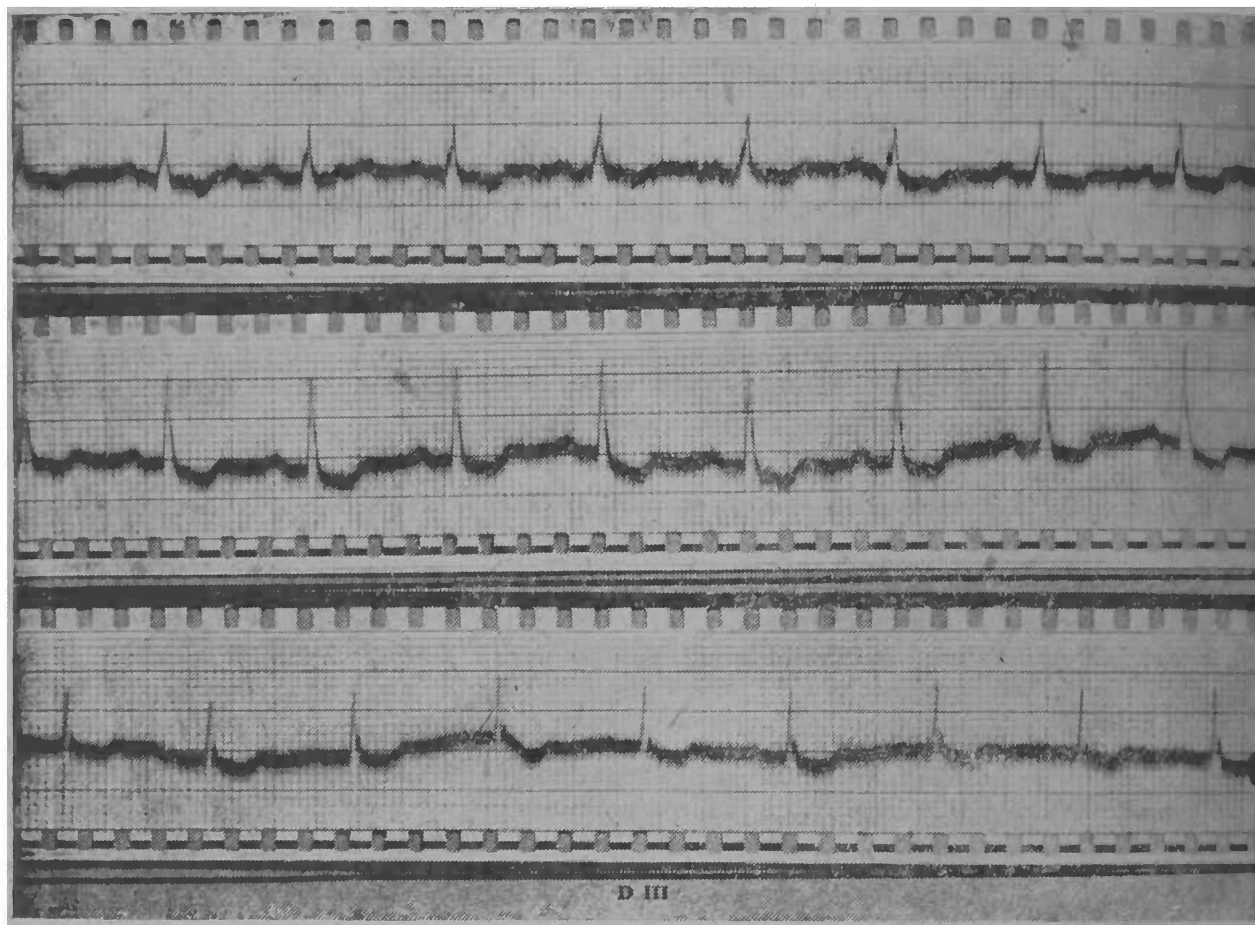


FIG. 3

Diagnóstico: Dilatação miôgena; insuficiência cardíaca.

Prova de concentração: Foi satisfatória, sendo atingida a densidade de 1026 nas primeiras 24 horas. Não houve alteração do peso.

Evolução: A paciente teve alta a 23-VI-42, sem edemas, com raros estertores na base E. Subjetivamente bem. A pressão arterial oscilou entre 18 e 14 para a máxima, e entre 12 e 8 para a mínima.

Em casa não se manteve em repouso. Não pôde fazer tratamento. Volta a 21-VII-42, com nova descompensação, com edema dos pés e pernas, jugulares túrgidas, até o ângulo da mandíbula; estertores em ambas as bases até o ângulo inferior das omoplatas. Não há galope. Hiperfonese da 2.^a bulha no fóco pulmonar. Sopro sistólico como antes. Fígado a 4 dedos. Refere apenas falta de ar, oligúria. Ausência de dores precordiais.

Os seguintes exames foram refeitos.

Exame de urina: (23-VII-4): Albumina: traços. Sedimento: numerosas células descamadas das últimas vias. Leucocitos degenerados, pequenos grumos de pus. Raras hemácias.

Dosagens da uréia no soro sanguíneo:

(23-VII-42): 0,gr.80 (método de hipobromito).

(3-VIII-42): 0,gr.25.

Nota: Entre uma e outra dosagem, houve melhora evidente do circulatório.**Exame dos fundos oculares (22-VII-42):** arterias embainhadas. Sinais de esclerose incipiente.**Prova de concentração:** (13-VII-43): Foi atingida a densidade de 1,026 em 24 horas de prova.

Peso anterior: 50,600 Kg. Posterior: 50,800 Kg.

A observação seguinte exemplifica um quadro de hipertensão arterial, acompanhado de insuficiência cardíaca e de insuficiência renal:

Obs. 3 — S. C., 50 anos, branca, viuva. Entrada na 2.^a M. M. a 15-III-43 e saída a 18-IV-43.

Queixa e duração: “Batedeiras”, falta de ar, dôr de cabeça, câimbras nas pernas. Doente há 1 ano e meio.

H. P. M. A.: Ha 1 ano e meio começou a ter “batedeiras” e cansaço facil quando andava ou em trabalhos caseiros, que antes nada lhe causavam. Passou a dormir com travesseiro alto, para evitar a falta de ar. Há 7 ou 8 meses notou que os pés inchavam no correr do dia. Como todos estes sofrimentos aumentassem, o inchaço tendo atingido os joelhos, internou-se neste Serviço. Não refere alterações da urina; nega tosse. Nega dores precordiais.

Interrogatório dos vários aparelhos:**Cabeça:** Enxaqueca desde criança, não agravada atualmente.**Garganta:** Doi frequentemente.**Aparelho respiratório:** Nada mais a referir.**Aparelho digestivo:** Prisão de ventre há muitos anos: Alguns surtos disentéricos.**Ap. genital:** Menopausa há 5 anos, sem que refira perturbações simultâneas.**Sistema neuro-muscular:** Tem caimbras desde criança, em todo corpo, os dedos se encolhem, etc.. Ultimamente só nos pés, sem relação com movimentos.**Antecedentes pessoais e hábitos:**

Sarampo, coqueluche. Maleita há 20 anos. Nega edema anteriormente. Não bebe álcool. Alimentação pouco variada. Menarca aos 13 anos. Eumenorréica. Menopausa há 5 anos.

Exame físico:**Exame geral:** Normolineo. Mucosas coradas. Edemas discretos nos tornozelos e pre-tibial. Extremidades quentes.Pulso: 75. P. A. Mx: 24 x Mn: 12. F. R.: 20. Peso: 49,00 Kg. Temperatura 36^o,4.**Exame especial:****Cabeça:** Ausência completa de dentes. Amígdalas aumentadas e hiperêmicas.**Pescoço:** Batimentos arteriais bem visíveis ao longo das carótidas e na fossa supra-esternal. Há estase jugular discreto. Aorta palpavel na fúrcula. Tireoide não aumentada.

Tórax — Aparelho respiratório: Não há sinais de derrame pleural. Não há estertores.

Ap. circulatório: Ictus no 6.º intercosto, a I dedo para fóra da linha hemiclavicular, localizado, fraco, rítmico. Bulhas bem audíveis. Sopros sistólico suave no fóco mitral.

Pulso: 75 batimentos por minuto, tenso, regular.

P. A. 24 x 12.

Abdomen: Plano e sem deformidades. Fígado: percutível no 5.º intercosto, na linha hemiclavicular. Bordo inferior não palpavel. Baço: ligeiramente percutível, não palpavel. Segmentos cólicos não dolorosos.

Exames complementares:

Exame de urina: (17-III-43): Traços evidentes de albumina. Leucocitos isolados 4-5 por campo.

Prova de concentração: (20-III-43): Densidade máxima atingida em 48 horas: 1.018.

Fundos oculares: (27-III-43): O. D.: Placa de coreo-retinite atrófica. Vasos interrompidos com cruz de Gunn e deficiência da circulação dos vasos da retina. Sinais de arterioesclerose. (Dr. Monteiro).

Radiografia: (31-III-43): Área cardíaca pouco aumentada, com predominância do contorno E (ventrículo E).

Uréia no soro sanguíneo: 1.2 gr. °/oo.

Exame de fezes: (6-IV-43): Cistos de *E. coli* e de *E. histolytica*.

Durante a estadia da doente na enfermaria a pressão arterial oscilou entre 23 e 19,5 para a sistólica e entre 9 e 12 para a diastólica.

Notar que a prova de concentração foi má; há hiperazotemia, identificando função renal insuficiente. Nos fundos oculares já havia lesões das artérias. Tipo 3 de Keith. Observar os sintomas neuromusculares, que constituem fenómeno muito frequente.

A observação que se segue nos dá um exemplo de quadro clínico mais complexo em hipertensos.

Obs. 4 — R. de J., 55 anos, feminino, portuguesa, doméstica. Internada na 2.ª M. M. a 23-IV-43. Saída a 30-VIII-43.

Q. D.: Dôr no braço e perna direitos há 5 dias e dificuldade de movimentar esses membros.

H. P. M. A.: Há 5 dias, estando passando bem, de pé, às 10 horas da manhã, teve subitamente tontura, e caiu. Foi carregada para a cama. Percebeu, então, que não podia movimentar o braço e a perna direitos. Não podia falar. Entendia bem o que lhe perguntavam. Nega incontinência de urina e de fezes. Não teve contrações musculares expontâneas. Não tomou remédio. Ao fim de 3 dias começou novamente a falar. Manteve-se sempre em repouso. Procurou este Serviço, estando ainda impossibilitada de mover os membros direitos.

Interrogatório dos vários aparelhos:

Cabeça: Há 20 meses dôr quasi contínua, sempre na parte média e superior da cabeça.

Olhos: Nada de particular.

Ouvidos: Zumbidos raramente.

Nariz: Nega epistaxes.

Boca: Dores de dentes raramente, assim como de garganta.

Ap. respiratório: Nada de particular.

Ap. circulatório: Há 10 anos, de vez em quando, inchaço frio nos tornozelos, aumentado com o trabalho diário, sem relação com intensidade de esforços. Dura alguns dias e passa muitos meses sem reaparecer. Nunca fez tratamento para isto. Há 15 dias tem falta de ar leve ao subir uma ladeira próximo de sua casa, de uns 20 metros de extensão e de ligeiro declive. Nega dispnéa noturna e dores precordiais. Palpitações quando fica nervosa, passageiras.

Aparelho digestivo: nada de particular.

Aparelho gênito-urinário: Nada de particular. Nega nictúria.

Sistema nervoso: Há muito tempo tem insônia, permanecendo acordada até as 3 da manhã, mais ou menos. Sente-se nervosa,

Antecedentes pessoais e hábitos:

Sarampo. Menarca aos 15 anos. Eumenorréica. Menopausa aos 45 anos, sem perturbação evidentes simultâneas, 2 filhos. Nenhum abortamento. Nega fatos que lembrem acidente cardíovascular ou renal progressivo.

Antecedentes familiares: Nada de particular.

Exame físico:

Exame geral: Brevilinea, constituição pletórica. Panículo adiposo abundante. Pele e mucosa bem coradas. Decúbito direito. Ligeira apatia. Peso não tirado devido ao estado do doente. Edema leve do 1/3 inferior de ambas as pernas.

Pulso: 84, P. A. Mx.: 18 x Mn: 12. Temp.: 35c,6. Frequência respiratória: 28.

Exame especial: Olhos: nada de particular. Boca: rima bucal sem desvio. Língua: sem tremores, nem desvios.

Tireoide não palpavel. Aorta não palpavel na fúrcula. Não há estase jugular.

Torax: Aparelho respiratório: Alguns estertores crepitantes em ambas as bases. Não há alterações do frêmito tóraco-vocal e da intensidade da respiração.

Ap. cardíovascular: Ictus cordis palpavel em decúbito esquerdo no 6.º espaço intercostal, 1 dedo para fóra da linha hemiclavicular, impulsivo, localizado, irregular em tempo e amplitude. Abafamento das bulhas, em geral. Hiperfonese da 2.ª aórtica. Não se ouvem ruídos adventícios. Média de 10 extrassistoles por minuto.

Pulso: irregular, amplo. Artérias radiais duras, não depressíveis.

Abdomen: Abaulado uniformemente.

Fígado: percutível o limite superior no 5./ intercosto na linha hemiclavicular. Bordo inferior não palpavel.

Baço: Não palpavel nem percutível.

Segmentos cólicos: não dolorosos.

Sistema Nervoso: Doente em decúbito direito. Não há posição particular dos membros. Faceis de indivíduo plétórico. Equilíbrio e marcha prejudicados.

Motricidade voluntária: O membro superior direito realiza com dificuldade a flexão do ante-braço sobre o braço, chegando a colocar a ponta do indicador sobre o nariz. O membro inferior D não se movimenta ativamente.

A força muscular está bastante diminuída no membro superior D e ausente no inferior.

Manobras deficitárias: Mingazzini: os músculos da coxa D não mantêm a perna, e o psoas D não mantêm a coxa D. Barré não foi feito, assim como o Raimiste. Pé D. nitidamente caído.

A coordenação dos movimentos está impossibilitada com o membro inferior D que não realiza movimentos, e com o membro superior é normal (com direção e medida do movimento), apesar de extremamente lenta e difícil devido à redução da força muscular.

À movimentação é passiva, as articulações estão sem deformidades. O tonus muscular dos músculos do membro superior D não está alterado nitidamente, enquanto o do inferior D também não se consegue evidenciar se está ou não alterado, devido ao abundante panículo.

Motricidade involuntária: Hiperreflexia dos reflexos tendinosos do lado D.

Exames complementares:

Dosagens de uréia:

Em 29-VI-42: 1gr,25^o/00 (hipobromito).
 Em 21-VII-42: 0gr,95^o/00.
 Em 13-VIII-42: 0gr,65^o/00.
 Em 31-VIII-42: 0gr,66^o/00.

Depuração urêmica sanguínea:

25 % do normal em 27-VIII-42.
 30 % do normal em 31-VIII-42.

Prova de concentração: (dias):

| Volume | Densidade |
|---------|-----------|
| 55 cc. | 1015 |
| 220 cc. | 1012 |
| 140 cc. | 1016 |
| 285 cc. | 1012 |
| 250 cc. | 1011 |

Reação xantoproteica: leitura 88.

Prova da indicação: normal (27-VIII-42).

Exame de urina:

Reação ácida.

Albumina: traços mínimos.

Sedimento: raras células e raros leucocitos. Alguns cristais fosfo-magnesianos.

Exame oftalmológico: Presbiopia e hipermetropia.

O. D.: fundo normal. OE.: hemorragia sob a forma de chamas seguindo os vasos e raras manchas brancas. (29-VIII-42).

Evolução: **Pressão arterial:** a máxima oscilou entre 17 e 24 e a mínima entre 9,5 e 13.

Regressão quasi total da hemiplegia. Desaparecimento dos edemas.

Tratamento: Vaso-dilatadores. Digital. Ionização iodada trans-cerebral.

Como se vê, é uma hipertensa, desenvolvendo insuficiência cardíaca incipiente, já com insuficiência renal (retenção azotêmica, má prova de concentração, depuração sanguínea urêmica diminuída). Sobreveiu ainda um acidente no sistema nervoso central, levando à hemiplegia direita e à perda da palavra, com regressão rápida destes sinais (possivelmente espasmo vascular).

Em alguns hipertensos a cefaléia domina o quadro clínico, pela sua persistência. A observação que segue é de um paciente com insuficiência cardíaca discreta, mas com intensa cefaléia. Seja dito de passagem, que só conseguimos melhorar as dores de cabeça desta doente com solução de sulfato de magnésio intramuscular ou lentamente na veia (solução a 25 %).

Obs. 5 — M. R., 49 anos, feminino, viuva, domestica, espanhola.

Q. e D.: Falta de ar há 2 anos; cefaléia intensa há 4 meses.

H. P. M. A.: Há 2 anos mais ou menos acordou durante a noite com intensa falta de ar, que obrigou a doente a procurar uma janela; assim passou toda a noite, tendo procurado médico no dia seguinte. Recordar-se ter sido feita uma sangria e ter tomado uma pilulas, após o que sentiu-se melhor. Nessa ocasião não apresentava edemas, nem cefaléia, nem tonturas ou qualquer outra perturbação circulatória.

Nada de particular à diurese. Passou bem durante vários meses; trabalhava (serviços caseiros) e não sentia a menor perturbação.

Após certo tempo surgiu novamente a falta de ar, nas mesmas condições, sem relação com esforço, tendo sido feita nova sangria. Assim aconteceu várias vezes, tendo mesmo, em alguma, sido necessário chamar a Assistência.

Em Abril deste ano esteve internada neste Serviço apresentando-se com sofrimento idêntico aos anteriores e mais inchaço ao nível dos tornozelos pela primeira vez. Esteve internada 1 mês; fez duas sangrias e tomou 150 e 48. Saiu sem inchaço e sem falta de ar.

Há 4 meses voltou novamente queixando-se agora muito mais de intensa cefaléia; tomou Digitalina e fez 3 sangrias. Esteve na enfermaria durante 3 meses. A dor de cabeça não cedeu durante todo o tempo.

Passou 1 mês em casa e agora volta justamente por causa dessa cefaléia, que perdura sem interrupção. No dia em que entrou para esta enfermaria esteve no posto de Assistência devido à fortíssima dor de cabeça que era tão intensa a ponto de impedir que a doente andasse por ter a vista escurecido e sentir-se tonta. Foi feita sangria e tomou 2 injeções.

A cefaléia é muito forte e já acorda com ela; assim passa o dia todo; até à noite; consegue dormir bem e não tem sentido falta de ar. A dôr se localiza na parte superior da abóbada craniana; é contínua e não aumenta ou recrudescce com este ou aquele fator.

Antecedentes pessoais e hábitos:

Nega doenças da infância. Menarca aos 12 anos. Casou-se aos 22 anos. Saúde até há 2 anos quando começa a história da sua doença. Alimentação sempre variada. Menopausa aos 35 anos, sem fenômenos concomitantes que a paciente notasse.

Antecedentes familiares e hereditários:

Pais mortos; irmãos (3) também já falecidos, não sabendo de que. Teve 3 filhos nascidos normalmente; 2 faleceram com meses, diz a doente, de sarampo; o 3.º é vivo e forte. Marido falecido há 6 anos de cancer, com 55 anos.

Exame físico:

Exame geral: Indivíduo do sexo feminino, branco, mediano; envelhecida para a sua idade. Pele com elasticidade diminuída e pálida, assim como as mucosas estão bem descoradas. Varizes em ambos os membros inferiores. Não há edema.

Pulso: 90. P. A.: 22 x Mn: 11 F. respiratória: 24. Temp. 36,6. Peso: 56,600 Kg.

Exame especial:

Cabeças: Notar o descoramento das conjuntivas e da mucosa bucal. Raízes infectadas. Dentes mal conservados. Gengivite.

Pescoço: Batimentos arteriais fracos nas fossas supraclaviculares. Aorta é palpável na fúrcula. Tireoide não aumentada. Não se nota estase jugular.

Torax — Ap. respiratório: Nada de particular. Ausência de ruídos adventícios.

Ap. cárdio-vascular: Area precordial sem deformidade. Ictus no 6.º intercosto, 2 dedos transversos para fóra da linha hemiclavicular, localizado numa extensão que ocupa a polpa de 2 dedos, impulsivo. As bulhas são bem audíveis. Sopros sistólico suave nos focos aórtico e mitral.

Pulso: 90 batimentos por minuto, amplos, regulares em tempo e em amplitude. Artérias não se mostram endurecidas.

P. A.: Max: 21 x Mn: 11.

Abdomen: Ligeiramente abaulado, paredes flácidas. Não há sinais de ascite. Fígado: percutível o limite superior ao nível do 6.º intercosto, na linha hemiclavicular. Bordo inferior a 2 dedos do rebordo, duro, não doloroso. Baço: não é palpável nem percutível. Segmentos cólicos: nada de particular.

Exames complementares:

R. Wassermanns (13-12-41) ++.

Velocidade circulatória:

19" (tempo braço-língua — Dalicol).

9" (tempo baço-pulmão — Eter).

Exame hematológico:

Gl. vermelhos 4.332.000

Gl. brancos 4.300

Neutrófilos:

Bastonetes 2,5 %

| | |
|---------------------|-----------|
| Segmentados | 71,0 % |
| Eosinófilos | 4,5 % |
| Basófilos | 1,0 % |
| Linfocitos: | |
| Leucocitoides | 3,0 % |
| Típicos | 14,5 % |
| Monocitos | 3,5 % |
| (16-XII-41) | |
| Gl. vermelhos | 5.280.000 |
| Gl. brancos | 7.200 |
| Hb | 66 % |
| V. G. | 0,6 |
| (V-42) | |

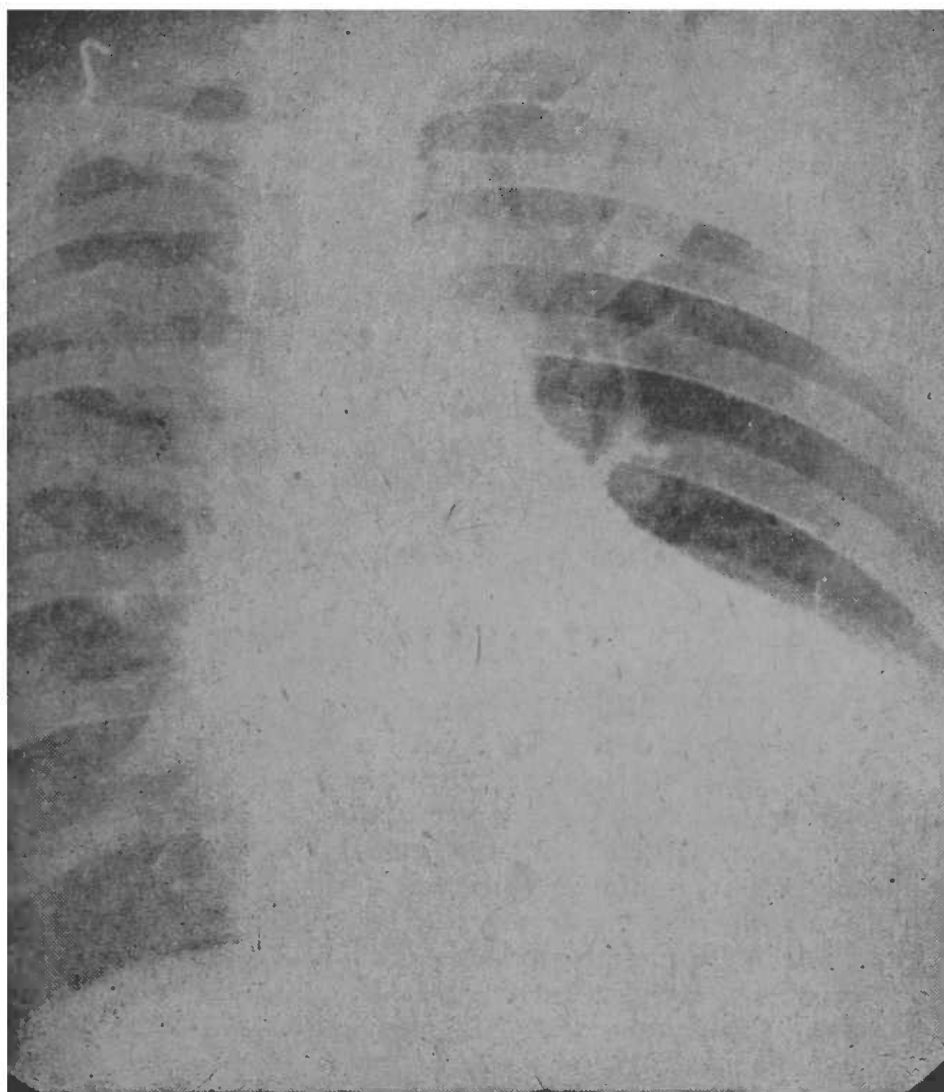


FIG. 4

Exames da urina: Em geral encontrado traços mínimos de
Provas de concentração: Foram realizadas 4 provas, uma
prolongada por 72 horas, sendo verificada a densidade máxima
de 1019.

Dosagens de uréia no sôro sanguíneo:
albumina. Raras hemácias e leucocitos. Raros cilindros hialinos.

Exames de urina: Em geral encontrados traços mínimos albumina. Raras hemácias e leucocitos. Raros cilindros hialinos.

Provas de concentração: Foram realizadas 4 provas, uma

Dosagens de uréia no sôro sanguíneo:

1gr.1^o/∞.

0gr.68^o/∞.

Cold pressure test:

P. A.

antes 23,2 x 10

30" 25,5 x 14,5

60" 26,0 x 13,5

90" 25,5 x 13

2' 23 x 11

3' 22,5 x 11

4' 22,5 x 11

Pulso: 88

Hiperreativo.

Fundos oculares: normais (17-12-41).

Exames de fezes: nada de particular (parasitológico e culturas).

Teleradiografia do coração: (12-12-41): — Aumento global da área cardíaca, com predominância ventricular esquerda. Aorta normal. (Fig. 4).

Radiografia da cabeça: Ausência de sinais radiológicos de hipertensão endocraneana.

E. C. G.: Acentuado desnivelamento de ST nas 3 derivações. Alargamento de QRS' Desvio de eixo para a E.

Evolução: A pressão arterial da paciente oscilou entre 18 e 20 para a sistólica, na maioria dos dias em que esteve internada, raramente indo além destas cifras. A diastólicas se manteve entre 9 e 10, raramente 11 ou 12.

Damos em seguida um exemplo de paciente com hipertonia maligna:

Obs. 6 — B. S., 36 anos, faiodérmica, feminino, casada.

Entrada na 2.^a M. M. a 24-III-42. Saída a 31-V-42.

Q. e D.: Falta de ar e edema há 3 meses.

H. P. M. A.: Pela primeira vez em princípio de Janeiro deste ano começou a ter falta de ar à noite: acordava sufocada, precisava sentar-se, abanar-se e abrir as janelas. Não sentia dor alguma, não punha espuma pela boca, às vezes vomitava provocado com o que melhorava. Estes padecimentos eram quase diários, após algumas semanas começou a ter também falta de ar aos esforços. Nessa mesma ocasião apareceu inchaço nos pés que progrediu em alguns dias, atingindo as pernas, coxas e sentiu a barriga crescida. As mãos e rosto também incharam um pouco.

O início de seus sofrimentos ocorreu quando estava com uma gravidez em curso no 6.^o mês. A criança nasceu morta no 7.^o mês (6-Fevereiro-42). Com a interrupção da gravidez notou que a falta de ar noturna desapareceu, precisando, porém de 2 travesseiros, e diminuiu a "canseria" aos esforços. O inchaço, entretanto, aumentou, alcançando a extensão referida após uns 40 dias de seu início. Não ficou em repouso enquanto grávida. Nos primeiros 15 dias de puerpério acalmou-se. Não teve febre.

Tem tosse seca desde que começou a falta de ar. Nunca poz espuma pela boca nem sentiu dores precordiais. Diminuiu muito a urina e se levanta mais de uma vez à noite para urinar, o que não era seu hábito. Após o parto tinha dor epigástrica.

Interrogatório dos vários aparelhos:

Cabeça: Cefaléias na região fronto-temporal, há anos, às vezes acompanhadas de tontura.

Olhos e ouvidos: Nada de particular, inclusive zumbidos e moscas volantes.

Garganta: nega inflamações.

Ap. digestivo: Há 10 anos prisão de ventre, até 1 semana sem evacuar.

Ap. gênito urinário: Nada de particular. Eumenorrêica.

Sistema Nervoso: Calma. Nega distúrbios neuro-psíquicos.

Antecedentes pessoais e hábitos:

Sarampo e "catapora" Pneumonia há 2 anos. Nega amigdalites. Nega perturbações idênticas anteriormente. Teve 11 gravidezes. 1 abortamento (3-4 meses), nati-morto. Nunca teve inchaço em qualquer das gestações anteriores.

Há 5 anos teve dor no flanco. E notou que a urina ficou avermelhada. Não inchou. Não teve falta de ar. Não se acalmou. Um médico afirmou-lhe sofrer do rim e do fígado. Esta dor no flanco E e D, aparece até hoje, às vezes. Teve 2 das gestações depois disto, sem as alterações da última.

Exame físico:

Exame geral: Sexo feminino, mediolineo, abatida. Edema acentuado nos membros inferiores, até as coxas; na região sacro-lombar e no braço E (decúbito E). Não se percebe edema no rosto. Mucosas descoradas. Panículo adiposo escasso. Extremidades frias e cianóticas. Paciente sentada, pernas pendentes.

Pulso: 120. P. A.; Mx: 17 x Mn: 11. Resp. 40. Peso: 48,500 Kg. Temperatura: 36°5.

Exame especial:

Cabeça: Inúmeras falhas dentárias e várias raízes infectadas. Tireoide não aumentada.

Pescoço: Acentuada estase jugular, indo até o bordo da mandíbula. Batimentos arteriais amplos no trajeto das carótidas e nas fossas supra-claviculares. Aorta palpavel na fúrcula. Amígdalas aumentadas e hiperêmicas. Hiperemia do orofaringe.

Torax — Aparelho respiratório: Derrame pleural bilateral, atingindo a sub-macicês o ângulo inferior da omopalta. Esteriores crepitantes e suberepitantes de finas bolhas até a metade do espaço escapulo-vertebral.

Ap. cárdio-vascular: Ictus no 6.º intercosto, na linha axilar anterior, numa extensão da polpa de 2 dedos, impulsivo, regular, em tempo e em amplitude. Não se palpa frêmito. Reforço grande da 2.ª bulha no foco pulmonar. As outras bulhas são bem audíveis. Não há arritmia. Sopro sistólico suave audível em todos os focos, mais no mitral. Galope.

P. A.; Mx.: 17 x Mn.: 11. Pulso regular, pouco amplo, 120 por minuto.

Abdomen: Distendido uniformemente. Ascite. **Fígado:**

Palpavel a 5 dedos do rebordo, duro, pouco doloroso. O limite superior é percutível no 6.º intercosto. Baço: não é palpavel. Prejudicada a palpação dos segmentos cólicos. Não se notam pontos dolorosos.

Sistema Nervoso: Nada de particular.

Exames complementares:

E. C. G. (fig. 5):

R. de Wassermann: (26-IV-42): negativa.

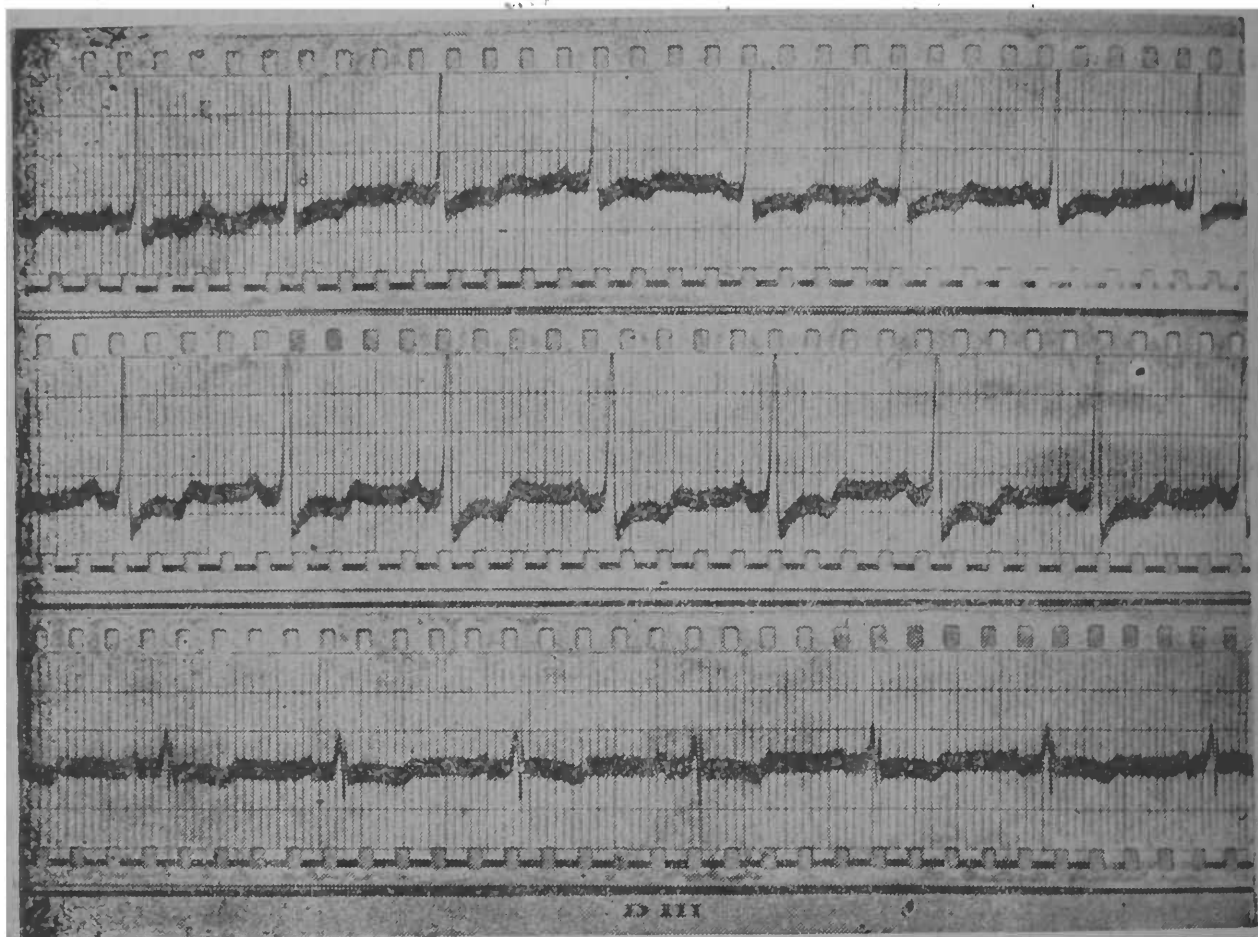


FIG. 5

Exame de fezes: Larvas de *Strongyloides stercoralis*.
(27-IV-42).

Dosagens de uréia no sôro sanguíneo:

(26-III-42): Ogr, 55°/oo

(26-IV-42): Ogr, 85°/oo

(25-V-42): Ogr, 85°/oo.

Foram feitas 1 a 2 dosagens de albumina na urina por semana, no albuminômetro de Esbach, oscilando a quantidade entre 1 gr. e 2,5 gr., por litro.

Exame hematológico: (29-IV-42):

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Glóbulos vermelhos | 4.000.000 |
| Glóbulos brancos | 8.000 |
| Hb | 63% |
| V. G. | 0,79 |
| Neutrófilos: bastonetes | 2% |
| Neutrófilos: segmentados | 34% |

| | |
|-------------------|-----|
| Eosinófilos | 24% |
| Basófilos | 0% |
| Linfocitos | 38% |
| Monocitos | 2% |

“**Uréia clearance**”: 26% de função renal.

Provas de concentração: A densidade máxima atingida em 2 provas foi de 1.013 (oscilando entre 1010 e 1013).

Teleradiografia do coração (10-IV-42): Aumento da área cardíaca, com predomínio esquerdo. Acentuação da trama vasobrônquica. Pequeno derrame coletado no seio costal frênico E. Esboço de cisurite horizontal D.

Velocidade circulatória (7-V-42):

19" (tempo braço-língua — Dalciol).

6", (tempos braço-pulmão — Eter):.

Evolução: A paciente recebeu alta em 31 de Maio de 1942 no seguinte estado:

Ausência de edemas. — Ausência de ascite e de derrame pleural. Não se ouviam estertores nas bases pulmonares. Persistência do galope. Fígado a 4 dedos, duro, não doloroso. Velocidade circulatória de 19 segundos para o tempo braço-língua (Dalicol) e 6",5 para o tempo braço-pulmão (Eter). Uréia: 0,gr,85. Estado subjetivo bom, dormindo com um travesseiro. Pulso oscilando entre 90 e 100. P.A. 17 x 12, tendo oscilado a pressão máxima entre 16,5 e 19 e a mínima entre 11,5 e 14. A paciente reagia muito bem, aos diuréticos mercuriais. Volume urinário médio por dia de 500 cc., com densidade em trono de 1010, nunca além de 1012.

Entre 31 de Maio de 1942 e 20 de Novembro de 1942, a paciente voltou 6 vezes ao serviço em "follow-up". Passou bem 3 meses e meio, fazendo repouso regular e tomando cada 15 dias 10 a 13 comprimidos de Digital Isa e 1 ampola de Esidron. Não sentiu falta de ar, não teve edemas e nem tosse.

Do fim de Agosto em diante sentiu cefaléia, diária, intensificada ultimamente a ponto de impedir o sono. Simultaneamente houve acentuada elevação da pressão arterial; a sistólica foi para 24,5 (antes nunca fora além de 19) e a diastólica para 14,5 (antes ao máximo de 14, em geral entre 12 e 13).

A 29 de Novembro, internou-se novamente na 2.^a M.M. com severíssima dor de cabeça que impede a paciente de dormir há vários dias. Não tem falta de ar nem cansaço.

O exame revelou, então: ausência de edemas. Mucosas coradas. Ictus no 6.^o intercosto, com os mesmos caracteres. Frêmito sistólico na ponta. Bülhas bem audíveis, particularmente a 2.^a em todos os focos e mais no aórtico. Sopro sistólico rude, principalmente no foco mitral. Galope e pulso alternante. Estase jugular discreta. Não se ouvem estertores. O fígado não palpavel. Capacidade vital — 3.000. Foi feita Acetilcoline (15 dias seguidos, 0,10 por dia); sangria. A paciente não teve mais cefaléia, a pressão se manteve, em geral, em 20 e 12.

Foram repetidos os seguintes exames complementares:

Exames de urina: (9-XII-42): Traços leves de albumina.

Não há hemácias nem cilindros. Leucocitos, alguns degenerados, numerosos.

(23-XII-42): Numerosos leucocitos, alguns degenerados. Algumas hemácias (4-5 por campo). Não há cilindros.

(26-XII-42): Não há hemácias nem cilindros. Leucocitos, degenerados alguns, numerosos.

Foram feitas 4 dosagens da albumina (Esbach); 0gr,5 — 2gr,0 — 1gr,0 — 1gr,3 por mil.

Fundos oculares (12-XII-42): Nada digno de nota.

Exame de garganta (14-XII-42): Amígdalas palatinas pediculadas, sem criptas, não sépticas.

Velocidade circulatória:

(2-XII-42) 17",5 (tempo braço-língua-Dalicol).

(28-XII-42) 17" (tempo braço-língua-Dalicol).

Radiografia do coração (3-XII-42). Aumento da área cardíaca, com predominância do arco ventricular E; aorta aumentada na crossa.

Dosagem da uréia no soro sanguíneo: (3-XII-42) 0,60.

Prova de concentração: Durante 48 horas, a densidade máxima foi de 1018 (a doente não teve alteração de peso).

R. xantoproteica (24-XII-42) 55% (col. antigo de Anten-cith).

R. Wassermann: negativa.

Pressão venosa (26-XII): 12 cm.

Exame hematológico:

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Glóbulos vermelhos | 4.960.000 |
| Glóbulos brancos | 7.200 |
| Hb | 90% |
| VG | 0,9 |
| Neutrófilos: bastinetes | 6% |
| segmentados | 58% |
| Eosinofilos | 10% |
| Linfocitos | 22% |
| Monocitos | 4% |

Exame de fezes: negativi para ovos de helmintos e cistos de protozoários (12-XII-42).

E. C. G. Desvio do eixo para a esquerda. ST desnivelado e onda T invertida. QRS 3 entalhado.

Trata-se de uma paciente com 36 anos de idade, portanto, relativamente moça. Não tem um passado que nos leve à suspeita de surto agudo de glomérulo-nefrite difusa. Refere há 5 anos dôr no flanco E e no D, com urina vermelha e ausência de edemas. Teve depois disto 2 gestações que decorreram normalmente. No fim da 3.^a gestação começa a ter descompensação cardíaca que se instalou progressivamente, continuando até a data de sua internação na 2.^a M. M.. Os exames de laboratório revelaram insuficiência renal (hiperazotemia; má prova de concentração, indicando isoestenúria; depuração uréica sanguínea deficiente). No momento de sua alta, em 31-V-1942, fizemos o diagnóstico de hipertensão arterial maligna. Abandonamos a hipótese de glomérulo-nefrite crônica em razão de um passado sugestivo de fase

aguda de glomérulo-nefrite difusa. É bem verdade que tal acidente podia ter passado despercebido, como frequentemente acontece, no entanto, que não havia nefropatia primitiva, estava o fato de ter suportado 2 gestações sem sintomas renais.

A evolução da doente demonstrou que o diagnóstico mais provável é mesmo de nefroesclerose maligna.

Com efeito, entre Maio e Novembro de 1942, a paciente foi por nós reexaminada 6 vezes. De Agosto em diante passou a sentir cefaléia intensa e persistente, a ponto de impedir o sono. Houve elevação simultânea da pressão arterial, atingindo a sistólica a cifra de 24,5, e a diastólica de 14,5, quando antes não tinha ultrapassado, respectivamente 19 e 14, mantendo-se a diastólica entre 12 e 13, em geral. A paciente ainda se acha em estado máu, com a pressão sempre muito alta, com cefaléias. O coração entra aos poucos em insuficiência. A insuficiência renal é já apreciável.

O caso seguinte ilustra uma hipertensão arterial essencial em que não há insuficiência renal. A paciente passava bem, sem descompensação cardíaca. Subitamente desenvolve taquicardia paroxística, cuja duração por alguns dias, leva à insuficiência cardíaca:

Obs. 7 — A. F., 48 anos, preta casada, doméstica. Entrada na 2.^a M.M. a 28-XI-42. Saída: 5-1-43.

Q. e D.: “Batedeiras” e falta de ar há 1 semana.

H. P. M. A.: Há 5 dias, pela manhã, ao acender o fogo para fazer café, notou que o coração começou a bater subitamente, de maneira rápida e regular. Nos primeiros momentos quasi desmaiou.

Tomou chá quente. A batedeira durou o dia todo, durante o qual sentia dôr à compressão do epigástrio. Manteve-se sentada. À noite não conseguiu dormir, passando-a andando no quarto, com janelas abertas, porque, quando fechadas, tinha sensação de sufocação. Só podia deitar-se de bruços ou em decúbito direito elevado. Em outra posição tinha a impressão de que o coração batia de maneira dolorosa. Assim passou mais 1 dia e uma noite. No 3.^o dia perdeu a consciência por 2 horas. Não teve relaxamento de esfínteres, não se agitou e afirmaram os presentes que não poz espuma pela boca, tendo ficado “muito fria” pensando mesmo que ela tivesse morrido. Durante a noite seguinte teve muita falta de ar, não eliminou espuma pela boca e no dia seguinte, ao calçar os sapatos, notou que os pés estavam inchados. Veiu para a Santa Casa e neste estado, sempre com batedeiras, deu entrada na 2.^a M.M.

Até há 5 dias fazia longas caminhadas (mais de 2 Km.), levando almoço para o marido. Nunca sentiu falta de ar, ou inchaço nos pés. Não notou alterações urinárias atuais. Desde Agosto deste ano acha que sua urina aumentou, pois precisa

se levantar várias vezes à noite para urinar. Não refere alterações da côr. Nega dores precordiais. Sempre dormiu com um travesseiro e bem. O exame eletrocardiográfico, feito assim que a paciente entrou neste serviço, revelou um acesso de taquicardia paroxística.

Interrogatório dos vários aparelhos:

Cabeça: Cefaléias desde quando solteira, mais ou menos uma vez por mês.

Olhos: Nada de particular.

Garganta: Nunca teve dôr de garganta.

Ap. circulatório: Há 2 anos acusa "batedeiras", com alguns minutos de duração, batimentos regulares, rápidos, aparecendo sem relação com esforços.

Ap. digestivo: Há muitos anos prisão de ventre de 8 dias. Nega diarréias e perturbações no abdômen superior.

Ap. genital: Menopausa há 5 anos, sem que refira perturbações concomitantes.

Ap. urinário: já referido na história.

Sistema Nervoso: Julga-se muito nervosa. Emagreceu 10 Kg. no último ano.

Antecedentes pessoais e hábitos

Sarampo e varicela na infância. Pneumonia há muitos anos. Nega dôres de garganta em sua vida. Nunca teve inchaço em qualquer parte do corpo. Nega alterações urinárias em qualquer idade, anteriormente. Menarca aos 12 anos. Eumonorreica. Menopausa aos 43 anos. Alimentação variada. Nega abortamentos.

Antecedentes familiares:

Nega moléstia idêntica à sua ou do aparelho cárdio-vascular na família.

Exame físico:

Exame geral: sexo feminino, longilínea, preta aparenta a idade que diz ter. Cabelos encanecidos. Panículo adiposo escasso. Musculatura regularmente desenvolvida. Pele com elasticidade conservada, sem sobras. Não se nota edema nos membros inferiores. Discreto na região lombar e sacra. Extremidades pouco frias. Mucosas coradas.

Pulso: 200. P.A. Mx: 17 x Mn: 14. Peso: 48,500 Kg.

Cabeça: ligeiro exoftalmo bilateral. Dentadura artificial na arcada superior. Na inferior apenas 5 dentes bem conservados. Gengivite. Língua sem desvio nem tremores finos. Amígdalas aumentadas, notando-se na direita alguns pontos esbranquiçados.

Pescoço: Fino e longo. Batimentos arteriais amplos ao longo das carótidas e nas fossas supra-claviculares e supra-esternal. Jugular esquerda ligeiramente túrgidas. Aorta palpável na fúrcula. Tireoide não se apresenta visível à inspecção. A palpação nota-se aumento da consistência do lado médio que é bem palpável. Não há aumento de volume.

Torax — Ap. respiratório: Alguns roncos que desaparecem com a tosse. Não há sinais de derrame pleural. Ausência de estertores.

Ap. cárdio-vascular: Precórdio sem deformidade. Ictus no 6.º intercosto, 1 dedo para fóra da linha hemiclavicular, ocu-

pando a extensão da polpa de 1 dedo, impulsivo, regular em tempo e amplitude. Não se palpa frêmito. Bulhas bem audíveis, sucedendo-se regularmente, na frequência de 200 por minuto. 2.^a bulha aórtica não está mais forte que a pulmonar. Sopro sistólico rude audível em todos os focos, mais no foco mitral e se irradiando para a axila. Não há galope.

Abdomen: Plano, sem deformidades. Não há sinais de ascite.

Figado: limite superior percutível, na linha hemiclavicular, no 4.^o intercosto. Bordo inferior a 2 dedos do rebordo, mole, doloroso.

Baço: Não é percutível nem palpável.

Segmentos cólicos não dolorosos.

Exames complementares:

R. de Wassermann: +

Velocidade circulatória:

29-VI-42) 8" (tempo braço-língua — Dalicol).

19-XII-42) 17" (tempo braço-língua — Dalicol).

Dosagem da uréia no sêro sanguíneo:

1-XII-42) — 1gr,05 ‰.

Exames de urina: (3-XII-42): Albumina, traços evidentes. Muitas células descamadas. 4-5 leucocitos isolados por campo e 1-2 hemácias. Raríssimos cilindros hialinos. No restante nada de particular.

6-VII-42: Traços de albumina. Numerosos leucocitos. (4-6 por campo) Raríssimas hemácias. Não há cilindros. Não há glicose.

Provas de concentração: A densidade máxima atingida foi de 1031. (repetida 2 vezes).

Metabolismo basal + 1%.

Eletrocardiograma: Durante os acessos de taquicardia paroxística tinha os complexos eletro-cardiográficos apresentados na fig. 6. Fora do acesso apresentava extrasístoles ventriculares de focos múltiplos, desvio de eixo para a E, QRS alargado e entalhado (fig. 7).

Teleradiografia do coração^o: Imagem cardíaca muito aumentada, à custa de todas as cavidades, com predominância do contorno E (ventrículo E). Aorta muito dilatada, medindo 42 cm, na crossa. 21-XII-42. (fig. 8)

Exame dos fundos oculares: Normais.

"Follow-up"

16-1-42: Pulso 84. P.A. 24 x 14. Peso: 47,100 Kg.

Contagem global:

| | |
|---------------------|-----------|
| Gl. vermelhos | 5.500.000 |
| Gl. brancos | 6.400 |
| Hb | 100% |
| VG | 0,8 |

Foi feita punção da medula. Não há pulso alternante. O coração, à ausculta permanece na mesma.

13-2-43: Pulso: 88. P.A. 16 x 95, (?). Peso 48.600. Tem passado bem, trabalha em serviços de casa; ontem, ao meio dia, após lavar roupa, sentiu tonturas e "batedeira" de repente, sem falta de ar, durando um tempo que não sabe informar, pois, tomou chá de erva cidreira, dormindo até as 5 horas.

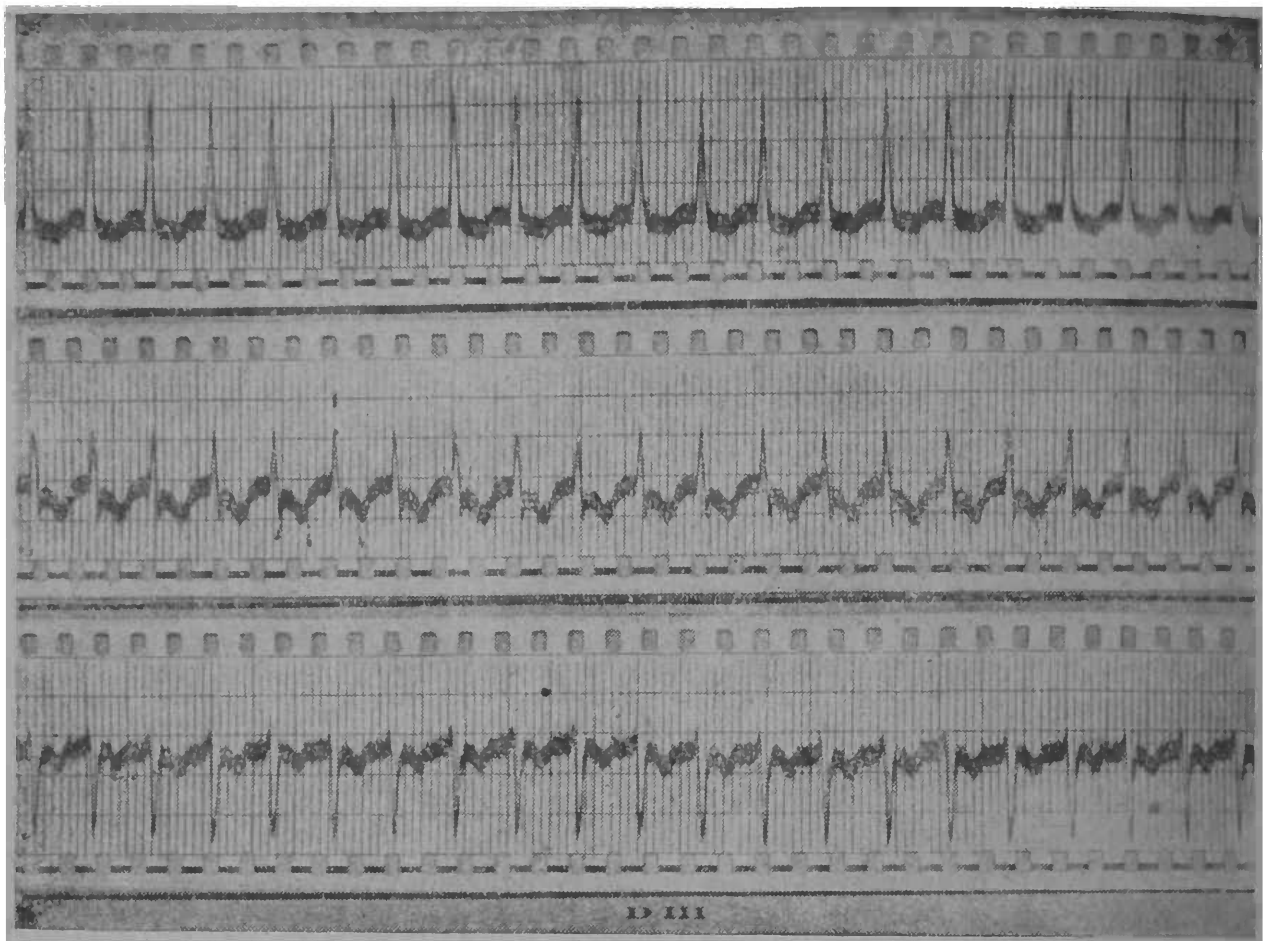


FIG. 6

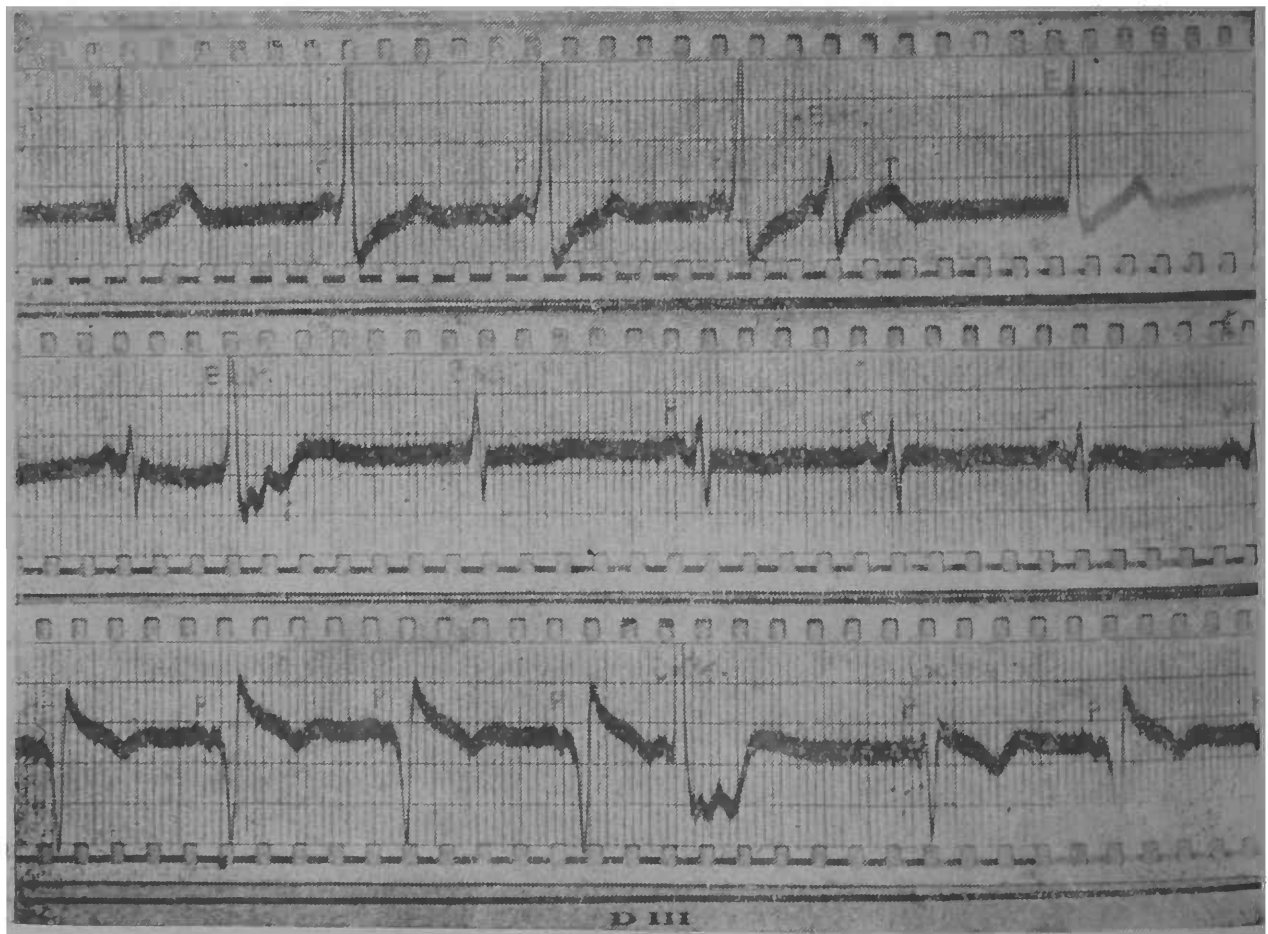


FIG. 7

Pulso regular, sem extrasistoles. Coração: ritmo mais ou menos regular, reforço acentuado da 2.^a bulha pulmonar, sopro sistólico rúde, menos intenso. 2.^a bulha aórtica também reforçada. Não há edemas.

Daremos em seguida 2 observações de glomérulo-nefrite crônica. A 1.^a é a seguinte:

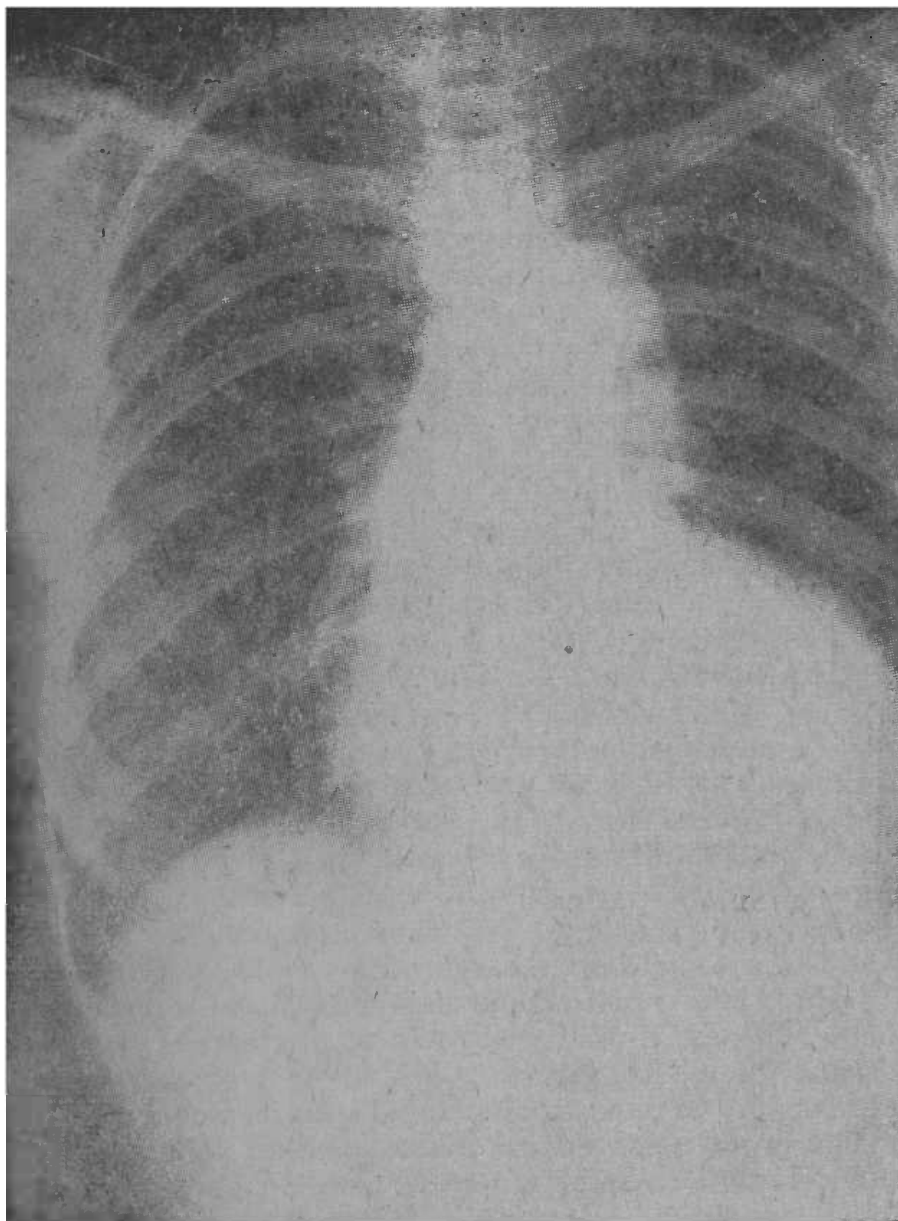


FIG. 8

Obs. 8 — P. I., 43 anos, casada, doméstica, portuguesa.

Q. e D. Falta de ar e inchaço.

H.P.M.A. Há 21 anos, no 6.^o mês de sua primeira gravidez, ficou inchada; a princípio pés e pernas, depois foi aumentando o rosto também. Mesmo inchada não abandonou o trabalho, pois não sentia cansaço. Seu serviço era mais ou menos pesado pois sempre trabalhou no campo, mesmo com enxada.

Foi dessa maneira que decorreram suas 5 primeiras gestações inchando sempre a partir do 6.º mês, não apresentando falta de ar aos esforços, e regredindo o inchaço cerca de 2 dias após os partos, que sempre decorreram, sem anormalidades. Em todos esses anos sempre dormiu bem, com travesseiro baixo, e nunca notou alteração na côr ou volume urinário.

Há 8 anos teve seu 6.º filho, após gestação com inchaço a partir do 6.º mês como nas gravidezes anteriores. Apenas no dia do parto sentiu falta de ar que obrigou a doente a sentar-se no leito; esta não se repetiu e o inchaço regrediu dois dias depois. Levantou-se, fazendo serviços leves, passando mais ou menos bem durante 2 meses.

Após esses 2 meses, 1-2 vezes por semana, 1-2 horas após as refeições, principalmente o jantar, era acometida de falta de ar mais ou menos intensa, obrigando muitas vezes a doente a passar a noite sentada na cama. Por esse motivo procurou médico; foram-lhe receitadas injeções na veia; tomou-as durante 1 ano mais ou menos, melhorando bastante. Durante 5 anos mais ou menos passou bem, trabalhando com enxada, dormindo bem, não sentindo falta de ar nem edemas, não tomando remédios.

Há 3 anos voltou-lhe a mesma falta de ar após as refeições. 1-2 vezes por semana, impossibilitando-a muitas vezes de dormir, passando a noite sentada. Si conseguia dormir só o fazia por algumas horas — nessas noites — pois logo acordava aflita, com a falta de ar.

Há 2 anos ficou grávida pela 8.ª vez. Inchou também no 6.º mês. No início do 8.º mês foi acometida de forte cefaléia; como esta fosse muito intensa procurou médico, tendo este lhe aplicado uma injeção que a fez dormir 24 horas. Cessou a dôr de cabeça. Daí a dias abortou. Desinchou, voltou ao trabalho, pois de dia nunca se sentia mal e continuou com a falta de ar à noite. Acentue-se que só à noite é que passava mal, relacionando a doente aos alimentos pesados (feijão, arroz) Não tinha tosse, nem escarro e não notava alteração na urina.

Há 8 meses notou que lhe começaram a inchar primeiramente os pés, depois as pernas e as coxas e, por fim, mãos, braços e também o rosto. Deixou de trabalhar, apenas pelos edemas que a impossibilitavam de fazer movimentos. Não tinha dispnéia nessa época. Nessa ocasião veio a sentir dor súbita e intensa no seio. E que se irradiou para o umbigo; durou 2 dias, sendo de intensidade bastante grande. Foram-lhe receitadas umas pilulas e, a conselho do médico internou-se nesta enfermaria.

Passou um mês mais ou menos bem, fazendo repouso. Após esse tempo começou a inchar novamente, e a falta de ar aparecia à noite e também durante o dia, mesmo em repouso

Voltou a internar-se em 28-8-42:

Exame físico:

Pulso: 100 P.A. 22 x 16. Galope; estertores. Fígado a um dedo. Edema discreto nos membros inferiores. Tosse e escarro muco-purulento. Urina: cilindrúria. Foi digitalizada: Digitalis fortis 38 comprimidos em 10 dias. Edema palpebral. Depo

regrediram os edemas. Ficou internada um mês. Saiu sentindo-se bem.

Nestes dois últimos meses tem feito bastante repouso. Sente "peso no estômago" logo após as refeições.

Procurou este Serviço, pois de 3 dias para cá seus pés e pernas estão inchando, bem como as pálpebras, e mesmo o rosto; falta de ar mesmo em repouso, tendo passado duas noites sem dormir. Não tem tossé, nem escarro, não tem cefaléia.

Interrogatório dos vários Aparelhos:

Cabeça: não tem cefaléias frequentes. **Olhos:** vista esfumada há 2 anos e desde esse tempo uma sombra escura atravessa a vista E longitudinalmente, isso desde a intensa dôr de cabeça, há 2 anos. **Nariz:** nada de particular.

Ouvidos: |—| **Gargantas:** |—|

Aparelho cárdio-vascular: Palpitações há 8 anos quasi diárias, junto com a falta de ar principalmente; é intensa e cessa quando desaparece a falta de ar. Usa travesseiro baixo, pois quando sente falta de ar só experimenta alívio sentando-se no leito e abanando-se. Nega dores precordiais.

Ap. Respiratório: nega resfriados frequentes; na época do frio sente um chiado no peito, e uma sensação de opressão.

Ap. gênita-urinário: nada de particular.

Sistema neuro-muscular: nega tonturas e vertigens.

Há um ano e meio ou menos, após o jantar, vestindo uma das crianças, sentiu que a mão D começou a tremer e sentiu o braço, encolher. Perdeu os sentidos. Acordou no dia seguinte, sentindo-se cansada, porem podendo falar e fazer qualquer movimento.

Doente calma; orienta-se mal em relação ao tempo.

Antecedentes pessoais e hábitos:

Nasceu a termo; nega as doenças da infância. Gripe espanhola com 19 anos. Casou-se com 21. Teve 8 filhos. O último nasceu morto com 8 meses. Nega reumatismo, coréia, es-carlatina. Não fuma, nem bebe toma pouco café e chá.

Antecedentes familiares e hereditários:

Nada de particular.

Exame físico:

Geral: Branca, mediolínea, facies abatida. Pêlé de turgor diminuído. Musculatura e panículo adiposo pouco desenvolvidos. Mucosas pouco coradas. Edema nos p-s e 1/3 inferior da perna, discretos. Não há cianose, nem icterícia. Pulso: 116. P.A. Mx; 17 x Mn: 12. F. resp. 24. Temp. 36°,5. Peso: 36,800 Kg.

Especial: Cabeça: mucosas descoradas. Numerosas raízes infectadas em ambas as arcadas, prejudicando a mastigação. Amígdalas não estão aumentadas, nem hiperemiadas.

Pescoço: discreta estase jugular (até 2 dedos acima da clavícula). Aorta palpável na fúrcula. Tireoide não aumentada.

Torax: **Aparelho respiratório:** Estertores crepitantes em ambas as bases, até o ângulo inferior da omoplata. Mais numerosos à E.

Ap. cárdio-vascular: Ictus no 5.º intercosto, 1 dedo para fóra da linha hemi-clavicular, tomando a extensão da polpa de 2 dedos, impulsivo, rítmico. Não há frêmito. Bulhas bem audí-

veis. Sopro sistólico suave, audível em todos os focos, mais no mitral.

Artérias bem depressíveis. Pulso fino, com 116 batimentos por minuto, rítmicos. P.A. Mx: 17 x Mn: 12.

Abdomen: Plano sem resistências aumentadas. Não se notam pontos dolorosos. Fígado: a 4 dedos do rebordo cistal, duro, pouco doloroso. Limite superior no 5.º intercosto. Baço: palpável a 1 dedo do rebordo, duro, rombo, não doloroso. Segmentos cólicos não dolorosos.

S. Nervoso: Nada de particular.

Exame de urina: (11-XII-42): Traços leves de albumina. No sedimento: raras células e leucócitos. Raras hemácias. Vários exames deram resultados idênticos. Em alguns exames foram encontrados cilindros hialinos e granulados.

A dosagem da albumina foi feita no albuminômetro de Esbach, várias vezes, dando entre 1 e 3 gr. por mil.

Provas de concentração: Foram realizadas 3 vezes, em uma delas prolongada por 96 horas. A densidade oscilou entre 1010 e 1012. Paciente com insoesténúria (observação durante o período de internação). Não houve alteração apreciável de peso, com as provas.

Dosagens da uréia no soro sanguíneo:

51-XII-42: 1gr,5 0/00

26-XII-42: 1gr,45 0/00

8- I-43: 1gr,20 0/00

14- I-43: 0gr,80 0/00

24- II-43: 1gr,42 0/00

Reação xentopróteica: (42-XII-42): 55% (col. antiga de Autenrith).

Prova da pressão ao frio: 22-I-42.

P.A.inicial: 17 x 12 Pulso: 96.

30" = 18,2 x 12,2

60" = 18,2 x 13

90" = 18 x 12,8

1' = 17 x 12

2' = 15,5 x 12

4' = 15,5 x 12

Exame dos fundos oculares: AO. Atrofia incompleta da papila (atrofia simples) por esclerose dos vasos (artérias embainhadas e em alguns pontos completamente esclerosadas) da retina.

Exame oto-rino-laringológico: Nada de particular.

Radiografia do coração: Não há aumento apreciável das dimensões do coração e da aorta.

E.C.G.: Desnivelamento de ST nas 3 derivações. T1 difásico e T3 invertido. Não há desvio de eixo (12-XII-42).

Vê-se que se trata de uma paciente hipertensa, de 43 anos de idade, com descompensação cardíaca e renal. A história da moléstia revela um fato importante: Há 8 anos refere a paciente ter sentido falta de ar, a partir do dia do seu 6.º parto (a gestação decorrerá como as anteriores) e durante vários meses, tendo frequentemente ortopnéia. Com tratamento melhorou e passou 5

anos bem, em suas atividades habituais, sem tomar medicamentos. Este fato sugere-nos que o surto agudo de sua glomérulo-nefrite difusa tenha sido há 8 anos, entrando a moléstia em remissão por 5 anos. É sabido que a glomérulo-nefrite difusa quando não se cura na fase aguda, pode ter um dos decursos seguintes:

a) Sub-agudo: levando a paciente à morte rapidamente, em alguns meses; é a glomérulo-nefrite tumultuosa de Löhlein, caracterizada anátomo-patologicamente pela “capsulite” em que a cápsula de Bowmann adquire a forma de semi-lua;

b) sub-crônico: levando à morte dentro de 3 a 5 anos por uremia, assumindo a moléstia muitas vezes quadro nefrótico predominante (glomérulo-nefrite lipoidofílica de Munk);

c) crônico: em que decrescem as alterações da glomérulo-nefrite aguda, caindo a pressão arterial para cifras normais ou quasi, mantendo-se leve albuminúria, cilindrúria e microhematúria (alterações que podem desaparecer intermitentemente). São casos de curas aparentes, “com defeito” Após tempos variáveis pode haver novos surtos, ou então, dar-se a volta progressiva de todas as alterações mencionadas, falecendo o paciente em uremia vera, por nefrosclerose secundária, se acidente vascular cerebral ou cardíaco não sobrevem antes. Em nossa paciente fica bem patente esta remissão de sintomas por 5 anos. Faleceu em uremia vera e em insuficiência cardíaca. A necrópsia confirmou o diagnóstico de glomérulo-nefrite crônica e rim contraído secundário.

O nosso segundo caso deste grupo ilustra bem a dificuldade que se tem muitas vezes, por um lado, para descobrir o surto agudo de glomérulo-nefrite, e por outro, para se diferenciar a glomérulo-nefrite da hipertonia maligna.

Obs. 9 — S. 19 anos, copeira, solteira, bras. 9-VI-42.

Q. e D.: Urina vermelha, edema no rosto, cefaléias febre desde meados de Abril deste ano.

H.P.M.A.: Em meados de Abril subitamente, teve dôr na região lombar E, irradiada até a fossa iliaca E, sem caráter definido. Ao mesmo tempo forte cefaléia; não podia urinar; falta de ar a pequenos esforços, náuseas; acamou-se; 39°C. O médico disse tratar-se de “envenenamento do sangue”. Receitou urotropina. O exame de urina revelou “grande quantidade de albumina”. Urina escassa e vermelha (côr da moringa). No dia seguinte notou os olhos inchados e já se levantou. Alguns dias após, voltou ao trabalho, fazendo-o com disposição.

Durante todo o mês de Maio trabalhou, não se cansando mas sempre com os olhos inchados e diariamente cefaléia na nuca, mas cedendo com aspirina por horas apenas. Não notou inchaço em outros pontos. Urina clara e bastante (mais de 1 litro).

Na noite de 1. de Junho: cefaléia mais intensa; forte falta de ar, ficando sentada no leito toda a noite. Tosse e espuma rósea na boca. Vontade frequente de urinar, só eliminando alguns pingos de urina vermelha. Corpo quente. O médico diagnosticou, nefrite aguda" e receitou injeções, bucovacina contra piúria e sulfamida. Acalmou-se por uma semana; a urina clareou e aumentou. Mas, persistindo a falta de ar, cefaléia e o inchaço nos olhos, a conselho médico procurou o hospital.

Interrogatório:

Olhos: Vista turva desde que adoeceu. Tonturas.

Garganta: Frequentes resfriados, sentindo dôr de garganta, ao engulir os alimentos. O último em Abril.

Ap. circulatório: já referido. Palpitações frequentes.

Ap. respiratório:

Ap. digestivo: Tem vomitado quasi diariamente, logo após ingerir os alimentos. Anorexia desde então.

Antecedentes:

Nega ter sentido sofrimentos iguais aos atuais em qualquer época da vida. Resfriados frequentes e dôr de garganta. Eumenorréica. Há 2 anos teve o joelho inchado, quente e doloroso. O médico disse tratar-se de reumatismo.

Exame físico:

Exame geral: sexo feminino, mulata, 19 anos, normolínea. Edemas apenas nas pálpebras, discretos. Mucosas descoradas. Extremidades frias. P.A.; 20,5 x 15. Pulso: 128. Resp. 26. Peso: 49 K Alt. im. 51.

Exame especial:

Cabeça: Amígdalas hiperêmicas e bem aumentadas. Várias falhas dentárias e raízes infectadas.

Tireoide: não aumentada. Não há tremores das extremidades.

Torax: Ap. respiratório: Apenas estertores crepitantes em ambas as bases até o ângulo inferior da omoplata.

Aparelho circulatório: Sem retrações nem abaulamentos no precórdio. Ictus no 5.º intercosto, 1 dedo para fora da linha hemi-clavicular, localizado, intenso, regular em tempo e amplitude. Ausência de frêmitos. Sopro sistólico intenso em todos os fôcos, mais no foco mitral. Bem audíveis as bulhas em todos os fôcos. Reforço da 2.ª pulmonar. Artérias: pulso amplo, tenso, regular. Não há estase venosa. Aorta não palpável na fúrcula.

Abdomen: Nada digno de nota. Fígado: percutível no 5.º intercosto, na linha hemiclavicular, bordo inferior não palpado. Baço: não percutível, nem palpável.

Exames complementares

Dosagens de uréia:

10- VI-42: 1gr,05 por mil

24- VI-42: 1gr,25 por mil

23- VII-42: 0gr,95 por mil

27-VIII-42: 1gr,37 por mil

16- X-42: 3gr,30 por mil

27- X-42: 4gr,16 por mil

Preparação ureica sanguínea: 14% de função renal.

Reação xantoproteica (col. antigo de Autenrith).

8-VIII-42: 48% (normal de 75 a 85).

29- VI-42: 80 (normal de 75 a 85).

Sedimento urinário: Sempre hemácias em número de 5 a 6 por campo. Alguns cilindros hialinos ou hialino-granulosos. Alguns leucocitos.

Albuminúria (Esbach) — Em geral 2 a 2,5 gr. por mil (2 a 3 vezes por semana).

Provas de concentração:

Durante o 1.º regime de fome e sede (4 dias);

Volume urinário de 500 a 600 com dens. 1013 a 1017. 20 dias depois nova sessão de fome e sede (após amigdalectomia).

Durante o segundo regime de fome e sede (5 dias);

Volume urinário 400 a 600 cc. com D = 1010 — 1014 — 1014 — 1013.

Interrompido o regime com golpe d'água:

Peso antes: 46,200 — Vol. de líquido: 1.000 cc.

| | | | | | | | |
|------|---|-------|-----|----|-----|---|------|
| I | — | 9,00 | hs. | 35 | cc. | — | 1013 |
| II | — | 9,30 | hs. | 25 | cc. | — | 1015 |
| III | — | 10,00 | hs. | 65 | cc. | — | 1006 |
| IV | — | 10,30 | hs. | 31 | cc. | — | 1008 |
| V | — | 11,30 | hs. | 35 | cc. | — | 1006 |
| VI | — | 11,30 | hs. | 25 | cc. | — | 1006 |
| VII | — | 12,00 | hs. | 42 | cc. | — | 1006 |
| VIII | — | 12,30 | hs. | 25 | cc. | — | 1006 |

Total eliminado: 287 cc.

Peso depois: 46,900 Kg.

Hemosedimentação:

10-VI-42 — 1.ª hora 80 mms. Temp. 37 a 37º,2.

22-VI-42 — Amigdalectomia.

1-VII-42 — Nova hemosedimentação: 1.ª hora 80 mm. Em:

30- VII: 145 mm.

8-VIII: 140 mm.

13-VIII: 160 mm.

26-VIII: 150 mm.

Contagem global: (10-VII-42)

| | |
|--------------------------|-----------|
| Glóbulos vermelhos | 2.720.000 |
| Glóbulos brancos | 8.000 |
| Hb. | 56% |
| V.G. | 1 |
| Neutrófilos: 70% | |
| segmentos | 68% |
| Bastonetes | 2% |
| Eosinófilos | 6% |
| Basófilos | 0% |
| Linfocitos | 20% |
| Monocitos | 4% |

Fundos oculares: Edema da papila. Descolamento parcial da retina. Vasos sinuosos.

Exame radioscópico do coração: Aumento grande da área cardíaca, sem sinais de derrame pericárdico. Desaparecimento do espaço retro-cardíaco. Sinais de estase pulmonar.

Evolução na enfermaria:

Ficou até 10 de Setembro: P.A. sempre alta: mais ou me-

nos 20 a 25 e 11 a 5. Regime de fome e sede imediato de 4 dias, bem tolerado. Perdeu 2 Kg. Densidade de 1016 a 1017 com volume de 500 cc. a 600 cc. A pressão arterial de 20,5 e 15 veio só a 17 e 12,5. Sedimento inalterado. Alguns estertores de base. Ouabaina. Luminal. Aplicações quentes nas regiões lombares. Hemossedimentação alta. 37 a 37^o2. Amigdalectomia em 22 VI. Hemorragia de 200 cc. Não melhorou, porém. Temp. e hemossedimentação altas sempre. Segundo regime de fome e sede. Golpe d'água. Volume urinário sempre de 600 a 900 cc. com densidade em torno de 1012 a 1014. Tonturas frequentes: Chegou a ter pressão de 23,5 e 14,5.

Deante da história de uma paciente de 19 anos de idade referindo-nos há 2 meses edema no rosto, urina escassa e vermelha, cefaléia intensa, ortopnéia, e pressão arterial atual de 20,5 x 15, formulamos o diagnóstico de glomérulo-nefrite difusa aguda. A paciente faleceu 3 meses após e a necropsia revelou, entretanto, tratar-se de glomérulo-nefrite crônica (rim contraído secundário). O surto agudo inicial passou despercebido.

Deante, entretanto, da pressão muito elevada chegando a sistólica a 23,5 e a diastólica a 15, das graves alterações dos fundos oculares, pensamos também em hipertonia maligna. O exame histopatológico revelou arteríolo-necrose.

Vejamos a seguinte observação:

A. M., 30 anos, parda, solteira, doméstica. Entrada na 2.^a M.M. a 4-IV-42. Falecida: 30-V-42.

H.P.M.A.: Uma pessoa da família conta que a paciente, há 2 anos, esteve doente: cansava-se facilmente, sentia-se fraca e "esgordou". A urina ficou vermelha. Um médico disse-lhe que não estava gorda, mas inchada. Tinha falta de ar, quer durante o dia, em trabalho, quer à noite, chegando mesmo a levantar-se e a abrir a janela para respirar melhor. Após 4 ou 5 meses, melhorou de todos os padecimentos, julgando-se curada. Há 4 meses, um médico afirmou-lhe ter albumina na urina, dando-lhe apenas regime sem sal, com o que melhorou.

Há 3 meses sofreu histerectomia sub-total, no Serviço de Ginecologia da Santa Casa, tendo sido feito diagnóstico de mioma uterino, além de hérnia umbelical e hipertensão essencial. Saiu desse Serviço há 1 mês. Há 15 dias voltou para o trabalho. Após 2 ou 3 dias teve "uma espécie de gripe que foi seguida de um acesso, pondo sangue pela boca (espuma côr de sangue)". Neste dia foi feita sangria. Os pés logo incharam, depois as coxas e a barriga. Neste estado entrou nesta enfermaria.

Estas referências foram dadas por pessoa da família, em razão da paciente se achar em estado de semi-inconsciência.

Antecedentes pessoais:

Sarampo. Há muitos anos sofre de asma, tendo tido numerosos acessos.

Exame físico geral:

Paciente em ortopnéia, com edema dos membros inferiores, principalmente das pernas; edema das pálpebras; jugulares túrgidas até o ângulo da mandíbula, apresentando-se apática e um tanto indiferente ao meio. Mucosas pouco coradas. Extremidades frias. Marcha difícil, só apoiada. Pulso 90. F. Resp. 50.

P.A. Mx:25 x Mn: 12. Peso: 61,300 Kg.

Exame físico especial:

Raízes dentárias infectadas. Amígdalas não aumentadas nem hiperêmicas.

Pescoço Estase jugular referida. Aorta não palpável na fúrcula. Tireoide não aumentada.

Tórax: Ap. respiratório: Raros estertores crepitantes em ambas as bases, mais numerosas à E. Alguns sibilos em ambos os campos pulmonares.

Aparelho circulatório: Não há deformidades no precórdio. Ictus no 6.^o intercosto, 1 dedo medialmente á linha axilar anterior, amplo, com extensão da polpa de 2 dedos, regular, acompanhado de frêmito sistólico. Sopro sistólico rude em todos os focos. Reforço da 2.^a bulha pulmonar. Desdobramento da 2.^a aórtica.

Pulso: 90 por minuto, cheio, regular. Artérias depressíveis. P.A. Mx: 25 — Mn: 12.

Abdomen: Abaulado. Ascite (macicês movel). Fígado: limite superior no 5.^o intercosto. Palpável a 6 dedos, duro, doloroso. Baço não palpável. Exame prejudicado.

Exames subsidiários:

Exames de urina: Nos diversos exames de urina realizados foi encontrado o seguinte: traços evidentes de albumina; grande número de leucocitos conservados ou degenerados (10-15 por campo). Muitos cilindros granulosos e hialinos. Algumas hemácias.

A densidade nunca foi além de 1014. Quasi sempre 1010-1011.

Dosagens da uréia no sangue:

10-IV-42: 3 gr. por mil.

10-V-42: 2,05 gr. por mil.

29-V-42: 2,29 gr. por mil.

Reação xantoproteica (colorimento antigo de Autenrith)

entre 40 e 45% (18-IV-42).

entre 70 e 75% (11-V-42).

Exame hematológico: (17-IV-42).

Glóbulos vermelhos 3.200.000 por m³

Glóbulos brancos 16.000

Bb 51%

V.G. 0,7

Neutrófilos:

bastonetes 4,8%

segmentados 65,6%

Eosinófilos 0,8%

Basófilos 0,0%

Linfócitos:

típicos 14,4%

leucocitoides 2,4%
 Monocitos 12,0%
 Eritroblastos: 20 em 200 células brancas contadas. Hipocromia. Macrocitose evidente. Hemácias policromatófilas. Plaquetas gigantes. Aniso e poiquilocitose. Corpos de Jolly. Maturação imperfeita da série vermelha.

Bilerrubínia (Método de Jendrassik e Cziike): 0,89 mgr%.
 Van den Bergh: direta: ausente. Indireta: imediata, com desenvolvimento de intensa coloração violeta.

Depuração ureica sanguínea: 5% (25-IV-42).
 12% (1-IV-42).

Prova de pressão ao frio (cold pressure test)

| | | |
|---------------|-------------|-----|
| P.A. inicial: | 11,5 x 12 | 80 |
| 30'' | 18,5 x 12,5 | 93 |
| 60'' | 18,5 x 12,5 | |
| 1' | 18,5 x 12,5 | |
| 2' | 19,0 x 12,8 | |
| 4' | 18,2 x 12,5 | 96. |

Estado subjetivo bom

Exame hematológico: (8-V-42).

| | |
|--------------------|-----------|
| Glóbulos vermelhos | 3.640.000 |
| Glóbulos brancos | 10.560 |
| Hb. | 73% |
| V.G. | 1 |
| Neutrófilos: | |
| bastonete | 2,5 |
| segmentados | 76,5 |
| Eosinófilos | 0 |
| Basófilos | 0 |
| Linfocitos: | |
| típicos | 12% |
| leucocitoides | 2,5% |
| Monocitos | 6,5% |

Macrocitose intensa. Anisocitose. Poiquilocitose discreta. Numerosas hemácias policromatófilas. Um pleiocariocito.

Exame oftalmoscópico: (8-V-42): Esclerose dos vasos da retina em AO, com atrofia incompleta da papila e modificações da pigmentação da retina.

Radiografia do coração: Grande aumento da área cardíaca, com predominância das cavidades esquerdas. Aumento da aorta na crossa. Já há modificações qualitativas — ateroma.

Evolução:

A paciente não teve febre. Impossível compensação do coração.

Volume urinário médio de 300 cc. com densidade em torno de 1010 a 1011, próximo de 1014. A pressão arterial sempre foi bem elevada, acima de 20 para a sistólica (em geral entre 21 e 23) e entre 12 e 14 a diastólica.

Falecida a 30-V-42.

Necrópsia:

Rim: Os cortes de rim revelam em um exame de conjunto uma variação muito pronunciada no tamanho dos glomérulos, sendo uns de dimensões normais e outros aumentados de maneira bem evidente. Detalhando com aumentos maiores, notam-se

glomérulos muito pequenos, outros com hialinização e soldadura parcial de alças, chegando por fim aos totalmente hialinizados, transformados em pequenas esferas hialinas com soldadura à capsula de Bowmann, que é nestes bem espessa. Os túbulos em áreas onde este processo é mais intenso, sofrem uma atrofia por desuso bastante pronunciada, com aumento do conectivo intersticial em torno. Em áreas menos atingidas, os túbulos são de aspecto praticamente normal.

Os vasos de médio e pequeno calibre são bastante evidentes ao exame, demonstrando processo de endarterite obliterante e os vasos aferentes glomerulares mostram um processo de hialinização da íntima bastante pronunciado, reduzindo a luz a dimensões mínimas.

Diagnóstico: Arteríoloesclerose.

Coração: Apresenta áreas focais de fibrose, de tamanhos variáveis, com muitos vasos de neoformação, histiocitos carregados de hemosiderina, linfócitos, etc. As fibras cardíacas são bastante hipertrofiadas e os núcleos são por vezes de dimensões gigantescas.

Diags.: Fibrose em focos do miocárdio.

A observação clínica sugeriu-nos o diagnóstico de glomerulonefrite crônica. As provas de laboratório vieram em favor deste diagnóstico: grave insuficiência renal, lesão dos fundos oculares, hiporeatividade à prova de pressão ao frio, hematúria, cilindrúria, albuminúria.

O exame histológico dos rins, entretanto, infirmou nosso diagnóstico. As lesões anatomopatológicas renais eram essencialmente de ordem vascular, de arteríoloesclerose. Tratava-se de um caso de hipertonia maligna.

Obs. 11 — I.L., 48 anos, casada, doméstica, brasileira.

Q. e D.: Falta de ar e inchaço nas pernas há 6 meses mais ou menos.

H.P.M.A.: Há 6 anos mais ou menos teve dôr no joelho D e em ambos os pés; teve inchaço, calor e ficou de cama por 15 dias, não podendo sair de casa por vários meses.

Há 6 meses apenas, novamente teve dôr no joelho D e nas juntas dos pés; o joelho inchou muito. Ficou de cama ou andando pouco por 1 mês mais ou menos. Tomou vários remédios e desde então diz que as pernas até os joelhos não mais desincharam. Estavam mais volumosas à tarde que de manhã. Desde então tem tido dores esparsas pelas pernas e pés. Há 1 mês e alguns dias começou a ter falta de ar a esforços que antes realizava bem, aumentando progressivamente. Tem sido acordada à noite com falta de ar, opressão retro-esternal e necessitando levantar-se do leito. Nunca poz espuma pela boca. Muitas vezes não consegue dormir, com falta de ar e chiadeira no peito. Fica sentada na cama ou com vários travesseiros.

Há 3 dias que esta falta de ar aumentou, ficando a noite toda sentada, com sensação de constrição torácica e chiadeira no peito.

Já esteve internada 3 vezes nesta Santa Casa: a 1.^a há 8 anos, foi operada de um quisto do ovário. A 2.^a vez há 3½ anos em virtude de cólicas no hipocôndrio D, que duraram cerca de 1 semana, doendo todos os dias, ora mais, ora menos. Não sabe se ficou ictérica nem se teve febre. O médico disse-lhe que tinha uma doença da vesícula (1.^a C.M.).

A 3.^a vez veio tratar-se há meses de reumatismo (1.^a M.M.); estava com as pernas e o joelho D inchados e os pés.

A 4.^a vez é a atual, procurando o Hospital em razão de dôr no joelho D, nos pés e por estes e as pernas se acharem inchados. No dia da entrada qualquer movimento que a doente fizesse eram acompanhado de dispnéia a ponto de não lhe permitir falar. Tinha as pernas inchadas.

Interrogatório:

Cabeça: cefaléias raramente.

Olhos: Não enxerga bem de perto. Não refere outras perturbações da visão.

Ouvidos, Nariz e Garganta: Nada de particular.

Ap. respiratório: Tosse raramente.

Ap. Circulatório: Nega dores pré-cordiais.

Ap. urinário: Nos últimos dias a urina ficou menos vermelha. Não refere nictúria.

Ap. genital: Menstruações suspensas desde que foi operada há 8 anos (cisto do ovário).

Antecedentes pessoais e hábitos:

Sarampo, catapora. Refere dores articulares há 6 anos (v. história). Nunca teve filhos, nem abortos. 3 anos casada. Nega contágio venéreo-sifilítico. Não é tabagista nem etilista.

Exame físico geral:

Indivíduo faiodérmico, brevilíneo, panículo adiposo abundante. Decúbito no leito: prefere o D; o E provoca aflição e batedeira. Edema até os joelhos e ligeiro sacro-lombar. Mucosas pouco coradas.

Peso: 76 Kg. Pulso: 104. Resp. 40. P. A. 16 x 12. Tem.: 36°8.

Exame físico especial:

Cabeça: Seios não dolorosos.

Olhos: Halo senil. Reação à luz e acomodação: normais. Musculatura extrínseca íntegra.

Boca: **Dentes mal conservados**, não permitindo boa mastigação, muitas raízes infectadas, piorréia. Língua: papilas conservadas.

Amígdalas hiperêmicas e aumentadas.

Pescoço: Tireoide não palpável. Aorta não palpável. Estas e jugular, alcançando 2 dedos do ângulo da mandíbula em decúbito de 15°.

Torax — Ap. respiratório: Sinais de derrame pleural direito, atingindo a submacicês até 2 dedos do ângulo inferior da omoplata.

Aparelho circulatório: Ictus dificilmente localizável no 5.º intercosto, na linha hemiclavicular, fraco, circunscrito. Não há retrações nem pulsações anormais na área precordial. Galope presistólico nos focos aórticos e mitral. 2.^a bulha mais forte

no foco pulmonar. Em ambos os focos da base a 2.^a bulha é clangorosa. Raras extrassístoles.

Artérias depressíveis. Pulso pouco tenso, 104 por minuto. P.A.: Mx: 16 x mn.: 12.

Abdomen — Parede muito espessa por panículo adiposo, dificultando a palpação.

Exames complementares:

Telerradiografia do coração: Transparência normal dos campos pulmonares. Seios e cúpulas diafragmáticas livres. Coração ligeiramente aumentado de volume, com aspecto típico de preponderância ventricular esquerda. Aorta ligeiramente alongada, sem dilatação. (2-5-941).

Electrocardiograma: (15-IV-41): Desnivelamento discreto de ST em D1 e D2. QRS espessado em D3. Leve desvio de eixo para a E. (fig. 9).

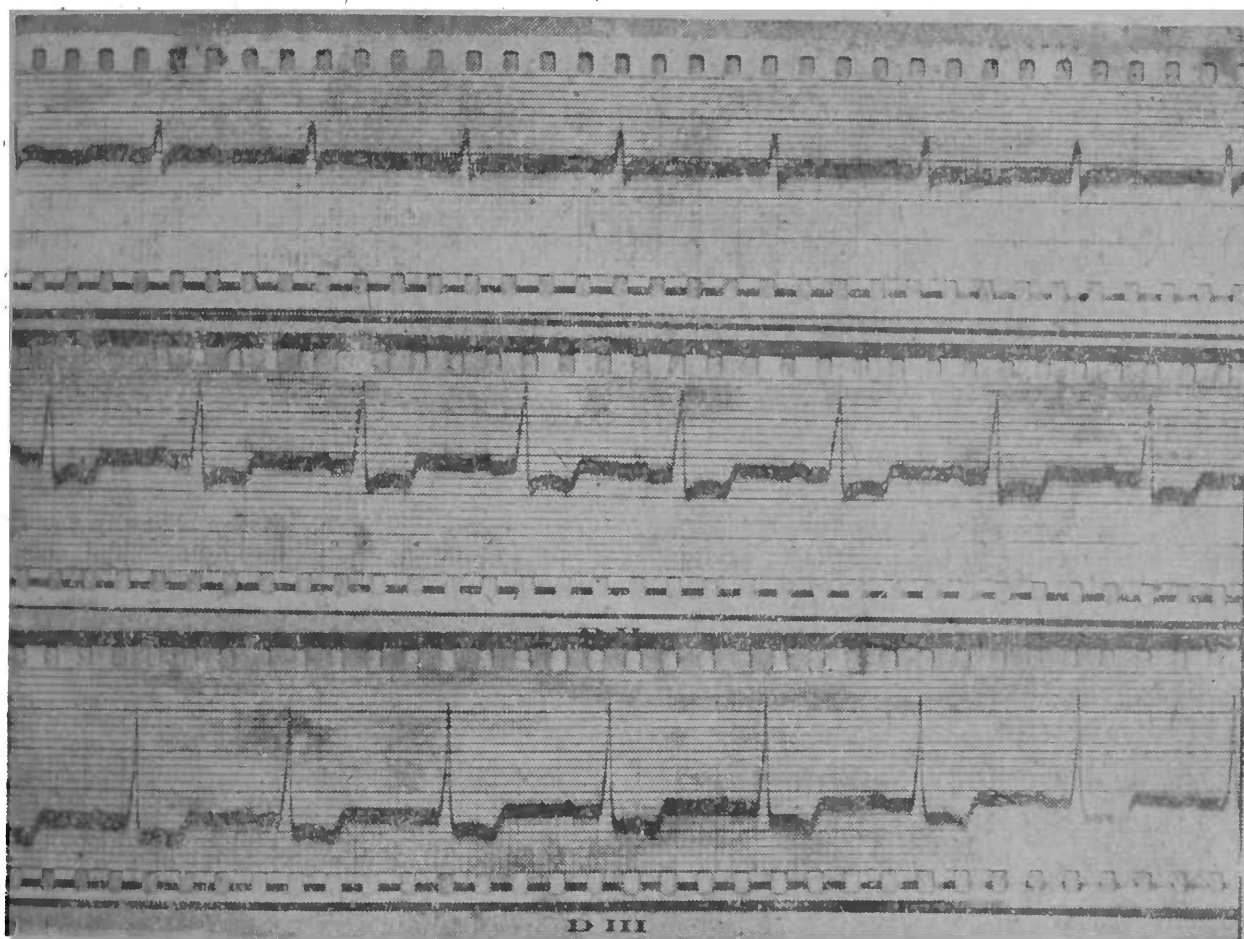


FIG. 9

Exames de urina: (17-IV-41): Albumina: traços leves. Açúcar não contem. Sedimentos: células descamadas. Alguns leucocitos íntegros. Raras hemácias. Não há cilindros.

Provas de concentração: (5-V-41): Foi atingida a densidade de 1029, nas primeiras 24 horas de prova. Peso anterior: 67-600 Kg. Peso posterior: 67,500 Kg.

Evolução:

A paciente recebeu alta no dia 6 de Maio de 1941. Estava se sentindo bem, com o peso de 67,500 Kg., sem edemas, sem.

estertores de base. Perdera 8,5 Kg. de peso com a regressão dos edemas. Enquanto na enfermaria sua pressão arterial se manteve entre 13,5 e 17 para a sistólica (em geral entre 15 e 16) e entre 9,5 e 12 para a diastólica (em geral entre 10 e 11).

Considerando nesta paciente apenas o que nos interessa no momento, seu diagnóstico foi de hipertonia benigna e insuficiência cardíaca congestiva.

3 meses após volta à Enfermaria. Precisou de trabalhar, manteve-se em dieta quasi sem sal, e tomou uma série de Digital Isa. Apresenta-se novamente descompensada, em estado idêntico ao da primeira vez.

Permaneceu na enfermaria 2 meses. Digitalização difícil, em razão da paciente tolerar mal a droga. Entrou com 75,600 Kg. de peso e saiu, livre de edemas com 63 Kg., sentindo-se bem, sempre, entretanto, com a capacidade de trabalho muito limitada.

Sua pressão arterial oscilou nestes 2 meses em nível mais baixo. Entrou com 16 e 11, e a pressão logo caiu para 14 e 10,5, oscilou em torno de 12 e 8,5 cm., saindo com a pressão de 11,5 e 8.

Em Setembro de 1942 a paciente volta à Enfermaria, novamente em descompensação. Por necessidade de trabalho não pode realizar repouso suficiente. Tratamento irregular. Permaneceu sob nossas vistas mais ou menos 40 dias, de 22 de Setembro a 1 de Novembro de 1942. Neste lapso de tempo, a pressão se manteve em nível médio ainda mais baixo do que nos períodos anteriores. Apesar de descompensada, com edemas, como nas vezes anteriores, não foi além de 12,5 para a sistólica e de 9 para a diastólica.

Tivéssemos observado esta paciente apenas neste período, estaríamos deante de um caso com aumento do coração e com preponderância ventricular esquerda, e sem hipertensão.

Como se vê, trata-se de uma paciente portadora de hipertonia benigna, em insuficiência cardíaca, sem insuficiência renal.

Consignamos nossos agradecimentos ao Dr. Godofredo Eeljalde pelo auxílio que prestou na parte anátomo-patológica deste trabalho.

B I B L I O G R A F I A

- 1) KEITH, N. M.; WAGENER H. P. e KERNOHAN J. W.: The syndrome of malignant hypertension. — Arch. Int. Méd. 41:141-188, Fev. 1928.
- 2) PAL, J.: Uber die kinetische und die tonische Gefässverengerung Med. Klin. 25:702, Maio 1929.
PAL, J.: Las enfermedades del tono cardiaco y vascular. Editorial Pubul, Barcelona, 1937.
- 3) DUMAS, A.: La maladie hypertensive. Presse Med. 1: pg. 129-131, Jan. 28, 1931.

- 4) KERNOHAN, J. W.; ANDERSON, E. W. e KEITH, N. N.: The arterioles in cases of hypertension. — Arch. Int. Med. 44:395 — 423, Sept. 1929.
- 5) BUNGELLER, W.: Aulas taquigrafadas, 1941. S. Paulo. Escola Paulista de Medicina.
- 6) WEISS, S. e PARKER H. F.: Pyelonephritis; its relation to vascular lesions and to arterial hypertension. — Medicine vol. 18: pg. 221-317, Set. 1939.
- 7) GOLDBLATT, H., LYNCH J., HANZAL R. F. e SUMMERVILLE, W. V.: Studies in experimental hypertension; the production of persistent elevation of systolic blood pressure by means of renal ischemia. J. of Exp. Med. vol. 59, 347 — 1934.
- 8) GOLDBLATT, H. e LEWIS, A. H.: Studies in experimental hypertension. XVIII. Experimental observations on the humoral mechanism of hypertension. Bull. New York Academy of Medicine, vol.: 18: 459-488, Julho 1942.
- 9) MUÑOZ, J. M.; BRAUN MENENDEZ, E.; FASCIOLO, J. C.: LELOIR, L. F. — Mechanism of renal hypertension. Am. J. Med. Sc. vol. 200, pag. 608, 1940.
- 10) HOUSSAY B. A. e BRAUN MENENDEZ, E.: Hipertension de origem renal. Resenha Clínico Científica, vol. 12: 23-28, Ja. 1943.
- 11) PAGE, I. H. e HELMER D. M.: Crystalline pressor substance (angiotonin) resulting from reaction between renin and renin activator: J. Exp. Med. 71: 29 — 1940.
- 12) GROLLMAN A., WILLIAMS J. R. e HARRISON, T. R.: Effects of renal extract on hypertension: Bull. New York Acad. of Medicine. Vol. 18: 190-200. Março 1942.
- 13) CROXATTO, H. e CROXATTO, R. — Naturaleza de los factores que intervienen en la hipertension arterial de origen renal: Rev. Medica de Chile, vol. 49: n.º 2, 793-803. Dez. 1941.
- 14) SCHROEDER H. A. e ADAMS — M. H.: Effect of tyrosinase on experimental hypertension. J. Exp. Med. 73:531 — 1941.
- 15) CHASIS, H.; GOLDRING, W. e SMITH, H.: Blood pressure reduction associated with pyrogenic reaction in hypertensive patients. J. Clin. Invest. 21: 360-376, Julho 1942.
- 16) KIMMELSTIEL, P. e WILSON, C.: Benign and malignant hypertension and nephrosclerosis: Am. J. Path. vol. 12: 45-78, 1936.
- 17) KEITH, N.; WAGENER H. e BARKER N.: Some different types of essential hypertension; Am. J. Med. Sc. 197: 332-342, Março 38. WAGENER, H. P. e KEITH, N. M.: Diffuse arteriolar disease with hypertension and the associated retinal lesions; Medicine, vol. 18, n.º pg. 317-430, Set. 1939.
- 18) GRIFFITH, Jr. J. Q.; RUTHERFORD, R. B.; ROBERTS E. LINDANET, M. A.: Studies of criteria for classification of arterial hypertension. IV Blood volume: Am. Heart Jour. vol. 21: 55-75, Jan. 1941.
- 20) HINES Jr. E. A. e BROWN, G. E.: The cold pressure test for measuring the reactivity of the blood pressure; data concerning 571 normal and hypertensive subjects: Am. Heart. J. vol. 11: 1-9, 1936.
- 21) HELIO LOURENÇO OLIVEIRA, MERRAME ADURA e MATEUS ROMEIRO NETO: A prova do frio no estudo da pressão arterial. Revista de Medicina (S. Paulo), vol. 29: 41-54, Junho 1941.

- 22) ITALO LE VOCI: Pressão arterial: sua reatividade vasomotora ante o "test do frio" ("cold pressure test"): Anais Paulistas de Med. e Cirg. vol. 42: 105-115 Agosto 1941.
- 23) HINES, Jr. E. A.: The treatment of hypertensive disease. Proc. Staff Meetings of the Mayo Clinic: vol. 17: 184-187, Março 25, 1943.
- 24) FISHBERG, A. M.: Hypertension and nephritis, Lea e Fibiger, 1939.
- 25) CHESLEY L. C. e CHESLEY E. R.: Renal blood flow in women with hypertension and renal impairment: J. Clin. Invest. vol. 19: 475-483, Maio 1940.
- 26) SMITH, W. H.: Note on the interpretation of clearance methods in the diseased kidney: J. Clin. Invest. vol. 20: 631-637, Nov. 1941.
- 27) GOLDRING, W.; CHASIS, H., RANCES, H. A. e SMITH, H. W.: Effective renal blood flow in subjects with essential hypertension: J. Clin. Invest. vol. 20: 637-655, nov. 1941.
- 28) CHASIS, H. e REDISH, J.: Effective renal blood flow in the separate kidneys of subjects with essential hypertension: J. Clin. Invest. vol. 20: 655-633, Nov. 1941.
- 29) FINDLEY T.; EDWARDS, J. C.; CLITTON, E. e WHITE, H. L.: Clearance of diodrast, phenolsulphophtalein and dipulin in hypertension and in nephritis: Arch. Int. Med. vol. 70: 935-948, Dez. 1942.
- 30) FRIEDMAN, M. SELZER A.; ROSENBLUM, H.: The renal blood flow in hypertension: J.A.M.A. vol. 117: 92-95, Julho 1941.
- 31) BROWN, G. E. e ROTH, G. M.: The anemia of chronic nephritis: Arch. Int. Med. 30: 817-834, Dez. 1922.
- 32) ASHE, B.: The hemoglobin percentage and the red blood cell count in Bright's disease, myocardial insufficiency and hypertension. Arch. Int. Med. vol. 44: 506-530.
- 33) BURCH, G. E., COHN, A. E. and NEUMANN, C.: A study of the rate of water loss from the surfaces of the finger tips and the tips of normal and senile subjects and patients with arterial hypertension. Am. Hearth, J. 23: 185-196, Fev. 1942.
- 34) PAGE, I. A. — Pressor substances from the body fluids of man in health and disease: J. Exp. Med. 61: 67-96, Jan. 1935.
- 35) RASMUSSEN, A. T.: The relation of the basophil cells of the human hypophysis to blood pressure, Endocrinology: 20: 673-678, Sep. 1936.
- 36) RAAB, W.: Adrenocortical compounds in the blood. Arch. Int. Med. vol. 68: 713-730, Out. 1941.
- 37) GOLDZIEHER, M. A. e SALMOVITZ: Endocrine aspects of hypertension: J. Clin. Endocrinology vol. 3: 37-41, Jan. 1943.
- 38) RASMUSSEN, A. e THINGSTAD, R.: Cardiovascular changes in essential hypertension, with special reference to the ECG in hypertension. Acta Med. Scand., 101: 237-255, Fasc. II-III, 1939.

ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).