

SÍNDROMA DA DISPNEIA SUSPIROSA

DR. CÉSAR SANTOS

DOCENTE-LIVRE DA FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

SINONÍMIA. *Dispnéia Suspirosa* é a "*Sighing Dyspnéia*" de Maytum (2), mais ou menos equivalente a "susprius respiration" de Walshe e de Gairdner (1). Autores como Dieulafoy, Bouchard, Brissaud, Combi, Huchard etc. usam nos seus tratados as expressões: pseudo-asma, pseudo-angina, dispnéia-dolorosa, dispnéia-sintomática, asma-nervosa, quiçá algumas vezes englobando o síndrome agora individualizado.

CONCEITO. É um síndrome dispnéico, considerado como sendo de fundo psico-nervoso, sem lesões orgânicas, caracterizado por respiração incompleta, irregular, angustiosa, acompanhada de bocejos e suspiros, suscetível de ser engravescido pela alcalose, determinante da excitabilidade neuro-muscular, convulsões, espasmos, enfim, da *tetania*.

HISTÓRICO. Certas características da entidade já haviam sido percebidas e destacadas desde muito tempo por autores como Walshe que, em 1873, empregara o termo "susprius", referindo-se a sintoma de pseudo-angina.

Baker, examinando doentes no *National Heart Hospital* e em dois hospitais gerais, confessa-se surpreendido com o número considerável dos que se apresentavam com respiração difícil, sufocada, suspirosa, curta, irregular, com ou sem esforço, cujo traço predominante era a *respiração suspirosa*, fato que o levava a procurar literatura sobre a matéria, só tendo encontrado numa tarefa árdua três trabalhos (Mund, H. e Wassermann, S. — *Wien Arch. f. inn. Med.* 1927, xiv, 335; Gallavardin, L. — *Journ. de Med.* de Lyon 1933, cccxxxix, 556; White P. D. e Hahn, R. G. — *Amer. Jour. Med. Sc.*, 1929, elxxvii, 179) (1).

Cabot, em 1927, escreve textualmente: "Alguns enfermos nos intrigam muito queixando-se de respiração curta, a-pesar-da

nossa incapacidade de encontrar um sinal de enfermidade pelo exame clínico. Um interrogatório mais minucioso revela, às vezes, que por curta respiração o paciente quer indicar uma situação de incapacidade de respirar tão profundamente como deseja. Sua respiração pode não ser acelerada ou difícil, mas tem a sensação de não poder distender plenamente os pulmões." Observa essas perturbações com mais frequência nos mal dormidos, fatigados, pouco alimentados, além do que não tem idéia da sua explicação. (16). White e Hahn foram os primeiros que descreveram o síndrome, em 1929, demonstrando que a "*dispnéia Suspirosa*" independia das doenças do coração, dos pulmões, dos rins e da tiroide (1, 2) Varela Fuentes com Canzani (2) e depois com Arana Iñiguez e Correa Bas (3) publica os primeiros casos na América do Sul, em 1939 e 1942 respectivamente, estudando no seu notável livro "*Acidosis e Alcalosis en la Clinica*" a fisiopatologia da forma grave do mal.

ÉTIO-PATOGENIA. São acordes os poucos que trataram do assunto em considerarem as causas psico-nervosas, atuando em pacientes portadores de temperamento neuropático como significativas na produção do quadro mórbido.

Fuentes assinala que o grave mal para o doente principia, quando este percebe que "não pode mais respirar profundamente", porque desde esse momento vigia toda a sua atividade respiratória, o que amplia o seu estado angustioso.

Os repetidos movimentos respiratórios para ultimação de uma inspiração satisfatória, ocasiona a hiperventilação pulmonar voluntária, determinante da fuga abundante do CO₂, cuja consequência será a alcalose gasosa, responsável pela tetania esboçada ou franca, mecanismo esse muito bem estudado por V. Fuentes, que diz ser a disp-

néia psíquica a única capaz de produzir tetania, porquanto as outras são compensadoras de acidoses e sempre insuficientes para neutralizar estas acidoses (2, 3).

Straub menciona dispnéia cerebral com alcalose em hipertensos e histéricos; Porges e Adlesrsberg falam na "tetania respiratória neurótica" (8).

A ação do oxigênio e do anidrido carbônico, bem como o esgotamento e a intoxicação do centro respiratório bulbar têm sido matéria repassada pelos autores no estudo das dispnéias.

Wassermann interpreta as sensações de afogamento, de opressão, de angústia, da asma cardíaca típica como expressão de carencia nervosa central de oxigênio. (6)

Kraus admite que a própria dispnéia da insuficiência circulatória é de origem central, enquanto Basch é a favor da presença de uma rigidez pulmonar produzida por êxtase dos capilares do pulmão como causa do fenômeno (5).

Vinrent, segundo a concepção de Brener e Hering, admite a influência do vago, rejeita toda a regulação respiratória reflexa de origem mecânica pulmonar, crendo que a hiperpnéia, a dispnéia, a apnéia seriam unicamente de origem central direta e não reflexa (15).

Brissaud trata das "pseudo-asmias sintomáticas", que chama mental ao menos em aparência (9).

Matthes, referindo-se a transtornos respiratórios simultâneos, cardíacos e nervosos, chama atenção para a frequência com que esses pacientes recorrem a comparações dos seus sintomas, descrevendo, segundo Krehl, o que chama característico da *natura neurastênica* da dispnéia: têm a sensação de que não podem respirar, havendo alguma coisa que os obriga a respirar profundamente, ou ainda a respiração se lhes detém de súbito, ficando a inspiração interrompida por aspirações forçadas.

Manifestações atmosféricas e telúricas têm sido fartamente relacionadas com perturbações deste gênero (17, 22).

Condições personalíssimas eletivas:

- A) *Constituição:* O "temperamento neuropático" tem sido destacado em quase todas as observações publicadas de doentes com o diagnóstico do síndrome.
- B) *Idade:* Baker diz que a idade preferencial para o acometimento está entre 20 e 40 anos, sendo, contudo, ocasionalmente observado em crianças por ocasião de exames médicos (1). Em dois dos pacientes estudados no presente trabalho manifestara-se antes dos 20 anos.
- C) *Sexo:* Opina-se que a mulher esteja mais sujeita ao mal que o homem.
- D) *Raça:* Os casos encontrados na literatura referem-se à raça branca, estando distribuídos pela Europa e América.

SINTOMATOLOGIA. Comumente, num tempo variável, após preocupações morais, emoções etc. o indivíduo passa a ter as suas crises dispnéicas. Sente o desejo de tomar uma ampla respiração que lhe inunde os pulmões de ar, o que se lhe torna difícil, porquanto os movimentos respiratórios incompletos e irregulares dão-lhe a idéia de incapacidade para tal. Levado à mobilização do seu psiquismo, atenta na observância do fenômeno. As tentativas para uma inspiração satisfatória vão sendo repetidas. Bocejos frequentes e suspiros profundos fazem parte característica do cortejo dos sintomas. Quando se trata de uma pequena crise, que poderíamos chamar *primária*, a sintomatologia ficaria por aí, ou ganharia escassas nuances; mas, quando os movimentos respiratórios se tornam intensos, hiperpinéicos, arrastando o doente a uma alcalose gasosa, então, vamos assistir à fase grave, *secundária*, do acesso: o paciente apresenta-se nos lívido, de bôca aberta, numa sede infinita de ar, angustiado, oprimido, com a sensação de constrição torácica e precordial, progredindo para tetania, com formigamentos nos dedos, espasmos, rigidez muscular generalizada, convulsões, sinais de Trousseau, Cuvostek etc.

Estudamos acima uma *crise* com as suas duas fases.

As crises aparecem por *períodos*, que têm, em geral, a duração de alguns dias, no curso dos quais o doente pode ter diversas crises. Esses períodos podem se repetir com espaço de tempo variável entre semanas, meses ou anos. Há doentes que nunca vão além da fase primária, contudo muitos deles incomodados, suspeitando perturbações graves do coração ou dos pulmões, consultam reiteradamente... A fase *primária*, mais frequente, é desagradável ao doente; a *secundária*, mais rara, dramática, é terrível ao doente e apavorante para a "entourage."

EXAMES COMPLEMENTARES. Eletrocardiografia: O eletrocardiograma sofre modificações pela mudança de posição do coração em virtude do movimento do diafragma. Há durante a atividade respiratória rotação do coração sobre seu eixo, que é frequentemente feita na inspiração, no sentido do ponteiro do relógio e em sentido oposto na expiração. O valor patológico atribuído a estas modificações por ação respiratória, de acordo com o pensamento de Scherf e Boyde, não está ainda definitivamente provado. Referem-se as mencionadas alterações, principalmente, as ondas P e T: as ondas P modificam as dimensões para mais ou para menos, enquanto as ondas de deflexões iniciais o mesmo fazem em relação à amplitude, podendo aparecer ondas novas; a onda T, além dessas oscilações, pode até inverter-se na III derivação. (18).

Kisch estudou o eletrocardiograma de pessoas sãs em apnéia voluntária, concluindo a favor de um aumento de votação do complexo QRS, com excepcional achatamento da onda T. (19).

Depois de haver estudado as modificações respiratórias do eletrocardiograma em mil casos, Jorge Videla é de opinião que o exame eletrocardiográfico só é completo com o estudo da DIII durante uma inspiração profunda (20).

Chamamos especial atenção para os ensinamentos de Thompson, comentados por Pedro Cossio (21): a respiração acelerada e superficial, ocasionando hiperventilação

pulmonar, determina alterações eletrocardiográficas confundíveis com os traçados da insuficiência coronariana; os segmentos S — T e a onda T desaparecem por completo, quando se respira profundamente.

Radiodiagnóstico: Os exames radiológicos nada apresentam de característico para o reconhecimento do síndrome; são valiosos, contudo, no caso de associação com certas perturbações circulatórias ou respiratórias e são negativos nos casos puros.

Hematologia: Parece não haver ainda publicação sobre a matéria. Os clientes observados neste trabalho, que forneceram sangue da pulpa digital para estudo, apresentaram moderada *linfocitose* e discreta *neutropenia*.

Dosagens químicas: A verificação da reserva alcalina e a dosagem do cálcio concorrem para melhor interpretação da alcalose e da tetania, nos casos mais graves, fornecendo indicações terapêuticas. A dosagem das escórias são úteis, muitas vezes, para se conhecer as associações patológicas.

COMPLICAÇÕES. O síndrome fôra individualizado, quando pudera ser estudado em pacientes que não apresentavam perturbações outras, circulatórias, respiratórias ou renais. Ele deve ser muito mais comum do que se supõe no curso de numerosas entidades, engravecendo-as e tornando trágico os seus quadros. Deve estar associado, pelo menos nalguns casos, a cardiopatias, a doenças do aparelho respiratório, a certas perturbações endócrinas, especialmente da tireoide, das suprarrenais, das gônadas... a função renal certamente disputará aqui, também, o seu privilegiozinho, principalmente se pensarmos, como Huchard, que no seu tratado sobre doenças do aparelho circulatório, julga a dispnéia como sendo quase sempre de fundo renal. Nas doenças infecciosas agudas a sua presença não deverá ser desprezada, merecendo meditação e sendo altamente impressionantes as referências exclamativas de Trousseau: um fenômeno nervoso de bem sinistro presságio é uma dispnéia que, não sendo ligada a nenhuma lesão material apreciável do pulmão, se encontra com a sua triste significação em um grande número de doenças sépticas (14).

White e Hahn recomendam delimitar a extensão do síndrome, quando presente nas lesões orgânicas do coração (1).

Gallavardin, comentado por Baker, cogitará, quando, escrevendo sobre "síndrome de esforço em afecções cardioaórticas", de singular perturbação circulatória de ordem nervosa, ocorrida por defeito funcional do diafragma, manifestada em repouso, sem influência de esforço e nada tendo em comum com a verdadeira dispnéia.

DIAGNÓSTICO. O quadro dispnéico ocorrido, principalmente, nos indivíduos de temperamento neuropático após emoções ou grandes preocupações morais, acompanhados de bocejos e suspiros, com respiração irregular, sem taupnéia, com opressão precordial e necessidade angustiosa de realizar uma inspiração satisfatória, seguida ou não de uma fase secundária, alcalótica, já descrita, integra os elementos característicos da SÍNDROMA DA DISPNEIA SUSPIROSA típico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Todo o dispnéico, classificado no síndrome, deverá ficar com a sua situação mórbida o mais possível esclarecida, por meio de exames radiológicos, eletrocardiográficos, laboratoriais etc. No seu admirável tratado, pontifica Jimenez Diaz: "Há grande interesse de se conhecer doentes tidos como doentes orgânicos do coração, sem razão, com graves prejuízos, ou como simples "neurosis" sem mais definição" (11).

Sergent manda não confundir a dispnéia cardíaca com a dos portadores de distensão gascosa e nem com a daqueles que simplesmente por hiperexcitabilidade nervosa se queixam de não poderem respirar profundamente, desencadeando, muitas vezes, movimentos respiratórios sucessivos cada vez mais profundos, terminados por suspiro prolongado, que seria o *signal do suspiro* (4).

Martinet trata de uma dispnéia polipnéica de origem neuropática, própria das pessoas histéricas, nunca permanente, mas paroxística (24).

Engel, depois de preconizar a exploração elétrica e a dosagem do cálcio para o diagnóstico diferencial da tetania brônquica in-

fantil, aconselha evitar a confusão fácil e funesta entre dispnéia expiratória e inspiratória (7).

A dispnéia mecânica, inspiratória, deverá ser lembrada na diferenciação diagnóstica.

PROGNÓSTICO. É bom nas formas simples e leves, apenas engendrando alguns acometidos complexos psíquicos de temor da doença. Nas formas graves, que desdobram a fase secundária do síndrome, o prognóstico pode mudar muito, sendo mesmo até reservado *quod vitam*, quando se desencadear no curso de afecções ou moléstias sérias, perigosas.

TERAPÊUTICA. Preconiza Maytum três orientações principais de tratamento: a) respiração numa atmosfera rica de CO₂, nas crises agudas, para corrigir a alcalose gasosa; b) psicoterapia, sobretudo pela persuasão, esclarecendo o doente sobre a natureza do mal; c) tratamento medicamentoso por meio de sedativos, tais os bromuretos e o luminal (2).

Quando se usa o CO₂ deve haver no ar cerca de 4 ou 5 % (12).

Varela Fuentes, Arana Iñiguez e Correa Bas trataram um dos seus observados com carbogênio (mistura de 5 % de CO₂ em 95 % de O₂) e cloreto de cálcio venoso, três vezes ao dia, tendo a dispnéia desaparecido completamente (3).

Bromureto de potássio em altas doses, 4 a 8 gramas diárias, constituía para Huchard a medicação de escolha no tratamento da dispnéia nervoreflexa" (13).

Rene Leriche Rene Fontaine descreveram um interessante caso relativo a um paciente diagnosticado como angina de peito, cujo quadro se iniciara após grande susto, com dispnéia inspiratória periódica, precordialgia, irradiação dolorosa para o braço, esquerdo, formigamento nas mãos, sensação de constrição, torácica e com verificações radiológicas e eletrocardiográficas negativas, o qual fôra curado, depois de 9 ½ anos de doença por uma dupla *estelectomia* (10).

Em referência à *climatoterapia* poderemos aproveitar os ensinamentos de Hasselbach (1905) e de Hasselbach e Lindhard

(1911), que estudaram a ação do clima sobre a frequência respiratória; dizem eles: a altitude acelera a respiração, enquanto a insolação diminui o ritmo e aumenta a amplitude. Essas modificações da exitabilidade do centro respiratório se fariam, segundo eles, pela luz solar através da pele e dos órgãos dos sentidos (23).

OBSERVAÇÕES:

I caso:

G. H., com 40 anos de idade, branco, casado, comerciário, alemão, residente na Avenida Mercedes, 58, nesta Capital (P. Alegre).

Sofre desde a idade de 18 anos de crises de dispnéia angustiosa, com bocejos e suspiros, que a assaltam de tempos em tempos. Os primeiros acometimentos sobrevieram-lhe, quando ainda estava na sua pátria, após a guerra de 14, seguindo-se um período de cura, interrompido por novos ataques da doença, quando já no seu segundo ano de estada no Brasil. Tem passado meses sem qualquer incômodo, respirando perfeitamente bem e praticando esportes e ginástica. Os seus períodos de doença duram alguns dias, prolongando-se em ocasiões até semanas, com poucas ou numerosas crises dispnéicas, cuja intensidade é variável: ora leve ou esboçada, ora intensa ou terrível. Nos acessos leves sente apenas dificuldade para realizar uma respiração completa, repetindo movimentos respiratórios, quase sempre entremeados ou terminados por bocejos e suspiros. Nas crises graves, depois de algumas tentativas para respirar profundamente, é tomado de necessidade imperiosa de respirar, gastando nessa luta angustiosa tempo e esforço consideráveis. Sedento de ar em abundância, abre a boca, pálido, com os lábios afilados, sente doerem-lhe as costas e as articulações dos maxilares, sente-se lívido, com os músculos da face contraturados e as mãos amortecidas... até que esta situação vai melhorando, quando, muitas vezes, se sente livre para suspirar e bocejar fartamente. Aparecem-lhe esses acessos a qualquer hora, sem relação com o esforço praticado. Julga ser-lhe mais salutar o clima do norte.

O paciente, homem esclarecido, tendo sempre trabalhado em meios médicos e tendo também já residido no Rio de Janeiro, não tem poupado esforços para esclarecer o seu caso. Teve sempre negativos: exames clínicos, traçados eletrocardiográficos, exames radiológicos do coração e dos pulmões, bem como exames laboratoriais, para investigação da função renal e metabólica. Crê haver no seu mal um grande fundo nervoso. Portador de constituição hiperhipofisária, nada de relevância destaca para antecedentes mórbidos pessoais e familiares, a não ser um passado de apreensões e preocupações, vindo da grande guerra. Ao simples interrogatório principiou a esboçar uma crise, dizendo-nos então que pelo fato de ter que recordar a sua doença, já estava adoecendo. Depois de ouvir o esclarecimento do seu caso, com a denominação do síndrome, feito à guisa de psicoterapia persuasiva, disse-nos que "dispnéia suspirosa" deveria ser mesmo o melhor nome da doença, pois exprimia as suas características.

II caso:

N. H., com 31 anos de idade, branca, casada, brasileira, professora, residente na rua General Neto, 258, nesta Capital.

Compareceu à consulta por se achar desde alguns dias com incomodativa falta de ar, que a acompanha, por períodos, desde os seus 15 anos. A paciente explica: só estar doente nesses períodos, em geral, de duração inferior a uma semana e separados uns dos outros por tempo de semanas ou meses. Ainda explica a sua dispnéia não ser constante, durante todo um período, mas sobrevir por crises, separadas por horas ou dias. Nos períodos de doença boceja constantemente e suspira. A sua falta de ar é caracterizada por respirações incompletas, tendo que abrir a boca repetidamente, para conseguir encher os pulmões de ar. Ao relatar os sintomas, repetiu-se-lhe no consultório uma crise primária, com respiração curta e bocejos. Essa dispnéia advem-lhe a qualquer hora, independente de esforço, de preferência quando não está trabalhando. Sob a ação de esforços cansa-se, mas não sente dispnéia. Não se queixa de qualquer outra

perturbação, dizendo mesmo que precisa sarar-dêsse incômodo para ser uma criatura forte.

Existem antecedentes neuropáticos pessoais. E' de constituição endócrina mixta, de preferência hiperhipófisotiroidiana.

O exame clínico não apresenta dados de relevância. Tensão: 7/12,5.

EXAMES COMPLEMENTARES. Fórmula leucocitária:

Basófilos	0,5%
Eosinófilos	3,0%
Neutrófilos bastonetes	5,0%
Neutrófilos segmentados ...	56,5%
Linfócitos	30,5%
Monócitos	4,5%

Fórmula hemática: normal.

Índice de Velez:

I	II	III	IV	V
9 %	40%	35%	15%	1%

Êstes exames foram feitos com material colhido em 30 de outubro do corrente ano (1942).

Hemograma de Schilling:

Basófilos	0
Eosinófilos	4,5%
Neutrófilos bastonetes	7,0%
Neutrófilos segmentados ...	48,5%
Linfócitos	33,5%
Monócitos	6,5%
Leucócitos	5.550
Eritrócitos	4.210.000
Hemoglobina:	90%
Valor globular:	1,07
Fórmula hemática:	normal

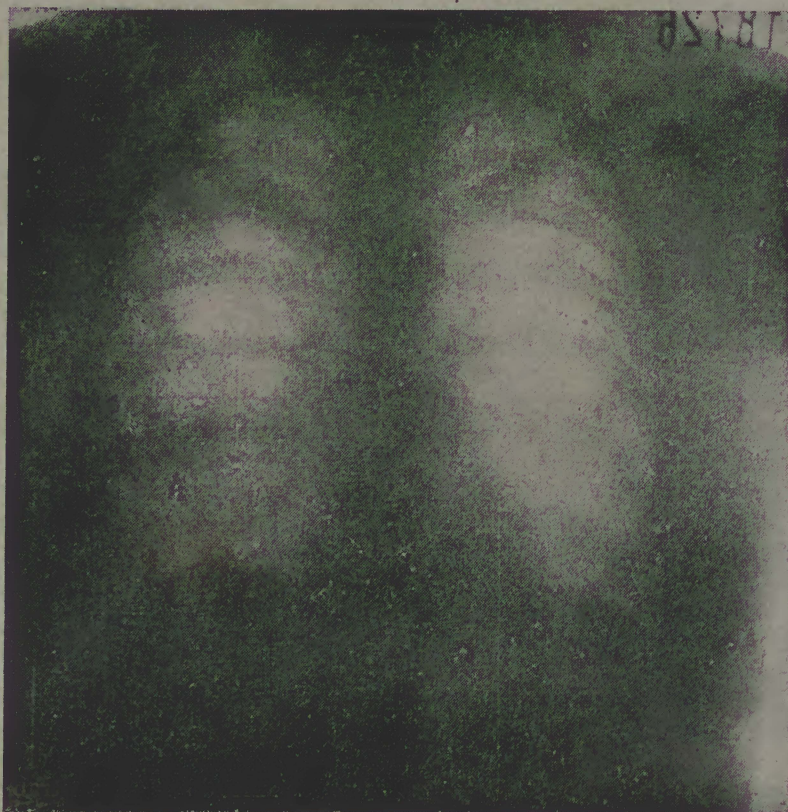


Fig. 1

Sôro-diagnóstico da lues: Wassermann, Jacacobsthal, Calmette-Massol, Hecht-Weinberg, Kahn foram negativos.

Em 23 de dezembro de 1942.

Todos estes exames estavam assinados pelo Dr. Osvaldo K. Ludwig.

Dosagens químicas: Uréa — Gr. 0,279 por mil (no sangue total);

Reserva alcalina — 53,2 volumes de CO₂% (no plasma);

Cálcio — Mgrs 10% (no sôro)

Clorretos (em NaCl) — Grs. 5.850 0/00 (no sôro)

Exame comum de urina:

Albumina	Traços leves
Pseudo albumina	„ nítidos
Sangue	„ leves
Piina	„ levíssimos
Ph	5,8
Densidade	1004,0 (15°C) (!?)

Em 23-XII-1942. Todos estes exames estavam assinados pelo Dr. C. Bordine Flôres.

Feces: pesquisa de protozoários e de ovos de parasitas, resultado negativo. Assinado pelo Dr. W. Carneiro Jung. Em 20-XII-42.

Exame radiológico do coração com os vasos da base e dos pulmões, praticado pelo Dr. Edmundo Nascimento, nada consigna de anormal para os mesmos. (Fig. 1)

Eletrocardiografia feita pelo Dr. João Rechden. Eis sua (Fig. 2).

INTERPRETAÇÃO:

Ritmo: Sinusal, regular.

Frequência auricular e ventricular: Média de 80 ciclos por minuto.

Eixo elétrico: Sem preponderância definida.

Onda auricular P: Sem alterações apreciáveis a consignar.

Espaço P-Q: Normal (0,14'').

Grupo QRS:

Onda Q: Em esboço em I e II derivações.

Onda R: Positiva nas 4 derivações, forma e amplitude normais.

Onda S: Pouco ampla (4mms) em DIV-F.

Duração de GRS: Normal (0,06'').

Segmento RS-T: Levemente desnivelado para cima em DI; desnível acentuado em DII; discreto desnivelamento superior em DIII; duração de 0,09'').

Onda T: Positiva em DI, DII e DIV-F; iso-elétrica em DIII; de baixa voltagem em DI e DII; muito ampla e aguçada (onda T "gigante") em DIV-F; duração de 0,19'').

Espaço Q-T: Prolongado (0,40'') para esta frequência.

CONCLUSÕES:

Ritmo cardíaco normotópico, regular.

Eixo elétrico sem desvio definido.

Não há transtorno da condução intraauricular, auriculoventricular e intraventricular.

Retardamento da "ístole elétrica" (espaço Q-T) que surge, principalmente, nos estados de hipocalcemia.

Sinais eletrocardiográficos de notável abaxamento do metabolismo miocárdico."

Diagnóstico: Síndrome da Dispneia Suspirrosa, forma primária (...).

Tratamento: Cloreto de cálcio e vitamina b, na veia, em dias alternados e bromoneurina *per os*.

III caso:

Dr. R. V., com 27 anos de idade, branco, casado, advogado, brasileiro, residente no interior do Estado.

Vem agora à Capital, pela segunda vez, para tratar de uma dispneia periódica, que o está impressionando. Conta ter-lhe aparecido o mal há um ano, em época de grande trabalho e preocupação profissional. No interior diversos exames clínicos a que se sub-

ELÉTROCARDIOGRAMA

Gabinete "Alvaro Alvim"

SANTA CASA DE MISERICORDIA

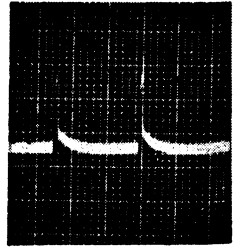
Fone 8411

CLIENTE Dna. N. H.

DATA 3-XII-42

CLINICA DO DR. Cesar Santos.

2º caso



Padronização

Cada linha vertical 1/25 seg.

Cada linha horizontal 1 mm.

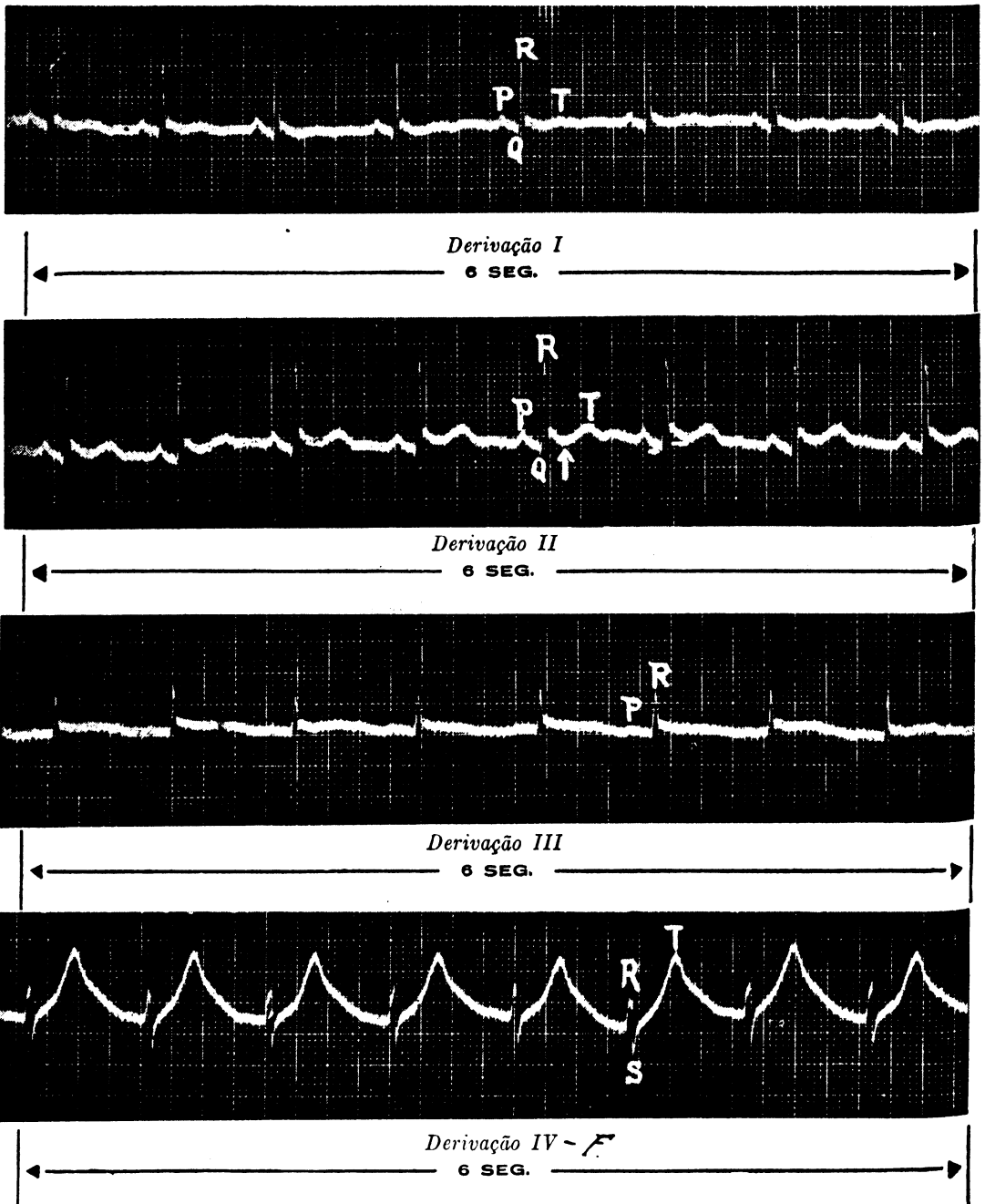


Fig. 2

meta, nada revelaram. Sofre, periodicamente, com intervalo de dois a três meses, de épocas de doença com crises mais ou menos acentuadas, que se revelam pela sensação de não haver respirado de modo satisfatório, com sensação de opressão cardíaca, período angustioso, que só desaparece depois de haver bocejado várias vezes. Tais sintomas surgem-lhe independentemente de esforços. Quando anda ligeiro ou pratica algum esforço sente um pouco de falta de ar ou cansa, mas sem bocejos nem aquele estado angustioso já referido.

O exame clínico não forneceu dados de importância para qualquer dos aparelhos.

Exames radiológicos do coração com os vasos da base e dos pulmões, praticados pelo Dr. Augusto Andrade, foram considerados normais. (Figs. 3 e 4). Eis as conclusões referentes ao coração e aos vasos da base: "Silhueta cárdio-vascular normotípica. Projeção normal dos contornos normal. Diametria anatômica dentro dos limites tabelados. Arco pulmonar desenhado normalmente. Aorta torácica sem alteração a consignar. Radiofisiologia normal."

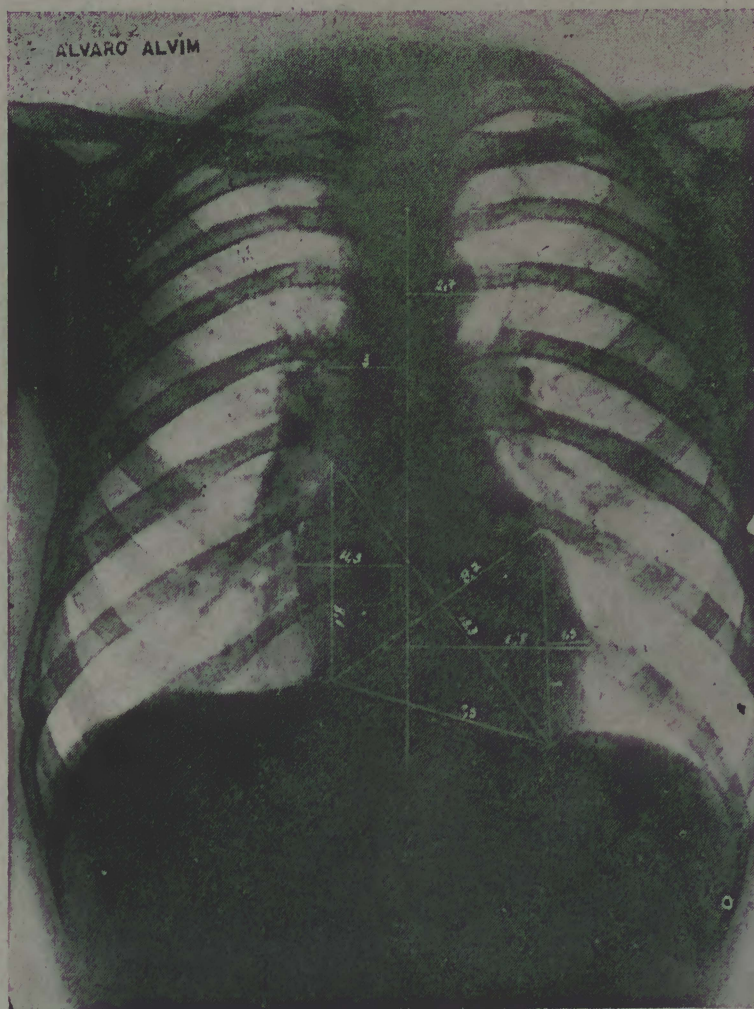


Fig. 3



Fig. 4

Electrocardiografia efetuada pelo Dr. João Rechden com a seguinte

"INTERPRETAÇÃO:

Ritmo: Sinusal, levemente irregular.

Frequência a.-v.: Média de 75 ciclos por minuto.

Eixo elétrico: Sem preponderância definida.

Onda auricular: Positiva nas 4 derivações, de baixa voltagem em relação com os demais acidentes, de pouca duração (0,07''), de ápice rombo e com um pequeno entalhe em II derivação onde este acidente apenas está esboçado a-pe-

sar-de não haver negatividade em DI ou DIII (lei de EINTHOVEN).

Espaço P-Q: Com tendência a ser prolongado (0,18'').

Complexo QRS:

Onda Q: Esboçada em II e III derivações.

Onda R: Positiva em todas as derivações, sendo flecha dominante nas três derivações standard; aspecto normal.

Onda S: Presente, com 2 mms. de voltagem em DI; esboçada em DII e DIII; muito ampla, ultrapassando a largura do filme (com 30

ELÉTROCARDIOGRAMA

Gabinete "Alvaro Alvim"

SANTA CASA DE MISERICORDIA

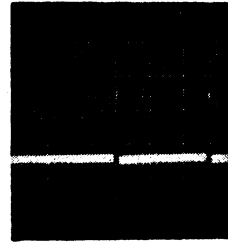
Fone 8411

CLIENTE R. V.

DATA

CLINICA DO DR.

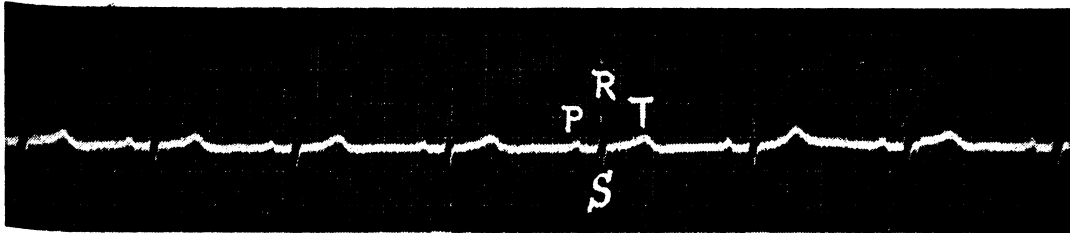
3º caso.



Padronização

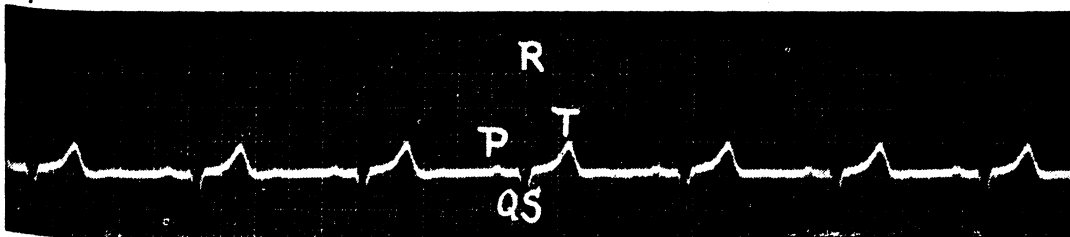
Cada linha vertical 1/25 seg.

Cada linha horizontal 1 mm.



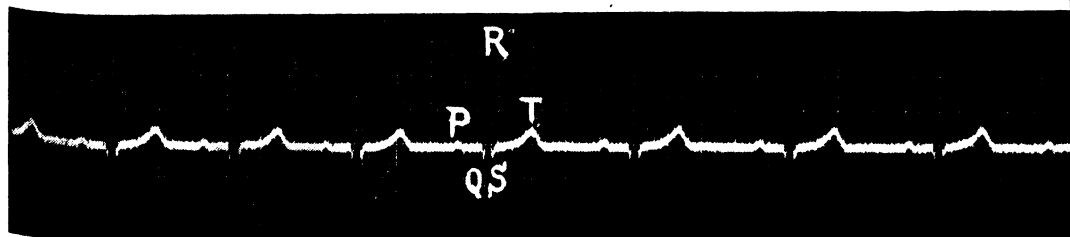
Derivação I

6 SEG.



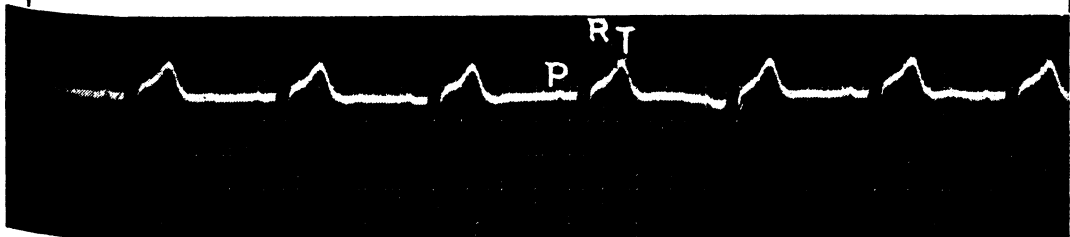
Derivação II

6 SEG.



Derivação III

6 SEG.



Derivação IV

6 SEG.

Fig. 5

mm/s de amplitude m/m) em DIV-F.

Duração de QRS: Dentro dos limites normais (0,08").

Segmento RS-T: Com discreto desnivelamento positivo em DII, desnivelamento êsse que se torna mais acentuado em DIV-F. *Duração de 0,12".*

Onda T: Positiva em tôdas as derivações, um tanto aguçada em DII; duração normal de 0,19".

Espaço Q-T: Prolongado (0,40").

CONCLUSÕES:

Discreta arritmia sinusal.

Provável lesão do miocárdio auricular.

Eixo elétrico cardíaco sem preponderância definida.

Tendência ao retardamento da condução curicuvêntricular e intraventricular, tendo como causas prováveis: infecciosas (reumatismo etc.); tóxicas (intoxicação alcoólica ou nicotínica); também são comuns nos vagotônicos.

O prolongamento do espaço Q-T encontra-se nas hipovitaminoses B1 e nas hipocalcémias.

Exames laboratoriais: dosagem de uréia e creatinina no sangue, reação de Wassermann, exame comum de urina, informa que praticados há uns três meses, foram todos negativos.

Exames hematológicos. Fórmula leucocitária:

Basófilos	0,5%
Eosinófilos	1,5%
Neutr. Bastonetes	2,5%
Neutr. segmentados	54,0%
Linfócitos	40,0%
Monócitos	1,5%

Fórmula hemática: normal.

I	II	III	IV	V
5%	24%	40%	24%	7%

Todos estes exames estavam assinados pelo Dr. Oswaldo Ludwig.

Diagnóstico: Síndrome da Dispnéia Suspirosa na sua forma primária. Necessitamos ainda de dados para cogitarmos de associações com outros estados mórbidos.

Tratamento: a) psicoterapia persuasiva; b) cloreto de cálcio e vitamina b, venosos, em dias alternados e bromoneurin pela boca.

IV caso:

J. F., com 35 anos de idade, branca, casada, doméstica, brasileira, residente nesta Capital, na rua Larga, 2149.

Acometida por violento reumatismo articular, febril, resistente ao salicilato de sódio, principiara a melhorar após a extração de um dente séptico e injeção de sulfadiazina. No seu décimo nono dia de moléstia, depois de dias e noites de dores que a imobilizaram no leito, chamou-nos a noite com urgência. Desta vez não eram as dores. A primeira queixa foi a de que não podia respirar. Haviã algumas horas já que se esforçava para realizar uma inspiração profunda e, quanto mais esforços fazia para isso, mais se sentia incapaz de encher bem os pulmões de ar. Sentia constrição torácica, opressão cardíaca, enrigecimento muscular, amortecimento das mãos, dores musculares pelo peito, pelo pescoço e pelo dorso. Bocejava frequentemente e tinha a impressão de que se tratava de alguma perturbação muito grave do coração. Informou ainda que ha mais de dez anos sofre dessas dispnéias com bocejos e suspiros, tendo até feito anteriormente tratamento para isso, sem que nunca lhe houvessem percebido qualquer afecção nos pulmões ou no coração. Contudo êsse acesso foi o mais sério de todos. O exame clínico fôra negativo, excepto quanto ao reumatismo. Os sinais de Cvoستeck e de Trosseau manifestaram-se positivos. A temperatura era de 37,2° C. Os batimentos radiais: 96 por minuto. E a tensão arterial: 5 por 11,5. Um exame comum de urina feito no dia anterior (21-XII-1942), no "Lab. Faillace-Carion", nada apresentava de anormal. Esclarecemos à paciente a natureza do seu mal e inoculámos-lhe, na veia, uma solução composta de vitamina C (0,gr. 25) e de vitamina B 1 (0, gr. 01). Decorridos alguns minutos a doente anunciou que já estava respirando muito melhor, tendo passado uma noite boa.

Algumas considerações sobre os casos observados

Ao iniciar estas considerações testemunhamos os nossos melhores agradecimentos aos distintos colegas Dr. João Rechden e Augusto Andrade, do Gabinete "Alvaro Alvim"; ao Dr. Edmundo Nascimento, do Departamento Estadual de Saúde; aos Drs. Oswaldo K. Ludwig, C. Bordini Flores e W. Carneiro Jung, do Laboratório Cirne Lima pela valiosíssima colaboração neste trabalho, com os exames gentilmente praticados.

Todos os observados, em número de quatro padecem de crises temporárias e intervalados com as características fundamentais do síndrome: respiração curta acompanhada de bocejos e suspiros, etc. Um dos doentes sofre a 16 anos, outro a 22, o quarto a mais de 10 anos e o III a um ano.

Dois deles apresentam certas alterações nos respectivos traçados eletrocardiográficos.

Um dos pacientes que acusa ligeira dispnéia de esforço, distingue esta daquela, que lhes sobrevem em repouso com bocejos.

Os pacientes dos casos II, revelando eloquente influenciabilidade psíquica, esboçaram um acesso ao se recordarem das suas desagradáveis crises, o que poderá ser um sinal do síndrome (?).

Os pacientes dos casos II e III revelaram linfocitose moderada a custa dos neutrófilos.

O paciente do caso I achava a denominação "dispnéia suspirosa" a mais expressiva de todas que conhece, para exprimir o seu mal.

O paciente do caso III, pessoa esclarecida, advogado no interior, em carta, usa as seguintes expressões, caracteristicamente: "...sensação de não haver respirado de modo que satisfaça, período angustioso, que só desaparece depois de bocejar várias vezes."

Todos os observados reconhecem causas psico-nervosas passíveis de influírem nas suas perturbações.

Todos se sentiram como que aliviados das suas apreensões, quando ouviram a interpretação dos seus respectivos casos, fornecida à guisa de psicoterapia persuasiva.

Distinguimos duas espécies de crises nos doentes; uma leve, comum a que chamamos crise *primária*, que irá caracterizar a forma primária do mal, e uma outra, grave, tetânica muitas vezes, menos comum, constituindo verdadeiro acesso, designamos por crise *secundária*, que irá caracterizar a forma secundária.

Dois dos pacientes (primários) sentiram-se bem com a ministração de vitamina b_1 e cloreto de cálcio, na veia, em dias alternados, além de bromoneurin, via bucal.

Este síndrome deve ser abundante nas suas diversas intensidades e quem sabe quantas vezes teria sido o epílogo de moléstias?...

Resumo

O A. inicia o seu trabalho estudando metodicamente o "Síndrome da Dispneia Suspirosa"; descreve depois quatro casos do mesmo ocorridos na sua clínica. Trata-se de um síndrome pela primeira vez descrito na América do Sul por Varela Fuentes e colaboradores, em 1939 e 1942. O A. define-o com as seguintes palavras: "É um síndrome dispnéico, considerado como sendo de fundo psico-nervoso, sem lesões orgânicas, caracterizado por respiração incompleta, curta, irregular, angustiosa, acompanhada de bocejos e suspiros, suscetível de ser engravado pela alcalose, determinante de excitabilidade neuro-muscular, convulsões, espasmos, enfim, da tetania." Considera nas crises duas fases: uma *primária*, constante e outra *secundária*, tetânica, rara. Pode ocorrer no curso de afecções ou moléstias, modificando-lhes o prognóstico.

Bibliografia

- 1) Doris M. Baker — "Sighing Respiration as a Symptom", *The Lancet*, I: 174, 1934.
- 2) Varela Fuentes — "Acidosis e Alcalosis en la Clinica": 392-394, 1941.

- 3) *Varela Fuentes, Arana Iñiguez e Correa Bas* — "Dispnea Suspirosa", *Arch. Urug. Med. Cirurg. e Espec.*, 20: 255-262, 1942.
- 4) *Emile Sergent* — "Traité Elementaire D'Exploration Clinique Medicale" 254, 1937.
- 5) *M. Matthes* — "Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas": 439-441, 1932.
- 6) *S. Wassermann* — "Wien. klin. Arch.", 12, 1936.
- 7) *Pfaundler e Schlossmann* — "Trat. de Ped.", VI: 111, 1940.
- 8) *J. e F. Klemperer* — "Trat. Compl. Cl. Med.": 88, I, 1935.
- 9) *Charcot, Bouchard e Brissaud* — "Trait. de Med.": 241, VI, 1901.
- 10) *R. Leriche e R. Fontaine* — *Arch. du Malad. du Coeur e Vaiss.*: 936, 10, 1938.
- 11) *Jimenez Diaz* — "Leciones de Patol. Med.": 863, I, 1940.
- 12) *C. H. Best e N. B. Taylor* — "As Bases Fisiol. da Prat. Med.": 663, I, 1942.
- 13) *H. Huchar* — "Trait Clinique des Maladies du Coeur et de l'Aort": 511, I, 1899.
- 14) *A. Trousseau* — "Clinique Med. de l'Hotel Dieu de Paris", I: 161, 1901.
- 15) *C. Heymans* — "Traité de Physiol. Norm. et Patol. — Roger e Binet". V: 377, 1934.
- 16) *R. C. Cabot* — "Diagnost. Dif", I: 685, 1927.
- 17) *Joseph W. Schereschewsky* — "Pratic of Med.", VI: 395, 1940.
- 18) *David Scherf e L. J. Boyd* — "Electrocardiografia clínica": 39, 1942.
- 19) *F. Kisch* — "Dos Elektrokardiogramms Herzkranker beim Inspirat. Atmanhalten" *Klin. Wchnschr.*: 686, 13, 1934.
- 20) *Jorge G. Vdela* — "Variaciones Respiratorias del Electrocardiograma", Tese, Buenos Aires: 154, 1942.
- 21) *Pedro Cossio* — "Rev. Argentina de Cardiologia": 192, julho-agosto de 1942.
- 22) *S. Jaccoud* — "Traité de Pathol. Int.", II: 407, 1883.
- 23) *M. Piery* — "Traité de Climatotherapie Biol. et Medicale", I: 721, 1934.
- 24) *A. Martinet* — "Diagnóst. Clinique": 795, 1934.

ABSTRACT

The author begins his work studying methodically the "Sindrome Sighing Respiration"; describes afterwards four cases of the same disease observed in his clinic. It is a syndrome described by the first time in South America by Varela Fuentes and his co-workers in 1939 and 1942. The author describes it in these words: "It is a dispneic syndrome considered as nervous-psíquic, without fisical injure characterised by incomplete respiration, short, irregular, anxious, followed by yawning and sighs, susceptible of being improved by alcalose, that determines neuro-muscular excitability convulsions, spasms and finally tetany! "Besides that the author also describes the crises as being characterized by two phases: one, primary, constant and the other secondary, tetanic, rare. It may occur during the course of affections or sickness, modifying their prognostics.