

## DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME CÁRDIO-RENAL (2.<sup>a</sup> parte)

Ddo. José Fernandes Pontes

### OBSERVAÇÕES

Apenas será referido o que ha de importante para elucidação do diagnóstico.

*Caso 1:* J. A., 40 anos, viuvo, cocheiro, brasileiro, de S. Paulo.

Entrada na II M. H. a 30-III-38, em leito a cargo do Dr. José Ramos Jr. Saída a 18-V-38.

*Queixa e duração:* Pés, pernas, mãos e rosto inchados; cansaço facil. Doente desde 1930.

*H. P. M. A.:* Em Novembro de 1930 notou edema dos pés, pernas, mãos e rosto, sem relação definida com o repouso. Após alguns dias as côxas, escrôto e abdomen também incharam. Ao mesmo tempo teve falta de ar, mesmo a pequenos esforços, bem como diminuição da diurese e urina muito vermelha. Teve febre por vários dias e dôres de garganta. Não sabe se estas apareceram antes do inchaço. Esteve três meses acamado sob cuidados médicos e 5 meses após o início da moléstia voltou ao serviço de cocheiro, passando até Novembro do ano findo perfeitamente bem, em serviço bruto, sem tratamento algum.

Em Novembro de 1937 os seus males voltaram, tais como em 1930, mas agravados: edema dos pés, pernas, mão e rosto, dispnéa de esforço, urina escassa e vermelha, ortopnéa, peso no epigástrio. Desde então, só teve remissão de seus males por 20 dias com tratamento médico que fez, chegando em nossas mãos com os pés, pernas, mãos e rosto inchados; urina escassa e de côr amarelo-ouro; dispnéa de esforço intensa (mesmo andando em passo regular 50 a 100 metros em plano).

### INTERROGATÓRIO SOBRE OS APARELHOS

*Cabeça:* Nega cefaléas, tonturas e vertigens.

*Ouvidos:* Zoeira ha uma semana.

*Olhos:* Cégo do olho esquerdo em virtude de traumatismo. Com o outro enxerga pernilongos e moscas volantes de 3 meses para cá.

*Aparelho cárdio-vascular:* Palpitação de Novembro para cá, mesmo em repouso, aparecendo e cessando subitamente sem batimento mais forte, perdurando no máximo um minuto; batimentos rítmicos e taquicárdicos.

*Aparelho digestivo:* Diminuição do apetite e peso epigástrico desde que adoeceu. Prisão de ventre ha três meses.

*Sistema nervoso:* Nega sensações parestésicas e parestias. Sôno perturbado pela ortopnéa.

## ANTECEDENTES PESSOAIS E HÁBITOS

Sarampo e catapora na infância. Varíola em 1910, gripe em 1918; blenorragia em 1913 (diagnóstico médico). Em 1924, depois de 8 dias de cômico suspeito teve 7 feridas do tamanho da cabeça de palito de fósforo no penis, com adenite inguinal bilateral, aberta espontaneamente á D. Fez tratamento médico. Nega escarlatina, tendo, porém, dores de garganta frequentes, ha muitos anos.

*Habito:* Etilista inveterado, por vários anos. Fuma pouco e bebe bastante café.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Nada digno de nota.

**EXAME FÍSICO** — *Exame geral:* Indivíduo preto, sexo masculino, mediolineo, um tanto indiferente ao ambiente, face edematosa. Pêlé fortemente distendida por edema nos pés e pernas. Na região lombar e em todos os pontos em que se comprime a pêlé contra plano resistente fica a impressão digital. Cianose nos bordos da lingua. Mucosas coradas. Não ha esternalgia nem tibialgia. Posição no leito: decubito dorsal elevado. Peso: 71,700; respiração: 26; pulso: 90; temperatura: 36°,2. P. A.: Mx: 140 x Mn: 115.

## EXAME ESPECIAL

*Cabeça:* Má conservação dos dentes; raizes infectadas; gengivite tartárica; amídalas não hipertrofiadas, nem hiperemiadas.

*Pescoço:* Leves pulsações arteriais nas fossas supraclaviculares. Estáse jugular evidente. Aorta palpavel na fúrcula. Oliver e Cardarelli ausentes.

## T Ó R A X

*Aparelho respiratório: Inspeção:* Respiração costal superior. Tiragem nos últimos intercostos anteriormente. Sinal de L. Torres esboçado á D. e fenómeno de Litten ausente de ambos os lados.

*Palpação:* Frêmito tóraco-vocal pouco diminuido na base D, posterior e lateralmente.

*Percussão:* Sub-massicez na base D, posteriormente até o ângulo inferior do omoplata.

*Ausculta:* Respiração diminuida á D. Estertores crepitantes em ambas as bases, mais numerosos á D.

*Aparelho cárdio-vascular:* Ictus em escada no 6.º intercosto E, na linha axilar anterior, forte, globoso, difuso, regular em tempo e amplitude. Retração sistólica de 4 a 5 cms. nos 5.º e 6.º intercostos para dentro da linha mamilar. Aumento grande da área cárdica á percussão. Sopro sistólico rude no F. M. irradiado para o F. T. A segunda bulha é raspante e hiperfonética no F. A. e no F. M. Ruído de galope no F. M.

Pulso fraco, regular em tempo e amplitude; 90 por minuto.

P. A.: Mx: 140 x Mn: 115. Artérias palpaveis: depressiveis.

## ABDOMEN

Ascíte. Não ha circulação colateral. Edema da parede. Fígado com o limite superior no 5.º intercosto e com o bordo inferior a 3 dedos do rebordo costal, na linha hemiclavicular, doloroso, duro, rombo. Baço não é palpavel nem percutevel.

*Sistema nervoso:* Nada digno de nota.

## EXAMES SUBSIDIÁRIOS

*Exames de urina:* Vários exames realizados revelaram proteinúria acentuada; cilindrúria (cilindros hialinos e granuloso); hematúria microscópica. Raros leucócitos. Densidade em torno de 1010. A densidade máxima foi de 1014, enquanto o donete na enfermaria.

*Dosagem da uréia no sangue (método do hipobromito);*

0,50 grs.	‰	de soro	10-IV-38
0,65 grs.	"	"	18-IV-38
0,60 grs.	"	"	1- V-38
1,00 grs.	"	"	10- V-38
0,90 grs.	"	"	19- V-38

*Dosagem do índice no sangue:*

0,128 mgrs. % (normal de 0,04 a 0,107 mgrs. %)

Dr. N. Pimenta em 8-IV-38.

0,160 mgrs. % em 18-V-38 (Dr. N. Pimenta).

*Dosagem da creatinina no sangue:*

2,0 mgrs. % (normal até 2,5 mgrs. %).

"Blood-urea clearance": 30% do normal (2 vezes).

*Exame dos fundos oculares:*

OE: descolamento da retina.

OD: descoramento temporal da papila e edema da região macular.

Acuidade visual: OE: 0  
OD: 1/2

Dr. Pereira Gomes (10-IV-38)

*Pesquisas da urorrosцина no sangue:* Negativa. Dr. A. Cintra (2-V-38).

*Reação xantoproteica:* Positiva (levemente aumentada). Dr. A. Cintra (2-V-38).

*Reação de Wassermann:* Negativa. Dr. Cerrutti.

*Exame hematológico:*

G. vermelhos:	3.500.000
G. brancos:	6.455
Hemoglobina:	87%
V. G.:	0,8

*Contagem específica:* Nada digno de nota.

*Exame oto-rino-laringológico:* Amidalite crônica (lacunar caseosa).

*Eletrocardiograma:* v. fig. 1. Desvio do eixo para a E. QRS espessado. TI negativa. ST desnivelado. P. entalhado. Bloqueio A-V parcial.

*Teleradiografia do coração:* v. fig. 2. Alongamento e dilatação da aorta. Grande aumento da área cardíaca, à custa principalmente das cavidades esquerdas.

*Provas de concentração:*

Peso inicial .....	65k,600
Peso final .....	65k,500

Uréa sanguínea antes .....	0,50 ‰
Uréa sanguínea depois .....	0,60 ‰
Densidade máxima atingida em 48 horas:	1020
O paciente bebeu durante a prova	300 c.c. de líquido.

*Resultado:* má prova.

Uma segunda prova deu resultados idênticos.

## COMENTÁRIOS

Deante da história e do exame físico do doente formulamos o diagnóstico de glomérulo-nefrite crônica com insuficiência cardíaca congestiva, o que foi confirmado pelos exames subsidiários. O surto agudo da glomérulo-nefrite fôra, pelos dados da anamnese, em 1930. Como se sabe, se por motivo qualquer não se cura a glomérulo-nefrite difusa em sua fase aguda, mormente quando os meios terapêuticos não são rigorosamente instituídos ou observados, a moléstia, de funcional — agiospástica — nessa fase aguda, adquire substrato anatómico irremovível, seguindo um dos decursos: a) sub-agudo: de evolução rápida levando à morte dentro de um ano; é a glomérulo-nefrite tumultuosa de Löhlein, anátomo-patologicamente caracterizada pela “capsulite” em que a cápsula de Bowman adquire forma de semi-lua; b) sub-crônico: morrendo o doente 3 a 5 anos após o surto agudo, geralmente em uremia genuína, tendo a moléstia, muitas vezes, quadro predominantemente nefrótico — é a glomérulo-nefrite lipoidofílica de Munk; c) crônico: em que os fenómenos agudos da glomérulo-nefrite se amainam, voltando a pressão arterial à normalidade ou quasi, ficando na urina leve albuminúria e microhematúria que pode mesmo desaparecer intermitentemente; a cilindrúria pode se ausentar totalmente. A insuficiência cardíaca, se houve, desaparece completamente. Aos poucos, porém, a pressão sanguínea se eleva de novo, impondo sobrecarga ao miocárdio. A hipertensão é principalmente diastólica, atestando resistência aumentada no setor arteriolar. Gradativamente se limita a capacidade funcional dos rins e, se apoplexia cerebral ou grave insuficiência cardíaca não aniquila o paciente, ele termina seus dias em uremia vera, 10, 20 ou mais anos após.

No nosso, doente a moléstia adquiriu decurso crônico, estando atualmente em fase de insuficiência cardíaca e de insuficiência renal, dominando o quadro clínico a sintomatologia cardíaca. Notemos que a hipertensão arterial não é evidente para a sistólica, considerando-se a idade do paciente, mas a hipertensão diastólica é nítida. Assinalemos que a diurese do doente quando admitido á enfermaria, antes de qualquer medicação, era de 500 a 600 c.c. diários, com a densidade de 1014, o que tem valor em se suspeitar de lesão renal como já foi dito. Qualquer outro diagnóstico que se aventasse considerando êstes fatos, não explicaria a totalidade do quadro clínico presente e a história do doente.

## EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Foi instituída logo de início a terapêutica digitalica, dieta acloretada e hipozotada. Sangria. Diuréticos: teobromina, sôro glicosado hipertônico e salirgan. Ha a assinalar a grande tolerância do paciente pela digitalina, pois que em 45 dias que esteve internado na enfermaria tomou 775 gotas de digitalina Nativelle sem que apresentasse fenômeno tóxico algum, tendo desaparecido os fenômenos de estase circulatória (edema pretibial e sacro-lombar) somente quando se atingiram 600 gotas.

Quadro urinário: O doente estava na fase da poliúria forçada tendo o volume de urina diário oscilando entre 1.500 e 2.200 c.c., com densidade máxima nas provas de concentração de 1020 e, fóra das provas de 1014. No sedimento, várias vezes foram encontradas hemácias e cilindros hialinos e granuloses. Albuminúria discreta.

Dos exames sanguíneos ha a salientar a tendência a reter uréa, apesar do regime hipoazotado e o aumento da taxa do indicão, o que é de mau prognóstico. A reação xantoprotéica se mostrava levemente aumentada. Havia, portanto, insuficiência renal já descompensada.

No coração surgiu atrito pericárdico o que é tido por alguns patologistas como indicão de prognóstico reservado, visto como appareceria em fases adeantadas de uremia vera, quando a retenção dos "tóxicos urêmicos" já fosse grande, sendo por êstes determinado. Becher (27), entretanto, é de opinião que "os conhecimentos atuais não permitem explicar a pericardite da uremia genuina"

A pressão arterial oscilou até 155 mms. de Hg. a máxima e a mínima não veiu aquém de 110.

*Caso 2:* M.L.O., 60 anos, casada, dona de casa, portugüesa. Entrada na 2.<sup>a</sup> M.M. a 14-VII-39, em leito a cargo do Dr. O. Rossetto. Saída a 12-VIII-39.

*Queixa e duração:* Dôres de cabeça violentas ha 37 anos.

*H. P. M. A.:* Ha 37 anos, após o 3.<sup>o</sup> parto, começou a ter dôres de cabeça sem carater nem séde determinados, durante às vezes, diversos dias com intensidade variavel, havendo paroxismos que a obrigavam a gritar. Sentia tontura frequentemente e uma ou outra vez tinha epistaxes. Essas parturbações se iniciaram após o 3.<sup>o</sup> parto, não tendo ficado inchada, nem tido falta de ar, ou alterações urinárias, nem dôres precordiais, nem perturbações motoras. A gravidez decorrerá sem que notasse os sintomas assinalados, assim como as anteriores, sem precocidade do parto que se deu sem accidentes.

Passou assim cerca de 26 anos, isto é, até os 53 anos, quando teve a menopáusa (ha 7 anos). Por todo êsse tempo são mais frequentes os dias que tem dôr de cabeça, mormente nos últimos 6 ou 7 anos; tonturas frequentes; nunca teve edemas ou falta de ar, ou precordialgias, ou sensações parestésicas nas extremidades, ou câimbras.

De 7 anos para cá (época da menopáusa) tem tido muitas vezes: dormência nas extremidades, ora superiores, ora inferiores, apparecendo independentemente de qualquer manobra, inclusive marcha; ondas de calor desde o abdomen até a cabeça; perturbações da visão consistindo em turvação passageira da vista. Ha um mês sentiu dôr no globo ocular D, com sensação de arrancamento,

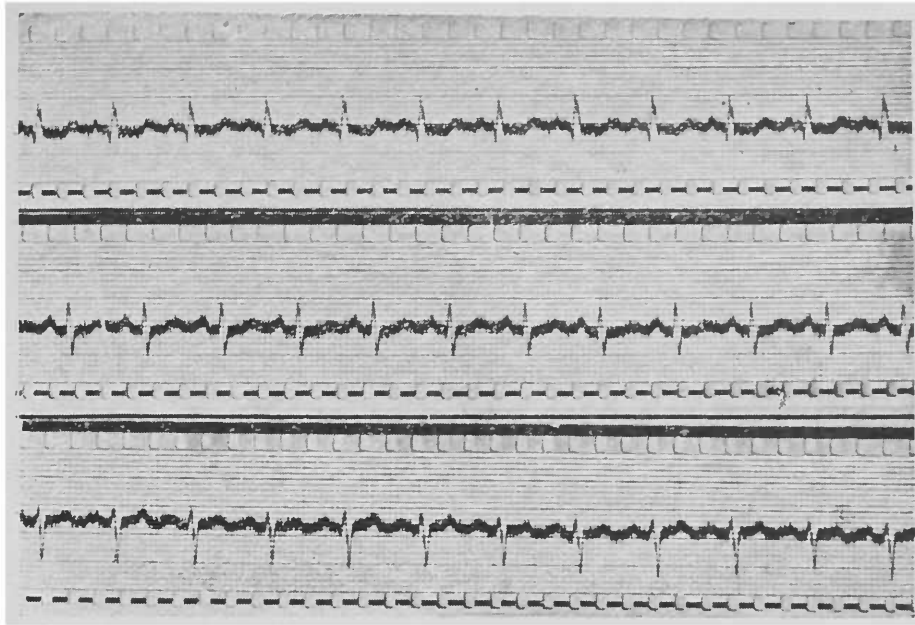


Fig. 1 — Caso n.º 1 — Eletrocardiograma

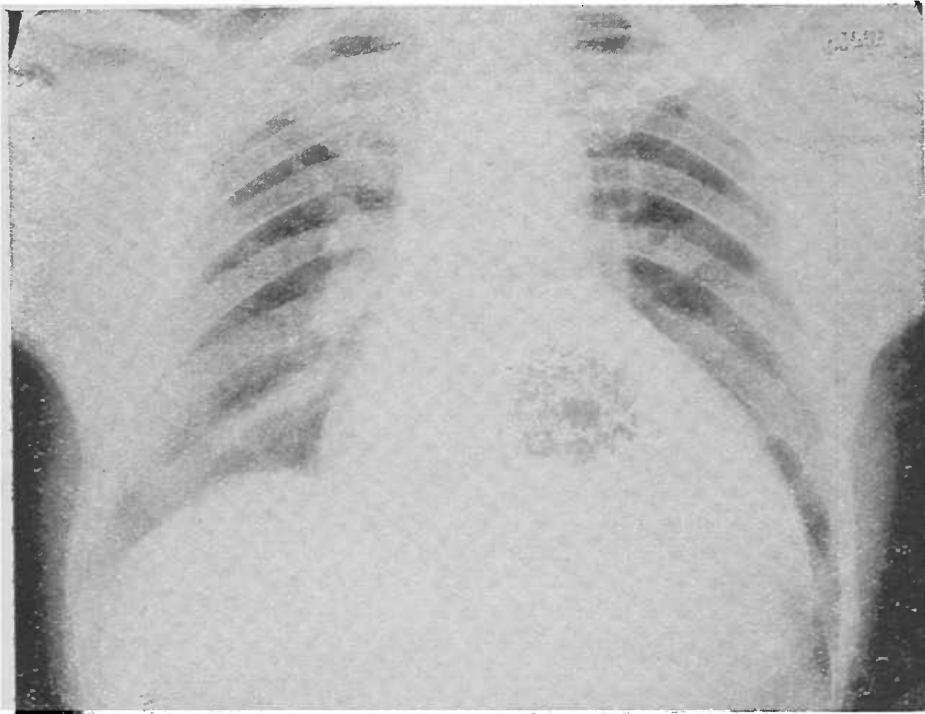


Fig. 2 — Caso n.º 1 — Teleradiografia do coração

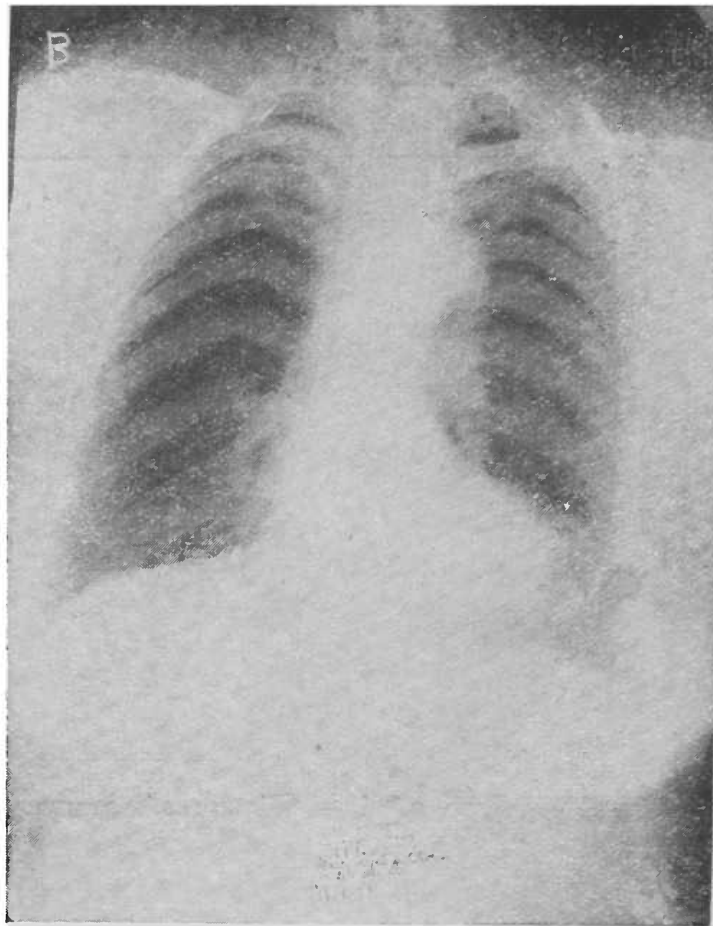


Fig. 3 — Caso n.º 2 — Radiografia do coração em O. A. D.

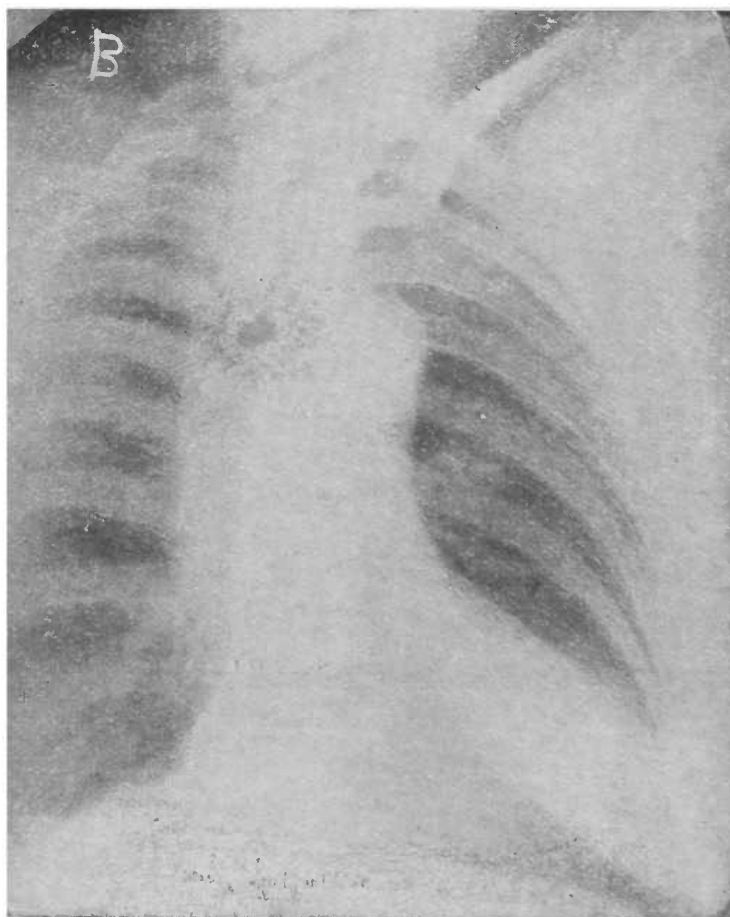


Fig. 4 — Caso n.º 2 — Radiografia do coração de frente

vendo desde então os objetos em duplicata, abrindo a rima palpebral D menos que a E. Palpitações passageiras tem tido ha um ano, aos esforços ou em repouso. Nunca teve inchaço em parte alguma do corpo; dórmee bem e convenientemente interrogada nega asma cardíaca e dôres precordiais ou equivalentes.

### INTERROGATÓRIO ESPECIAL

*Cabeça:* Já referidos na história.  
*Ouvidos:* Nega zoeiras. Ouve bem.  
*Garganta:* Nega dôres. Não ha hiperemia nem aumento das amídalas.  
*Aparelho digestivo:* Prisão de ventre ha muitos anos. A doente possui colecistite crônica calculosa.  
*Aparelho cárdio-vascular e respiratório:* Já referidos na história.  
*Aparelho urinário:* Nega nictúria. Urina mais ou menos 1 litro e 1/2 por d'a, branco ou amarelo claro, negando coloração vermelha.  
*Sistema nervoso:* Bom psiquismo. Motricidade e sensibilidade boas. Conserva mal minúcias dos sintomas de sua moléstia.  
*Antecedentes pessoais e hábitos* — Maleita ha 15 anos. Nega: reumatismo, amidalites progressas, amidalectomia, escarlatina, inchaço em qualquer idade ou falta de ar. Menarca aos 15 anos, ciclos eumenorreicos. Menopáusa aos 53 anos. 12 gestações decorridas sem acidentes sem inchaço, falta de ar, sendo que nas 9 últimas os sintomas já referidos na história não se alteraram. Não é etilista nem tabagista. Não teve abortos.  
*Antecedentes hereditários* — A única irmã que tem, sofre do mesmo mal que o seu.

### EXAME FÍSICO — EXAME GERAL

Individuo do sexo feminino, tipo morfológico brevilineo, panículo adiposo espesso e de distribuição própria do sexo. Efélides no rosto, pescoço e extremidades, tendo aparecido ha 7 anos mais ou menos. Mucosas coradas. Não ha palidez da pele. Marcha sem particularidades clínicas. Decúbito ativo. Não ha edema nem cianose. Pulso: 120. Respiração: 40. P. A.: Mx: 220 x Mn: 135. Peso: 56,900. Temperatura: 36°,6.

### EXAME ESPECIAL

*Olhos:* Pupilas isocóricas, reagindo bem à luz e à acomodação. Convergência diminuída do olho D. Leve ptose da pálpebra D.  
*Bôca:* Numerosas falhas dentárias não permitindo bôa mastigação. Algumas raízes infectadas. Piorréa alveolar. Língua sem desvios. Amídalas nada digno de nota.  
*Pescoço:* Aorta palpavel na fúrcula. Sinais de Oliver e Cardarelli ausentes. Não ha estase jugular. Batimentos arteriais leves ao longo das carótidas.

### T Ó R A X

*Aparelho respiratório:* Nada foi encontrado digno de nota.  
*Aparelho cárdio-vascular: Inspeção:* Não ha deformidades da área precordial. Ictus no 5.º intercosto, localizado, 1 dedo para fóra da linha hemiclavicular.  
*Palpação:* Confirma a inspeção quanto ao ictus, que é fraco, pouco impulsivo. Não se palpam frêmitos nem bulhas.  
*Percussão:* Não demonstra aumento da área precordial.  
*Ausculta:* Bulhas bem audiveis, com reforço da 2.<sup>a</sup>, nos fôcos mitral e aórtico. Sôpro sitólico no F. M., curto, suave, sem irradiação.  
*Pulso:* Cheio, regular em tempo e amplitude, 120 por minuto. Artérias palpaveis não endurecidas.  
 P. A.: Mx: 220 x Mn: 135.



## ABDOMEN

Não ha sinais de ascite, nem edema da parede, nem circulação colateral. *Fígado* palpavel no rebordo na linha hemiclovascular, levemente doloroso, móle, fino. *Baço*: é percutível, mas não palpavel. Segmentos intestinais nada digno de nota.

## SISTEMA NERVOSO

Nada a referir além do que foi dito no exame dos olhos.

## EXAMES SUBSIDIÁRIOS

*Exames de urina:*

Côr: amarelo-clara.  
 Aspecto: límpido.  
 Quantidade: 600 c.c.  
 Densidade: 1017  
 Albumina: Traços leves.  
 Açúcar: Não contém.  
 Sedimento: Raras células de descamação. Raríssimos cilindros hialinos.

Nota: Nunca foram encontrados outros elementos no sedimento,

*Dosagem da uréa no sangue*: 37 mgrs. por c.c. de sôro. Dr. S. Book, 21-VII-39.

*Teleradiografia do coração*: Fig. 3 e 4. Área cardíaca de volume normal. Alongamento do pedículo, medindo a aorta na altura do crôssa 31 mms., aumentada em relação à idade em que mede 26 a 27 mms. em estado normal. Acentuação do arco ventricular E. — Dr. Macello Soares, 21-VII-39.

*Reação xantoprotêica*: 60 (no limite superior da normalidade, pela técnica de Becher).

*Blood-urée clearance*: 65% do normal.

*Exame oftalmológico*: Paresia do reto interno D. Ligeira ptose da pálpebra D. Fundos oculares normais.

*Electrocardiograma*: V. Fig. 5. Onda P entalhada em D2 e D3. QRS espessado nas 3 derivações e entalhado em D1. ST desnivelado em D2 e D3. Desvio do eixo para a E.

*Prova de concentração*: Somente ao fim de 48 horas, durante as quais tomou 300 c.c. de líquido, conseguiu-se densidade 1025. Ao fim das 24 horas primeiras a densidade fôra a 1020. Diminuição de peso: 300 grs. Resultado idêntico acusou mais uma prova.

*Reação de Wassermann*: + + — Dr. H. Cerrutti (17-VII-39).

## EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Com o repouso e o tratamento pelo iodeto de potássio diminuiu a cefaléa, desaparecendo mesmo por vários dias, o mesmo se dando para as sensações parestésicas das extremidades. A pressão arterial se manteve entre 220 e 260 para a sistólica e 125 e 150 para a diastólica.

Poliúria compensadora, não indo a densidade além de 1017 Nada se encontrou no sedimento digno de nota. Volume urinário diário entre 1.500 e 2.000 c.c.

Tempo de circulação: Braço-lingua = 13 segundos (Decolin).

Braço-pulmão = 6,5 segundos (Eter).

*Caso 3:* A. P., 52 anos, casada, doméstica, italiana.

Entrada na 2.<sup>a</sup> M.M. a 24-VII-39 em leito a cargo do Dr. O. Rossetto. Saída a 27-VIII-39

*Queixa e duração:* Adormecimento nos membros superior e inferior E e impotência funcional ha 4 dias.

*H.P.M.A.:* Ha 4 dias, estando entregue a seus misteres domésticos (colhendo verdura), sentiu "formigueiro" na mão E. Ao mesmo tempo notou que se escapou a verdura que tinha nessa mão e que a perna E não "obedecia", razão por que soffreu uma queda. Não teve tontura e nem perda dos sentidos, conservando a lembrança de tudo que lhe aconteceu. Ficou com a bôca desviada para a D e sentiu dôr nos dentes do lado E. Não teve relaxamento de esfínctores, nem convulsões, nem mordeu a língua. Ficou de cama. No 2.<sup>o</sup> dia de moléstia já conseguiu andar só, com dificuldade, e apoiada aos moveis. E' o primeira vez que teve tais alterações. Ha 8 menses sente falta de ar leve a esforços que antes nada lhe acarretavam. Em dias de maior trabalho os pés se inchavam, passando com o repouso. Nega precordialgias e fenomenos que lembrem asma cardíaca. Decúbito baixo. Não notou alteração na urina nem no ritmo das micções com os males atuais. Ha muitos anos que se levanta 1 ou 2 vezes à noite para urinar. Dôres de cabeça intensas ha muitos anos. Não teve febre.

#### INTERROGATÓRIO ESPECIAL

*Cabeça:* Já referido na anamnese.

*Ouvidos:* Supuração contínua ha anos do ouvido E.

*Olhos:* Não enxerga bem de longe. Nega enxergar "moscas volantes"

*Aparelho digestivo:* Mastiga e deglute bem. Bôa digestão. Evacuações regulares.

*Aparelho respiratório:* Não tem tossido. Restante v. historia.

*Aparelho cárdio-vascular:* Raramente, mesmo em repouso, sente palpitação cardíaca; batimentos rápidos, regulares, de início e fim gradativos, sem sensação de batimento mais forte ou de falha.

#### ANTECEDENTES PESSOAIS E HÁBITOS

Nega reumatismo, amidalites, escarlatina, alterações urinárias e inchaço em qualquer parte do corpo. Operada de apendicite ha anos. Menarca aos 14 anos. Ciclos eumenorréicos. Casada duas vezes, não tendo filhos nem abortos. Nega contágio venéreo-sifilítico. Etilista moderada até 1 ano atrás.

#### ANTECEDENTES FAMILIARES E HEREDITÁRIOS

Pai morto de operação. Mãe morreu de repente. Os 2 irmãos que tem nunca tiveram a doença que tem atualmente.

#### EXAME GERAL

Indivíduo branco, do sexo feminino, decúbito indiferente no leito, médiolineo. Pêlé quente e úmida, de coloração avermelhada. Panículo adiposo apreciavel,

de distribuição regular. Não ha atrofia musculares. Não ha edema, nem cianose, nem ictericia. Ganglios não aumentados nem dolorosos. Marcha: a doente anda lentamente apoiada aos moveis, arrastando a perna E.

Puso: 84. Resp.: 28. P. A. Mx: 230 x Mn.: 130. Peso: 55,600. Temp.: 36°, 6.

### EXAME ESPECIAL

*Olhos:* Pupilas isocóricas. Musculatura extrínseca íntegra. Boa reação à luz e à acomodação.

*Bôca:* Falhas dentárias, cáries, piorrea alveolar. Mucosas bem coradas. Língua sem tremores nem desvio. Amídalas não aumentadas.

*Pescoço:* Batimentos arteriais evidentes nas fossas supraclaviculares. Não ha estase jugular. Aorta palpavel na fúrcula. Ausência dos sinais de Oliver-Cardarelli. Tireóide não aumentada.

### T Ó R A X

*Aparelho respiratório:* Não ha retrações nem abaulamentos torácicos. Não ha sinal de Lemos Torres. Fenomeno de Litten ausente de ambos os lados. Tipo respiratório costal superior. Não ha dispnéa.

A palpação, percussão e ausculta nada foi verificado digno de nota.

*Aparelho cárdio-vascular:* *Coração:* *Inspeção:* Ausência de retrações ou de abaulamentos no precórdio. Choque da ponta apenas perceptível no 6.º intercosto, 2 dedos para dentro da linha axilar anterior, rítmico em tempo e amplitude, localizado.

*Palpação:* Confirma o inspeção quanto ao "ictus", com os caracteres de cupoliforme. Não se palpam frêmitos.

*Percussão:* Revela aumento da área cardíaca (V. radiografia).

*Ausculta:* Bulhas reforçadas de um modo geral, Hiperfonese acentuado da 2.ª bulha nos fôcos mitral e aórtico e no 3.º intercosto E. Sôpro sistólico nêstes mesmos fôcos, hólössistólico, propagando-se para a axila e para o ápice do tórax até a articulação esterno-clavicular D. Ausência de sôpros diastólicos.

Artérias palpaveis depressiveis, pulso 84, regular em tempo e amplitude, cheio. P. A.: Mx: 230 x Mn: 130.

### ABDOMEN

Não ha sinais de ascite, nem edema da parede, nem circulação colateral. Fígado e baço não palpaveis.

### SISTEMA NERVOSO

*Psiquismo:* Bom, conservando bem a memória dos fatos da moléstia atual.

*Atitude e equilíbrio:* Decúbito no leito indiferente. Sinal de Romberg presente. Como já foi dito, a doente anda com dificuldade, apoiada aos moveis, arrastando a perna E.

*Motricidade:* Motricidade voluntária: Com o membro superior E os movimentos se executam difficilmente. E' com grande lentidão e esforço que a doente leva a ponta do dedo ao nariz. Força muscular diminuida nêste membro.

*Reflexos:* Os tendinosos tricipital, bicipital, estiloradial, aquiliano, rotuliano) presentes, pouco mais evidentes á E. Reflexos cutaneo-abdominais: presentes e normais. Sinal de Babinski presente à E.

Não ha clonus da rótula nem do pé.

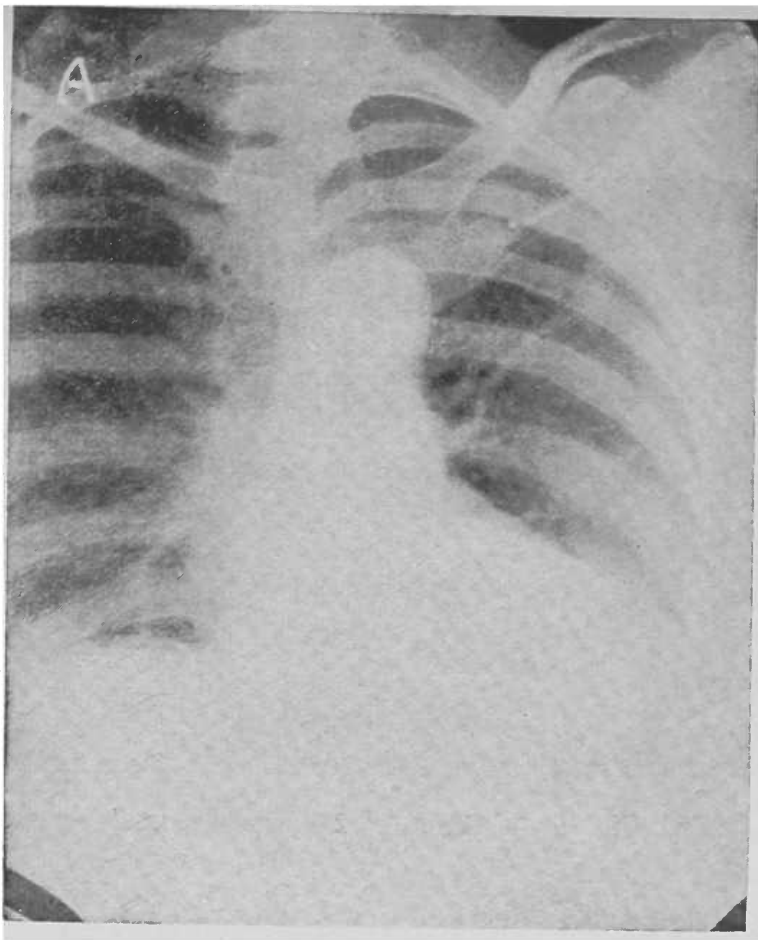


Fig. 6 — Caso n.º 3 — Radiografia do coração em O. A. D.

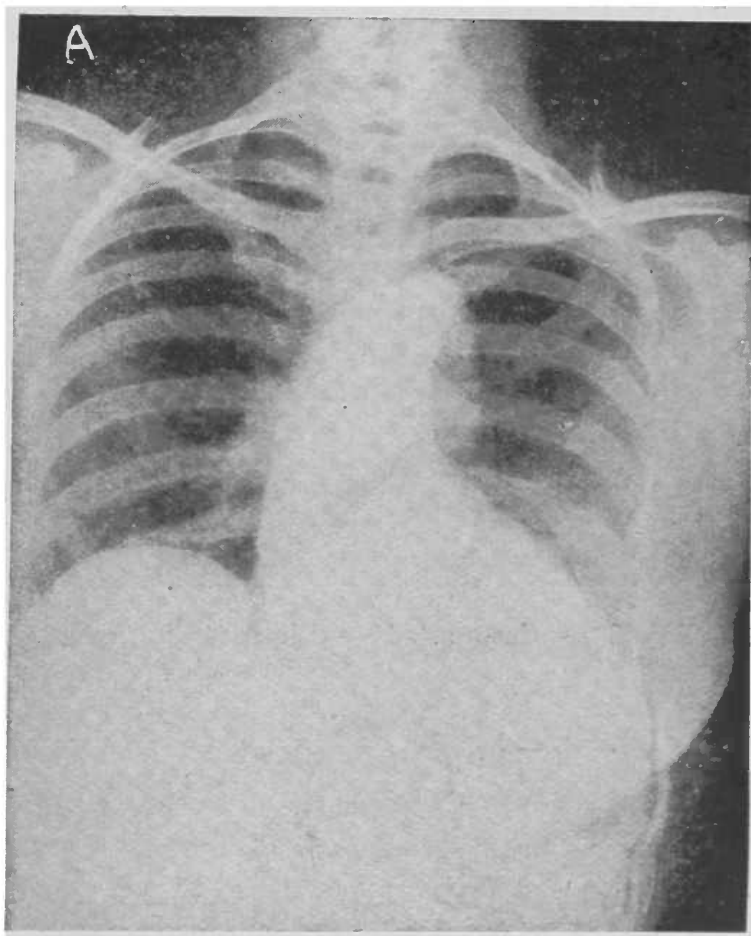


Fig. 7 — Caso n.º 3 — Radiografia do coração de frente

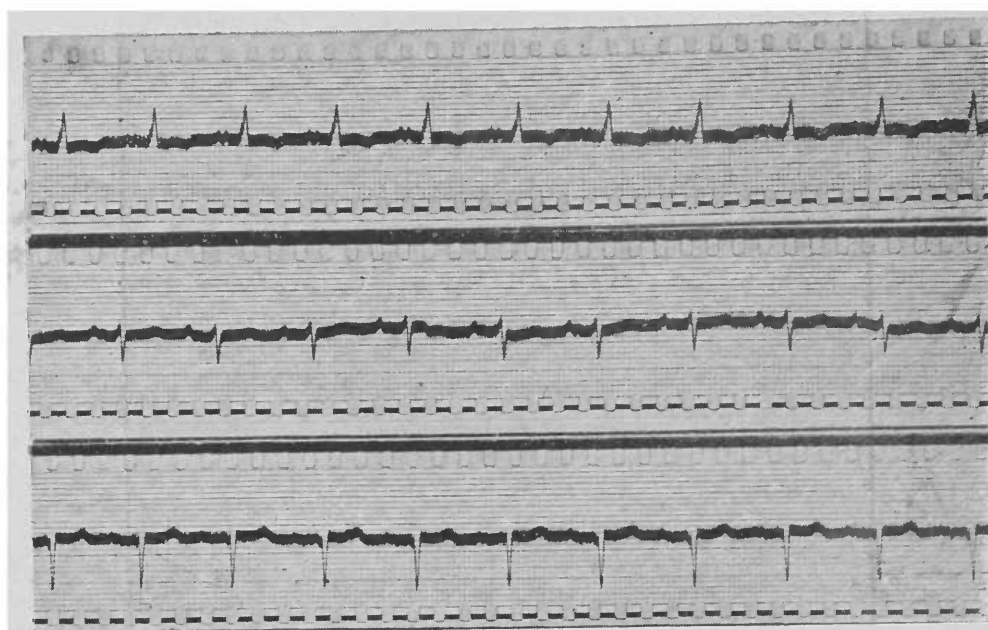


Fig. 5 — Caso n.º 2 — Eletrocardiograma

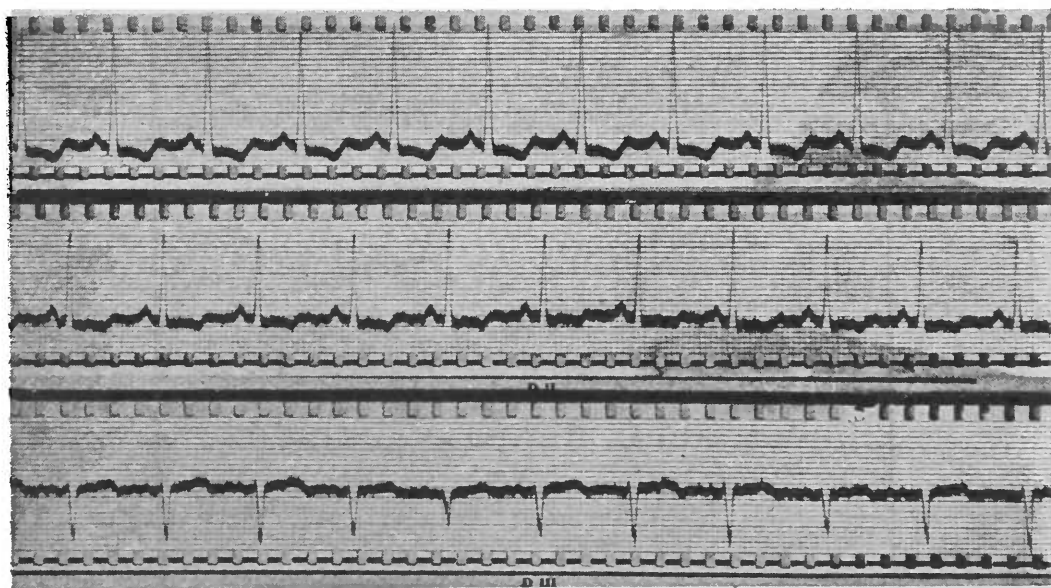


Fig. 8 — Caso n.º 3 — Eletrocardiograma

*Sensibilidade*: Subjetiva: formigamento na mão E. Objetiva: Nas 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> falanges do 1.<sup>o</sup> ao 4.<sup>o</sup> artelhos do pé E à pesquisa da sensibilidade térmica ha hesitação na resposta e erros frequentes. As outras fórmãs de sensibilidade não estão alteradas.

### EXAMES SUBSIDIÁRIOS

*Uréa no sangue*: 39 mgrs. %. — Dr. S. Book — 28-VII-39.

*Urina*: Albumina: traços evidentes.

Açucar: não contem.

Sedimento: grande numero de leucocitos, varias hemacias.

Densidade: 1011.

Côr: amarelo-clara, turva.

*Teleradiografia do coração*: v. fig. 6 e 7. Area precordial de 186,9 cm<sup>2</sup>, cou aumento de 84% em relação ao peso de 55 K. O aumento se faz principalmente à custa do V.E. Cróssa da aorta com 32 mms. (para a idade até 24 mmx. é normal). — Dr. Marcelo Soares (28-VIII-39).

*Eletrocardiograma*: v. fig. 8. Entalhe de ápice de QRS em DIII. Inversão de T nas 3 derivações, em oposição ao acidente principal. Desvio à E.

*Wassermann*: Negativo.

*Blood uréa-clearance*: 48% do normal.

*Prova de concentração*: Má (a densidade não foi além de 1014).

*Exame dos fundos oculares*: Nada revelou de anormal.

### EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

A doente teve nítida descompensação E logo após a entrada na enfermaria (dispnéa de esforço, ortopnéa, reforço da 2.<sup>a</sup> bulha pulmonar). Restabeleceu-se da hemiparesia E. Pressão arterial: entre 230 e 260 para a máxima e 120 e 140 para a mínima.

Poliúria compensadora: a densidade não foi além de 1014, com volume urinário entre 1.800 e 1.900 c.c.. Exames sucessivos de urina revelaram constantemente traços evidentes de albumina, côr amarelo-clara, algumas hemácias e, às vezes, cilindros h'alinos e granuloses. Não houve aumento da uréa sanguínea.

*Tratamento*: Sangria, ionização iodada transcerebral, diuréticos, digitalina, restrição aquosa e regime acloretado e hipoazotado.

### COMENTÁRIOS

Os 2 ultimos casos reconhecem como etiologia da síndrome cárdio-renal a hipertonia benigna: pacientes com mais de 40 anos, com anamnése e exames objetivos permitindo afirmar-se hipertensão arterial antiga evoluindo lentamente: cefaléa frequente, epistaxes, tonturas, sensações parestésicas nas extremidades; aumento do coração, principalmente das cavidades EE, esclerose coronária. E' interessante assinalar no caso 2 a existência de uma irmã da paciente com moléstias idêntica, pois que a hipertonia benigna é de carater familiar (31).

A hipertonia maligna fica eliminada, não só pela idade das pacientes, pelo carater evolutivo lento da moléstia, como também pela ausência nos fundos oculares de edêma da papila. Para Ellis (5) é este o sinal clínico decisivo para diagnóstico de hipertonia maligna.

Fica a hipótese de glomérulo-nefrite como etiologia da hipertensão. Fala contra esta etiologia a ausência na história das pacientes de quaisquer fatos que lembrem o estado agudo da glomerulonefrite difusa. Resta a possibilidade deste surto ter passado despercebido, como já assinalámos atrás, o que é muito pouco provável.

A doente 3 apresentou um acidente comum da hipertonia benigna que é a hemorragia cerebral, o qual muitas vezes leva o doente à morte. Esta doente tinha insuficiência cardíaca clinicamente manifesta, que se iniciou sob nossas vistas de maneira clássica, isto é: primeiro descompensação E que acarreta sintomatologia de congestão na pequena circulação: dispnéa de esforço, ortopnéa, asma cardíaca que pode culminar em edema agudo do pulmão. Além disto um sinal a que Fishberg (2) dá importância no diagnóstico da insuficiência ventricular E: A bulha aórtica que até o início da descompensação era mais intensa que a pulmonar, tornou-se mais fraca do que esta. A 2.<sup>a</sup> bulha pulmonar passou, então, a ser reforçada. Não apareceram sinais de congestão sistêmica (edemas, hepatomegalia, estase jugular). Na doente 2 não pudemos surpreender sinal algum de desfalecimento de qualquer dos ventrículos, embora já existissem sinais eletrocardiográficos de lesões coronárias e miocárdicas. O tempo de circulação estava dentro dos limites normais. Não é, portanto, cardíaca descompensada, mas candidata próxima a tal.

Sob o aspecto renal em ambos os casos já havia comprometimento da função desse órgão. No caso 2 a lesão era pequena, porquanto a P. C. no fim de 24 horas acusou 1020 como densidade urinária máxima e só no fim de 48 horas, com regime quasi sêco, é que a densidade de 1025 foi atingida. Já havia, então, dificuldade em o rim concentrar a urina. Por outro lado, foi notada poliúria compensadora. A "blood urea-clearance", acusando 65% do normal, confirma os dados fornecidos pela P. C. No caso 3 o acometimento renal era mais acentuado: hipoestenúria franca, P. C. má, "uréa-clearance" mais baixa (48% do normal). Notar que em ambas não havia ainda aumento da azotemia: insuficiência renal compensada (3º período, na classificação de Kimmelstiel e Wilson). Portanto, taxa de uréa normal no sangue não exclue lesão renal, donde a importância das provas funcionais para surpreenderem os estádios iniciais de comprometimento da função renal. Eis porque, deante de um hipertenso, é mais importante realizarem-se tais provas, do que ser dosada a uréa no sangue. Esta só se eleva quando o rim já exgotou em grande parte a sua reserva funcional. Enquanto o rim está avançando nesta reserva funcional, não se retêm as escórias azotadas. As provas funcionais referidas, entretanto, assinalam este avanço desde o início. Se, por outro lado, nos lembramos de que uréemia elevada póde ser encontrada no cardíaco congestivo (até 1 gr. por litro de sôro), concluímos ser este meio precário, isoladamente, para diagnóstico de insuficiência renal, salvo, evidentemente, casos em que a uréa se acha muito elevada.

## CONCLUSÕES

- 1) O cardíaco congestivo com frequência simula o cardio-renal verdadeiro. E', porém, falso cárdio-renal.
- 2) Para diagnóstico de insuficiência renal é necessário com frequência o recurso das provas funcionais mais sensíveis: provas de concentração e "blood uréa clearance". Só elas surpreendem a insuficiência renal compensada, em que a azotemia ainda é normal.
- 3) Taxa normal de uréa no sangue não exclue formalmente lesão renal.
- 4) A hipertonia benigna póde levar à insuficiência renal.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1 — JOSUÉ e PARTURIER: Les cárdio-rénaux, 1 vol., 1921, Paris, Le François édit.
- 2 — FISHBERG, A. M., — Hypertension and Nephritis, 1939. Lea and Febiger.
- 3 — KIMMELSTIEL, P. and WILSON, C. — Benign and Malignant Hypertension and Nephrosclerosis, Am. J. Path., 1:45, vol., 12, 1936.
- 4 — STRAUB, H.: in Tratado de Path. Medica de von Bergmann, 2.º vol., Labor, 1936.
- 5 — ELLIS, A. — Malignant hypertension, Lancet, 30 abril 1938.
- 6 — FISHBERG e OPPENHEIMER: Arch. Int. Med., 1928, 41, 264.
- 7 — VOLHARD, F.: in BERGLUND — Kidney in Health and Disease, 1935, Lea and Febiger.
- 8 — MASTER, A., JAFFE, H., DACK, S.: The heart in acute nephritis, Arch. I. Med., N. 6 Vol., 60, 1937.
- 9 — LANGENDORF, R. und PICK, A.: Eletrokardiogramm bei akuter Nephritis: Acta Med. Scand., vol. XCIV. Fasc. I-II, 1938.
- 10 — LEVY I. J.: The cardiac response in acute nephritis: Am. Jour., 5, 277, 1930.
- 11 — HARRISON, T. R.: Failure of the circulation, 1939, the Williams and Wilkins Company.
- 12 — GROS, H. and SPARK, C.: Coronary and extracoronary factores in hypertensive heart failure: Am. H. Jr., 14:160, Agosto 1937
- 13 — WEARN, J. P.: The extent of Capillary bed of the hearth; J. Exp. Med., 47, 273, 1928
- 14 — COSSIO, P.: Coração e Vasos, 1937, Comp. Ed. Nac..
- 15 — WIGGERS, C.: Physiology in Health and Disease, 1937, 3.1 ed., L. and Febiger.
- 16 — HOUSSAY, B., FASCIOLO, J. C., TAQUINI, A. C.: Mecanismo de la hipertensión arterial nefrógena; Anales de la clinica medica C, Prof. Garcia Otero, Montevideu, 1938, Tomo I.
- 17 — LEWIS, TH.: Molestias do Coração: Trad. de Alcibiades Ayrosa, 1938. Comp. Ed. Nacional.
- 18 — ASCHOFF, L.: Tratado de Anat. Patologica, II vol. 1934, Labor.
- 19 — ROSENBERG, M.: Clinica das Afecções renais, Trad. de H. Jobim e R. Margarido, 2.ª ed. Comp. Melh. S. Paulo
- 20 — FRIEDENWALD, J. S. in Berglund, Kidneys in Health and Disease, 1935, L. and Febiger.
- 21 — WAGNER, H. P.: in Berglund, op. cit.



- 22 — KERNOHAN, J. WAGNER, A., KEITH, M. — The arteriolas in cases of Hypertension, Arch. Int. Med. 44:395, 1929.
- 23 — ADDIS, cit. in V. Slyke, op. cit. in (30).
- 24 — VOLHARD: in "Tratado di Med. Int." de Mohr e Staehelin, 1924, Vallardi.
- 25 — LICHTWITZ: "Clinica de las enfermedades del rinon" 3.<sup>a</sup> ed. 1935. Labor.
- 26 — KLISNEBERGER e OXENIU: cit. in Lichtroitz, op. cit.
- 27 — BECHER, E. — "Tratado de Fisiologia patologica especial" 1.<sup>a</sup> ed. 1936, Labor.
- 28 — ALBARRAN, cit. in: LANGERON, PAGET, M., et FRUCHART, G.: Le Fonctionnement rénal chez les cardiaques, Masson.
- 29 — N. PIMENTA: Uréa e função renal, Rev. de Mdicina, maio 1938.
- 30 — VAN SLYKE e colab.: Studies of Bright's Disease, Med. Monographes XVIII 1930. Williams e Wilkins.
- 31 — AYMAN, D.: Heredity in artèriolar (essential) hypertension: Arch. Int. Med. 53: 792. 1934.