

Trabalhos originaes

Aspectos clinicos, radiológicos e eletrocardiográficos da doença de Bouillaud *

por

José Sarmiento Barata

Atingido o coração na doença de Bouillaud, já pela importancia do órgão afetado, já pelo cardio-tropismo da doença, o conjunto de sintomas e sinais cardiacos, qualquer que seja o vulto sob que se exhibe, quasi que dominam completamente o quadro clinico como que sintetizando toda a doença.

E' raro que a doença faça a fórmula estabilizada, e o doente, completamente curado, fica ou não com defeito anatomico, dos quais a lesão oro-valvular é o mais comum, permanecendo apenas exposto aos consequentes disturbios hemo-dinamicos.

Na maior parte das vezes a doença cronifica, evolve em silencio e se exterioriza por surtos iterativos agudos que irrompem periodicamente. As lesões de mio-endocardite, continuam em atividade, e as superficies valvulares, as facetas de Firket, inflamadas, não raro carregadas de vegetações, facilmente se prestam ao enxerto da infecção setica: é a complicação fatal, a endocardite maligna.

Mas, realmente, com maior frequencia, como arremate de sua odisseia patológica, sobrevem a aritmia completa e a insuficiencia cardiaca.

Esta deploravel situação se deve:

1.º — ao fato de ter sido considerado o antigo reumatismo poli-articular agudo, doença aguda, quando evolve geralmente como doença cronica.

2.º — ao desconhecimento das fórmulas clinicas que evolvem como uma serosite ou viscerite sem manifestações anartropaticas ou preartropaticas.

3.º — ao fato do diagnostico vir a ser feito sómente tardiamente, não raro retrospectivamente, pela verificação tardia de uma lesão oro-valvular.

A anatomia patológica nesses ultimos anos orientou o clinico de maneira muito diversa, quanto ao prognostico e tratamento. Embora esses estudos tivessem sido iniciados de longa data, pois em 1904, ASCHOFF, dentre os corações estudados com TAWARA, em 5 verificou a classica miocardite nodular, sómente após os memoraveis trabalhos de LETULLE, WEILL e BEZANÇON, sobre a miocardite nodular especifica e sua cronicidade publicados em 1926 nos "Annaes de Medicina Franceses", é que o clinico começou a perceber da necessidade de tratar estes reumaticos periodicamente tal como se faz nas doenças cronicas, por sua evolução. Como era de se esperar, inumeros trabalhos da mesma natureza foram surgindo, ao mesmo tempo que a clinica, com outra orientação melhor, apurou as manifestações morbidas do mal, mais tarde sintetisadas pela patologia, nas diferentes fórmulas clinicas.

* Trabalho lido na sessão de 5 de Dezembro de 1935 da Sociedade de Medicina por ocasião das Jornadas Médicas comemorativas do Centenário Farrroupilha.

Porém a descrição da fôrma primitiva do reumatismo cardíaco, revolucionou de tal fôrma este capítulo da medicina, que a doença antes caracteristicamente articular, passou a ser quasi que exclusivamente cardíaca e a fluxão articular um simples episodio. A comprovação temos da leitura da memoravel monografia de GARRETON SILVA, sobre o reumatismo cardíaco evolutivo.

As pesquisas mais recentes de anatomia patológica, ainda nos orientam de maneira mais firme e cientifica; assim KLINGE, em publicação nos "Arquivos de Anatomia Patologica de Virchow de 1931", demonstra a eletividade da doença para os tecidos dependentes do mesenquima, e descreve os nodulos de ASCHOFF em variadas partes do organismo, abalando a idéia até então reinante de que no reumatismo cardíaco evolutivo, a lesão teria como localização primitiva o miocardio, onde se acantonaria em latencia.

GRASS e EHRLICH de New York, em 70 autopsias descreveram os nodulos de ASCHOFF em diferentes partes do organismo, predominando em numero aqui ou ali de acordo com as fôrmas clinicas.

Por conseguinte, a doença de Bouillaud sob o ponto de vista anatomo-patologico, seria a doença do tecido conjuntivo e clinicamente teria uma localização primitiva e eletiva que variaria com a fôrma clinica, podendo se instalar em qualquer parte do organismo. Ainda podemos ir além, e com DUQUE, URDANPILLETA e MORALES de Hespanha, explicando a influencia dos fatores constitucional e endocrinico sobre a frequencia e evolução do reumatismo cardio-vascular, afirmar que os tipos astenico e hipoplastico, que indicam um estado hipo-evolutivo do sistema mesenquimal, são os mais sujeitos ao reumatismo cardio-articular.

Orientado o clinico por estas noções realmente valiosas, a situação do paciente com a doença de BOUILLAUD já se modificara completamente, quando entram em cena a eletrocardiografia e a radiologia, permitindo não só um diagnostico mais precoce, como apontando a doença em casos nos quais a escassez ou diversidade de sintomas ou sinais, não permitiam a previsão diagnostica, e esclarecendo a natureza de algumas dessas lesões e o grau de atividade delas.

Clinicamente é muito difficil dizer com absoluta certeza do predomínio das lesões, si no pericardio, miocardio ou endocardio, aumentando cada vez mais a crença de que o ataque simultaneo a estas partes, em grau maior ou menor, seja de regra, constituindo a pancardite de DUROZIEZ ou cardite de PICHON.

Afóra nos casos de lesão oro-valvular e consequentes disturbios hemo-dinamicos, com ou sem sintomatologia clinica da doença de BOUILLAUD, a radiologia e a electrocardiografia merecem atenção pelos serviços que prestam particularmente nas tres categorias seguintes:

1.^a categoria — casos com apenas sinais clinicos que traduzem estado meioprágico da fibra cardíaca: dilatação do coração, bulhas fracas, galope, taquicardia simples, ritmo pendular, hipotensão, dispnéia, oliguria, grande figado e estado sincopal, constituindo o quadro clinico do miocardismo da doença infecciosa.

Eis uma situação absolutamente embaraçosa para um diagnostico etiologico. Dous exemplos vos farão compreendê-la:

O 1.^o desses casos que observamos, era tratado como tífico, apesar da hemocultura e sôro-aglutinação para os germes desse grupo serem negativas e a contagem de globulos brancos ter atingido a 16.000 por mm³. No dia da conferencia conseguimos demonstrar a participação discreta das articulações e o grande aumento da area cardiaca confirmado pela radiologia.

Dois dias depois morria aos progressos da insuficiencia cardiaca.

O 2.^o caso, ha poucos meses, baixou á enf. Manoel P_Y, com o quadro clinico de uma infecção, grande dispnéia e grande aumento da area cardiaca. As manifestações artropaticas eram discretas. Cansado o medico que o atendia, sómente ao cabo de quasi um mez de medicação empirica, aconselha o internamento.

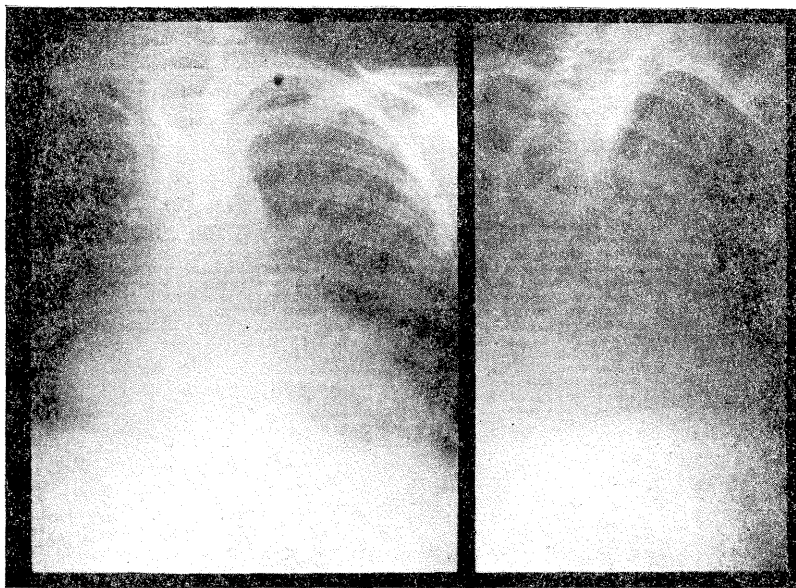


Fig. n.º 1

Pelo exame radiologico (fig. n.º 1), verifica-se um grande aumento da area cardiaca e sinais de acentuada estase da pequena circulação. O eletrocardiograma revela uma preponderancia ventriculr e atipia de T nas tres derivações, consistindo no achatamento em 1.^a derivação e baixo potencial em 2.^a e 3.^a. O flebograma regista uma onda *a* de amplitude exagerada. Figs. 2 e 2 A.

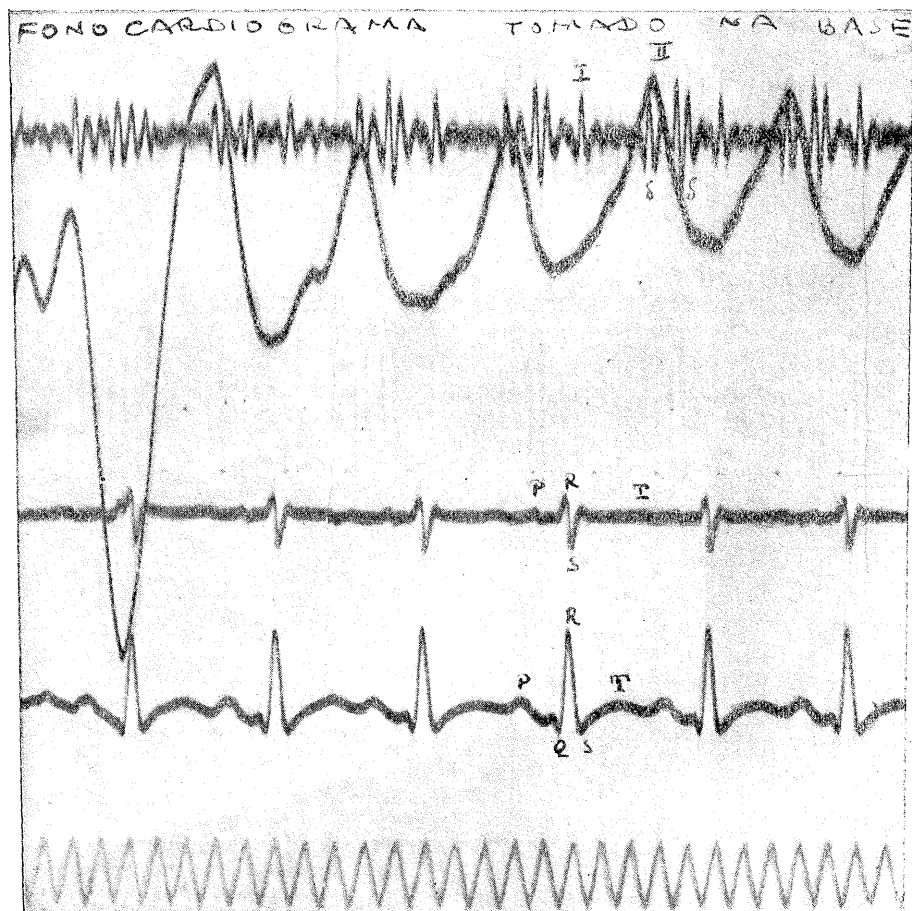


Fig. n.º 2

Dois autores argentinos, BERTRAND e ABDALA, descreveram pela "Prensa Medica Argentina" de Maio de 1935, casos dessa natureza e chamam a atenção para o valor que merece a verificação do aumento da area cardiaca no diagnostico. Eu vos posso afirmar que em nenhuma doença infecciosa o verifiquei tão acentuado e tão precoce.

2.ª categoria — ARITMIA.

Em segundo lugar vos quero falar dos casos nos quais predominam as perturbações de ritmo, sendo que a maior parte sómente pôdem ser bem caracterizadas, pela eletrocardiografia e roentgenquimografia e não raras vezes unico o eletrocardiograma revela a natureza e séde da doença.

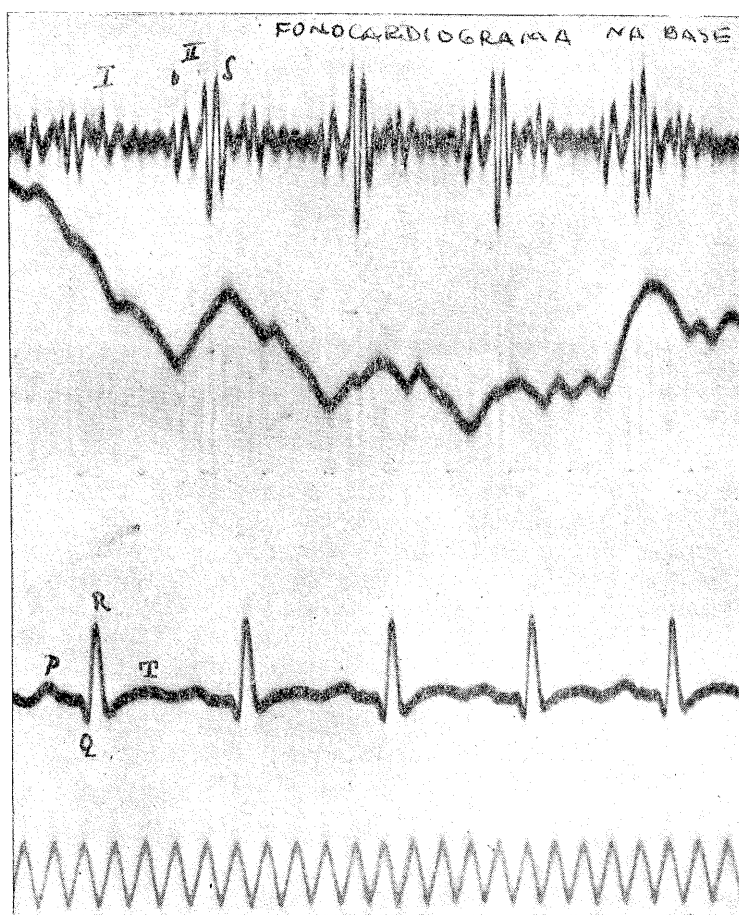


Fig. n. 2 a

A) INIBIÇÃO.

a) Bradicardia.

De longa data tem sido descrita a bradicardia no decurso das doenças infecciosas, traduzindo certo grau de hipertonia vagal, e com um eletrocardiograma normal, á parte o alongamento do grande silencio ou TP. E' uma bradicardia sinusal.

CLERC e VIALARD verificaram-na em 38% de seus observados.

LIAN e CALCENA descreveram em 42% 42 a 60 pulsações e em todos os periodos da doença, ora aparecendo ou desaparecendo com o sur-

to agudo, ora com uma duração prolongada, persistindo até o aparecimento de nova crise.

Estes autores descreveram aqui o fenomeno do escapamento ventricular, que se produz toda vez que a pausa auricular se torna superior a 92/100 de segundo. A ausencia de incitação auricular põe em atividade o poder de automaticidade ventricular, de fórmula que temos um eletrograma auricular para dois ventriculares. Este disturbio eletrocardiografico tem persistido até a defervescencia e desapareceu com a medicação intravenosa pela atropina.

Nós verificamos em um caso de reumatismo uma bradicardia de 43 pulsações por minuto, que cedeu rapidamente com a medicação pela atropina per os.

b) Bloqueio simples.

No bloqueio simples ha retardamento na passagem do estimulo oriundo do complexo nodal cavo-auricular, que se traduz por alongamento do intervalo PQ, que mede a condução auriculo-ventricular e transauricular. Este espago PQ, que normalmente mede no maximo 0"18 de segundo, na doença de BOUILLAUD não raro ultrapassa este algarismo, chega a 0"30 e a 0"45, como no caso de LIAN, superpõe-se ao acidente T da revolução anterior como no caso de WHITE ou o precede como no caso de AUBERTIN.

A frequencia dessa anomalia eletrocardiografica no decurso do reumatismo chega a 92%, segundo REID KENWAY.

E' interessante aqui recordar o caso do reumatismo de GERAUDEL e MOUQUIN, com ruido diastolico por eles interpretado como sistole auricular audível, com alongamento de PQ e no qual o ruido desapareceu uma vez normalizada a condução.

Donde se conclue que passado o surto agudo, o tempo de condução se normaliza; entretanto LIAN e COHEN citam um numero regular de casos nos quais o disturbio de condução permaneceu por longo tempo.

BEZANÇON e WEIL publicaram um caso no qual 8 anos após o primeiro surto reumatismal como evolução sub-aguda ainda o disturbio de condução se patenteava.

Nós temos verificado a permanencia do disturbio de condução por longo espago de tempo como poderão ver nas seguintes observações:

M. J. G. registo 750 AC, com 6 anos de idade, vai ao consultório depois de seu terceiro surto de reumatismo, após intenso tratamento pelo salicilato de sodio e um mez após a defervescencia.

Pelo exame do aparelho circulatorio verificamos sinais de lesão de estenose e insuficiencia mitral compensada.

O exame radiológico revelou aumento das cavidades auriculares e ventriculares. Aumento total uniforme da area cardiaca como poderão ver na Fig. 3.

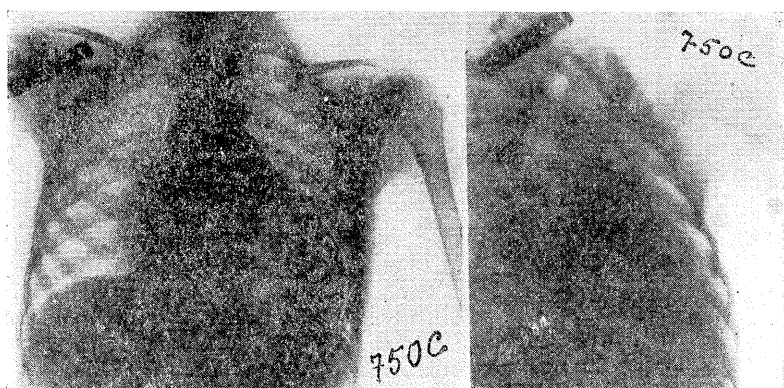
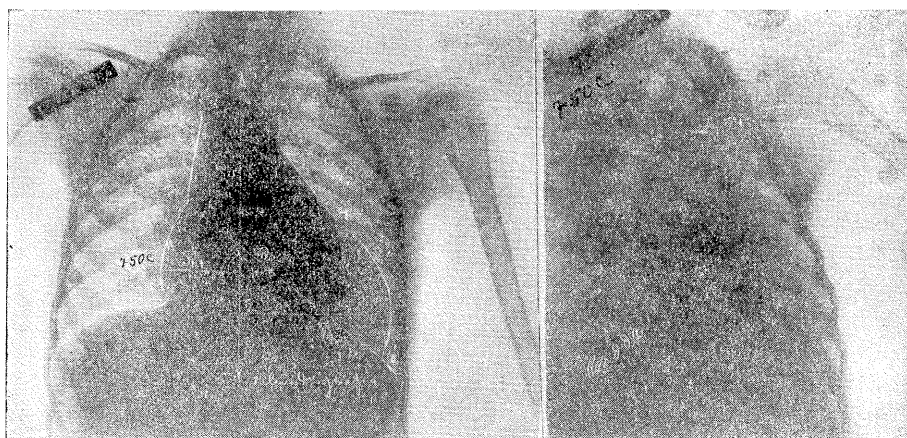


Fig. n.º 3

No traçado letrocardiografico tomado nas tres derivações, notamos: Figs. 4 e 4 A.

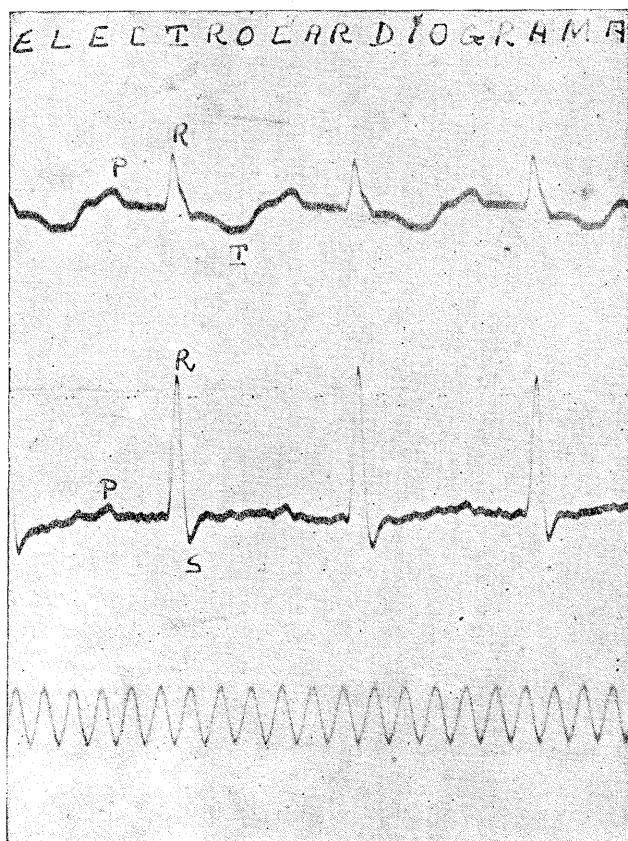


Fig. n.º 4

1.^a derivação:

Eletrograma auricular: Onda P positiva e ampla. Intervalo PQ = 0"25.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Ramo descendente de R espessado e com tendencia a colchete.

Onda T ampla, negativa e com o intervalo ST situado abaixo da linha iso-eletrica.

2.^a derivação:

Eletrograma auricular: Onda P positiva e com uma amplitude de 0"08. Intervalo PQ = 0"25.

Eletrograma ventricular: flecha principal R, de alto potencial. QRST = 0"31. Constante sistolo-diastolica:

$$D = 0.24 \quad C = 0.57$$

$$K = \frac{D}{C} \frac{1}{(C + 41)} \quad , \text{ donde } K = 0,0040$$

Normal: 0,0040 a 0,0049

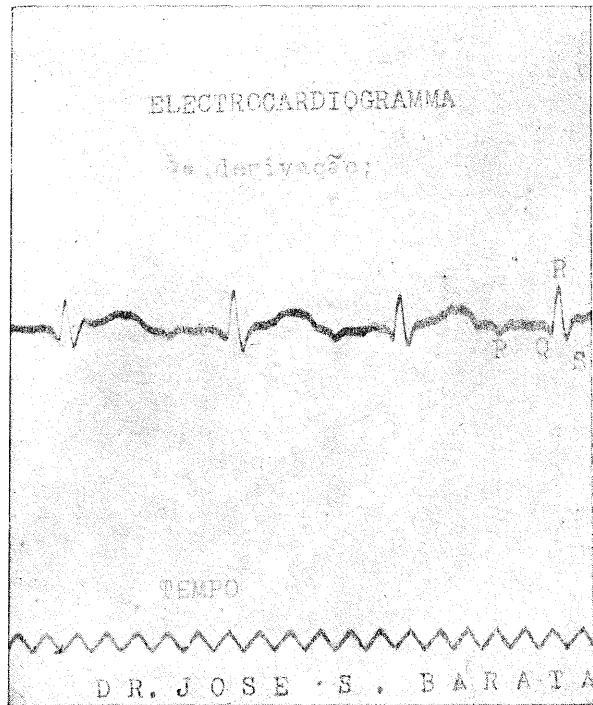


Fig. n.º 4a

3.ª derivação:

Eletrograma auricular: Onda P pequena e positiva.

Eletrograma ventricular: flecha principal R, com a ponta romba. Onda Q profunda. Onda T ampla e positiva.

CONCLUSÃO:

Taqui-aritmia.

Retardamento na condução auriculo-ventricular. Atipia ventricular, consistindo no espessamento do ramo descendente de R, inversão de T em 1.ª derivação, achatamento em 2.ª. Rombudez da ponta em 3.ª derivação e acentuação de Q em 3.ª derivação.

J. M. W. com 13 anos de idade, ha 4 mezes foi acometido, segundo informação do medico assistente, de um ataque de reumatismo poliarti-

cular agudo com manifestações clinicas para o lado do coração; abafamento das bulhas, taquicardia, sopro mitral sistolico, dispnéia, fígado grande e edemas dos membros inferiores.

Após tratamento classico, intenso e demorado, se refaz e vem ao consultorio. Encontramos um desdobramento da 2.^a bulha na base e um sopro sistolico com irradiação axilar. Temperatura, á tarde, de 37°. Amígdalas séticas.

O exame radiológico pelo processo de Vaquez e Bordet revelou:
Figs. 5 e 6.

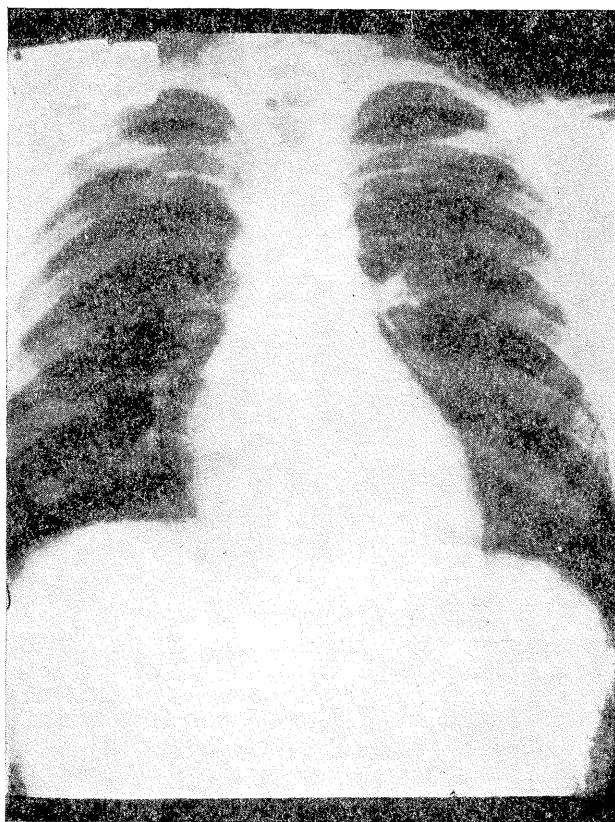


Fig. n.º 5

Coração:

Coração do tipo obliquo.

Dinamica cardio-vascular normal.

O exame nas incidencias obliquas revela aumento da cavidade auricular esquerda.

Diametros cardiacos dentro das medias normais.



Fig. n.º 6

Vasos da base:

Aorta de opacidade exagerada e alongada.
 Arteria pulmonar faz relevo ao nível do arco medio.
 Pelo processo de Abreu: (figura 6)

Médias normais

D L M	—	12,1 cms	—	12,4 cms
D T M	—	9 cms	—	9,9 cms
D A	—	8,9 cms	—	9,8 a 9,1 cms
D V	—	7,9 cms	—	8,3 a 7,7 cms
D L M	=	1,2		
D T M				

Angulo axial = 170º.

Coração de fórmula ovoide, de tipo muito curto.

Coração radiologicamente normal.

No exame roentgenquimográfico nos utilizamos de um tipo de quimografo por nós idealizado a que chamamos quimografo de grelha circular. Difere dos utilizados até então no que diz respeito á orientação das fendas da grelha. (Fig. 7.)

Os diferentes tipos de quimografo até então em uso tem as fendas da grelha orientadas no sentido horizontal.

Ora, registando o quimografo sob a forma de ondas o movimento dos contornos cardiacos e sendo estes movimentos de retração e expan-

são concentrica e excêntrica seria mais razoável que nos utilizássemos de uma grelha cujas fendas tivessem uma orientação mais de acordo com a dinâmica do órgão.

Eis porque construímos o nosso quimografo com uma grelha com as fendas irradiando de um centro que vai corresponder ao centro do coração.

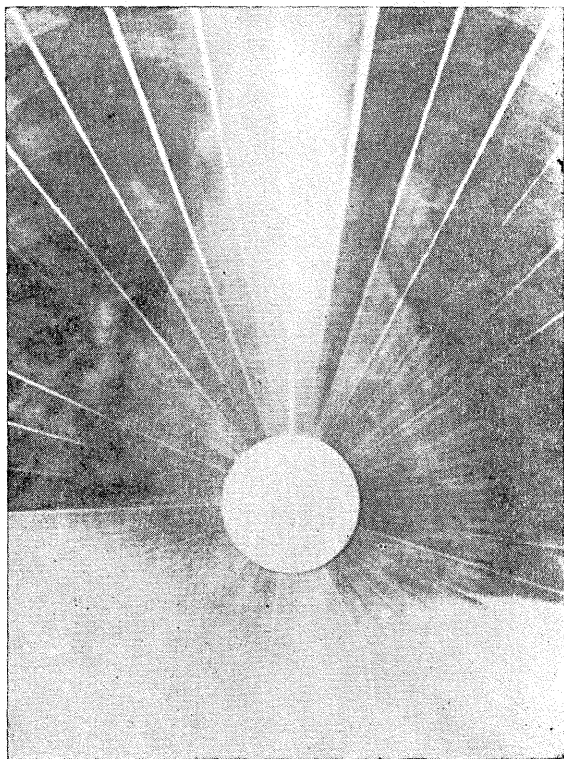


Fig. n.º 7

Ora fazemos girar a grelha, para a quimografia plana, ora o film na quimografia linear, assunto este, que reservo para uma monografia que publico dentro em breve.

Pelo quimograma que vos mostro podereis delimitar distintamente as diferentes cavidades cardíacas.

O electrocardiograma revelou: Fig. 8.

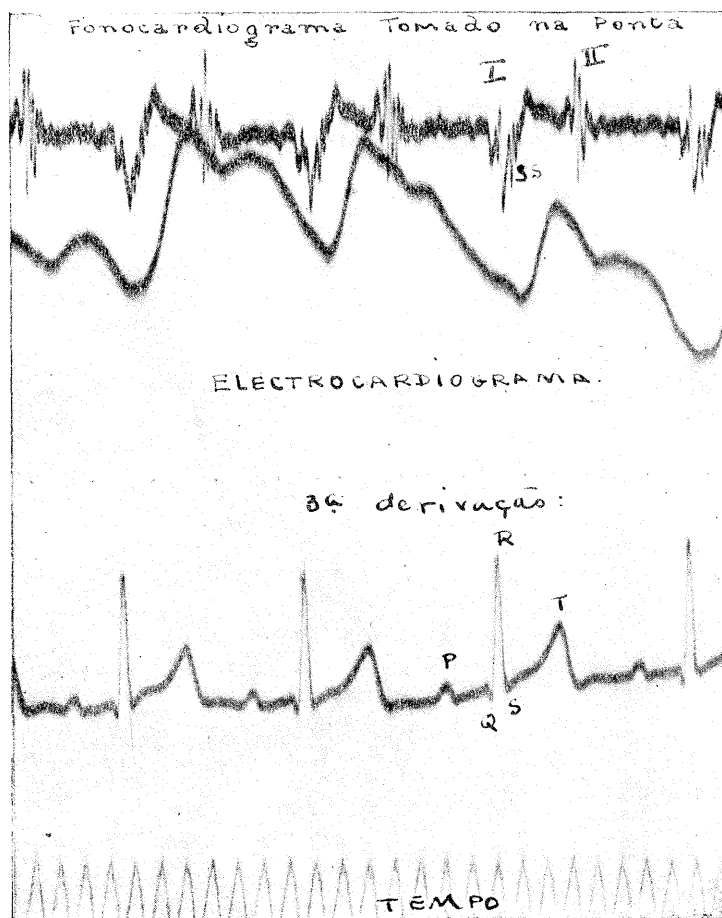


Fig. n.º 8

Fonocardiograma.

Fonocardiograma B tomado na base: desdobramento segunda bulha.

Fonocardiograma P tomado na ponta: arrastamento da primeira bulha.

Arteriograma carotidiano. Morfologicamente normal. Guarda as relações cronologicas com o electrocardiograma.

Electrocardiograma. Complexos auriculares e ventriculares seguem-se com intervalos regulares e iguais com um ritmo de 86 por minuto.

Oexame dos complexos tomados isoladamente nas diversas derivações revela:

1.^a derivação:

electrograma auricular — onda P positiva e de amplitude normal;

electrograma ventricular — de aspéto morfológico normal. Profundidade de S igual ao potencia lde R. Onda T positiva e ampla.

2.^a derivação:

electrograma auricular — onda P positiva e com uma amplitude correspondendo a 0°09.

Intervalo PQ = 0°19:

electrograma ventricular — morfológicamente típico e com uma duração de 0°35. QRS = 0°06.

Espaço ST normal. Onda T positiva e de potencial exagerado.

3.^a derivação:

electrograma auricular — onda P positiva e amplitude normal;

electrograma ventricular — flecha principal R.

Onda Q bem pronunciada. Onda T positiva e ampla.

Conclusão:

Ritmo sinusal de 86.

Bôa condutibilidade.

O exagerado potencial de T se verifica nos casos de preponderancia vagal.

Não ha atipia ventricular.

Não ha sinais electrocardiograficos de preponderancia ventricular.

Aconselhei ao paciente curas periodicas pelo salicilato de sodio e remoção dos fôcos séticos.

Sómente 8 mezes após esta consulta, nos volta o paciente, que foi examinado por outros colegas após o tratamento que aconselhamos.

Estes tranquilizaram a familia e reputaram exagerados nossos conselhos.

Subjetivamente nada revela nosso observado.

O exame revelou apenas desdobramento da 2.^a bulha na base e arastamento da 1.^a na ponta.

O electrocardiograma regista um disturbio de condução auriculo-ventricular como podereis ver: (Fig. 9)

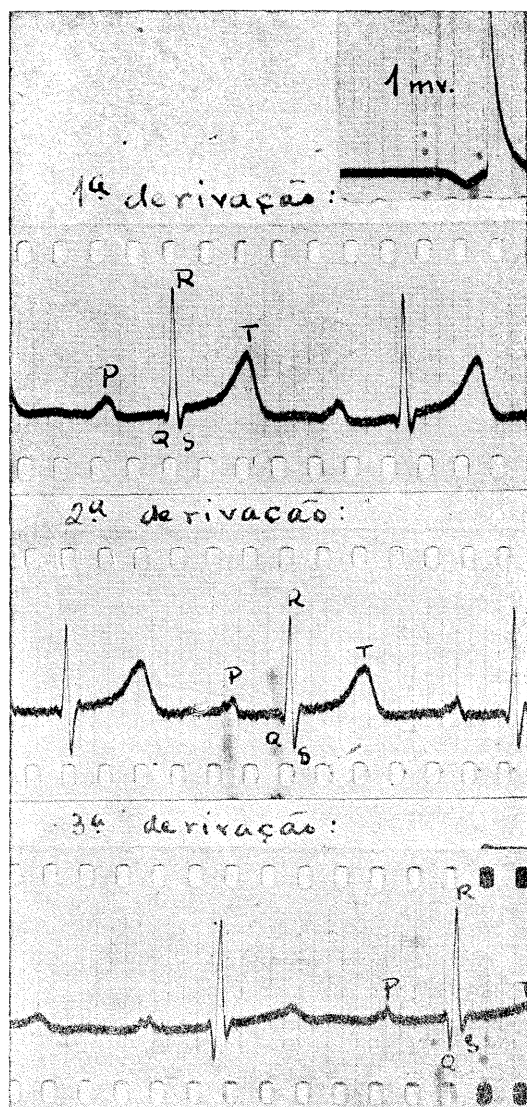


Fig. n.º 9

Complexos auriculares e ventriculares seguem-se com intervalos regulares e iguais.

O exame dos complexos tomados isoladamente em cada derivação revela:

1.^a derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva e de boa amplitude.

Eletrograma ventricular — flecha principal R de alto potencial. Onda T positiva e de grande amplitude. Onda S grande.

2.^a derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva e de amplitude correspondente a 0"08.

Espaço PQ = 0"28.

Eletrograma ventricular — flecha principal R de alto potencial. QT = 0"05. Onda T positiva e ampla.

3.^a derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva e bifida.

Eletrograma ventricular — flecha principal R. Onda Q profunda. Onda T positiva e pequena.

Conclusão:

Ritmo sinusal.

Bloqueio simples.

Segundo Pardee a exagerada profundidade de Q em 3.^a derivação traduz sobrecarga funcional do ventrículo esquerdo.

O. A., com 29 anos, procura o consultório para tratar-se de perturbações gastro-intestinais.

O exame clínico verifica uma doença mitral, e a anamnese colhe dados que permitem concluir pela possibilidade de uma forma frusta de reumatismo no passado. Subjetivamente acusa de quando em vez algumas palpitações.

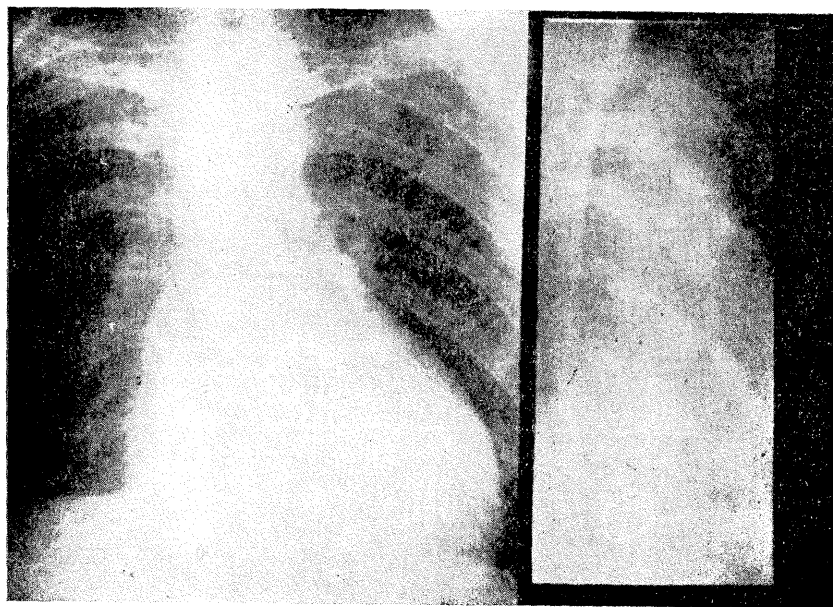


Fig. n.º 10

O exame radiológico (fig. n.º 10) revela um aumento total uniforme da área cardíaca. Aurículas e ventrículos se acham dilatados e hipertrofiados como acontece no 7.º complexo de Abreu, que se verifica nos casos em que ha certa equivalencia entre as lesões de estenose e insuficiencia.

Pelo exame eletrocardiografico verificamos: (Figs. 11 e 11 A)

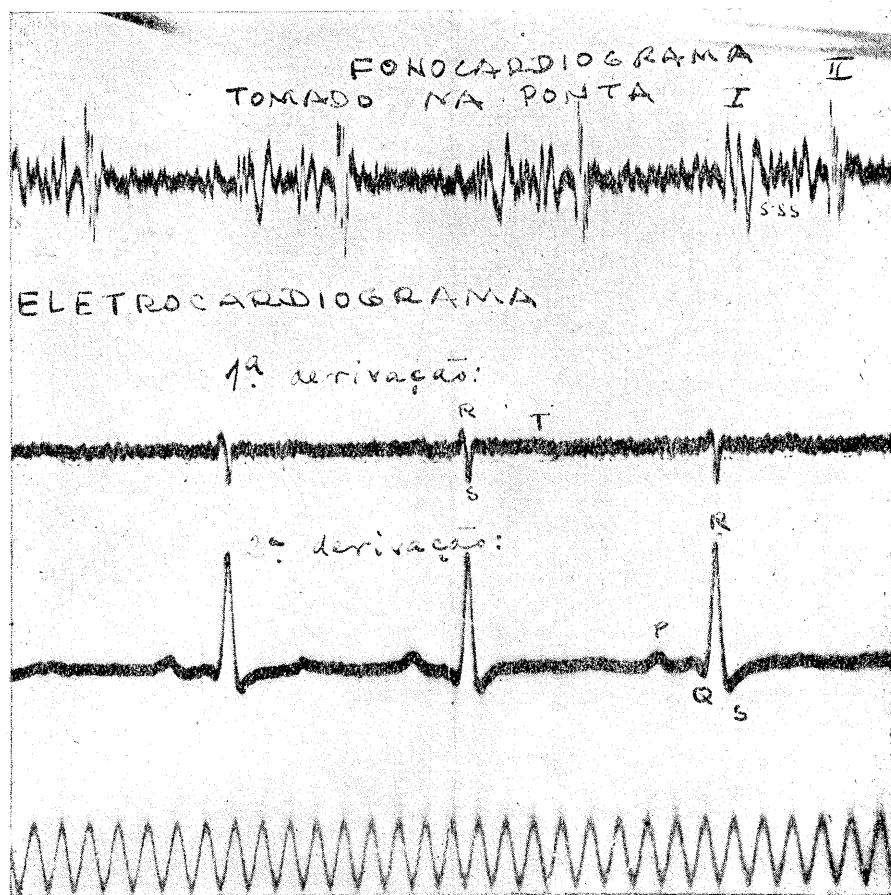


Fig. n.º 11

Ritmo sinusal de 86 por minuto.

Preponderancia ventricular direita.

Tempo de condução PQ = 0"21.

Achatamento de T em 1.ª e 2.ª derivações, com inversão em 3.ª O fonocardiograma tomado no fóco de auscultação da pulmonar evidencia o desdobramento da 2.ª bulha, e no fóco mitral o duplo sopro e o desdobramento da 1.ª bulha.

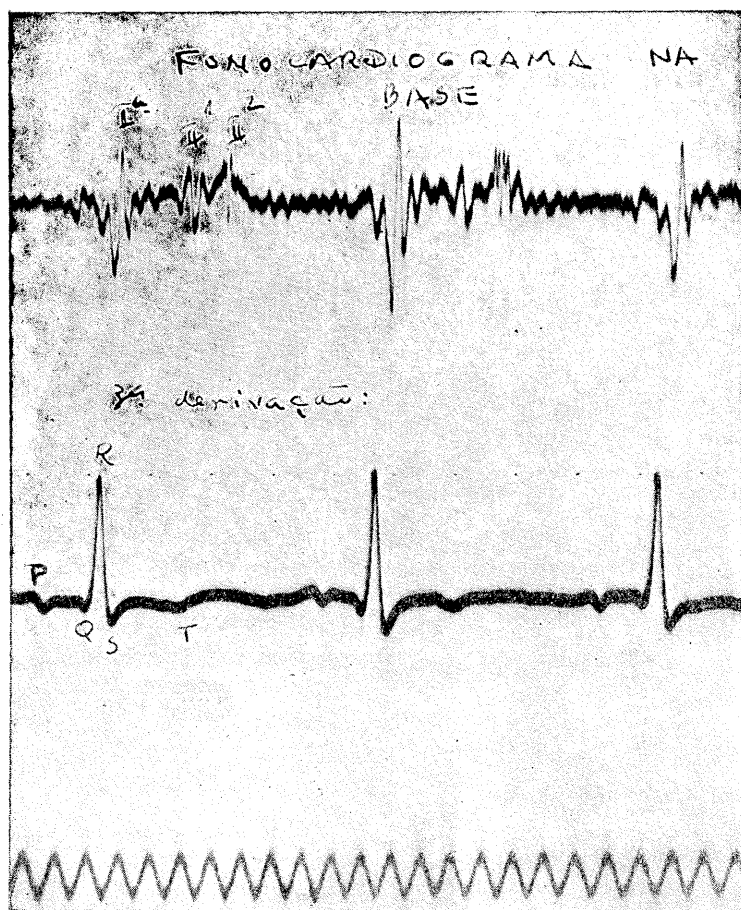


Fig. n. 11 a

c) Bloqueio completo.

Para LEVY e TURNER nenhum outro estado morbido se acompanha de distúrbios de condução com a frequência da febre reumática. Em 27% de seus reumáticos encontrou distúrbios de condução.

Não raras vezes única esta anomalia eletrocardiográfica tem permitido a identificação da doença na ausência de manifestações clínicas articulares e cardíacas. Assim, no caso de WHITE, a verificação da dissociação precedeu de 4 dias a aparição dos acidentes reumáticos.

Este distúrbio de ritmo às vezes é acompanhado de taquicardia e acontece desaparecer quando sobrem a bradicardia da convalescência.

São conhecidos os casos de CLERC, LEVY e VIALARD, cuja dissociação foi transitória, os de CASTEX, RAMIREZ e REPETTO, nos quais o bloqueio completo desapareceu após o tratamento salicilado e numerosos outros.

Em 14 de Março de 1932, vou atender N. C., com 32 anos, que fazia o 2.º surto de reumatismo poliarticular agudo. O 1.º surto se dera ha 8 anos passados e deixara como reliquat uma dupla lesão da mitral. Instituido o tratamento salicilado por via intravenosa, ao cabo de tres dias o doente entrou em defervescencia. No quinto dia queixou-se de estado vertiginoso e é tomado o primeiro eletrocardiograma, que revelou: Figs. 12 e 12 A.

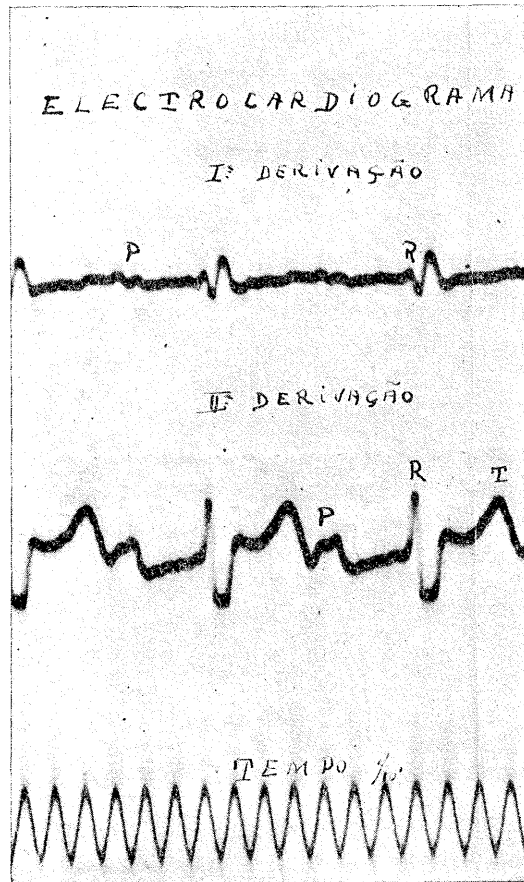


Fig. n.º 12

Ritmo sinusal regular de 84 por minuto.

1.ª derivação:

Eletrograma auricular: onda P positiva e quasi desdobrada.

Eletrograma ventricular: em W. Onda T negativa e achatada.

2.ª derivação:

Eletrograma auricular: onda P positiva, bifida e com uma duração de 0"12. Intervalo PQ = 0"32.

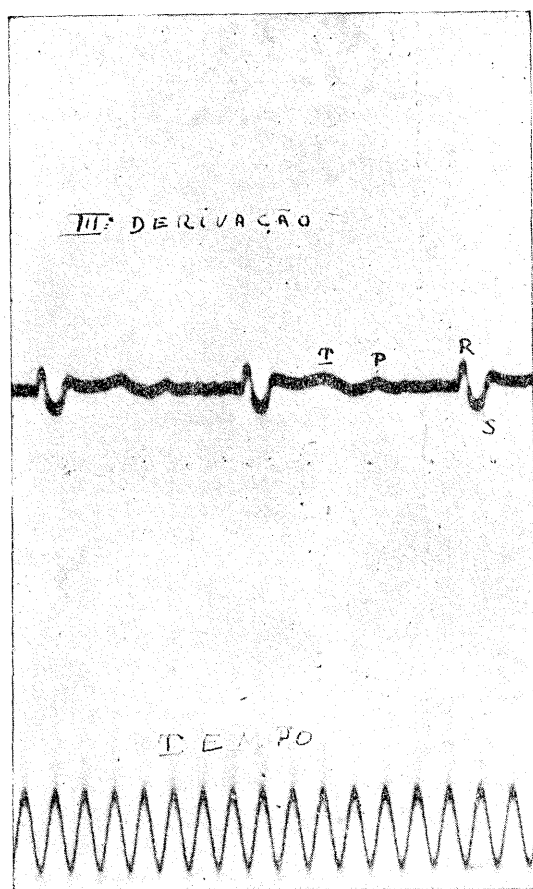


Fig. n. 12 a

Eletrograma ventricular: flecha principal R. QRS = 0"09.

Onda T positiva e ampla.

3.^a derivação:

Eletrograma auricular: onda P positiva.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Onda T positiva.

Constante sistodiastólica: S = 0"36. D = 0"32. C = 0"70.
K = 0,0040.

O tratamento salicilado foi mantido alternativamente por via oral e intravenosa até 10 de Abril. Dia 15 tomamos novo eletrocardiograma e observamos diminuição do número de batimentos — 78, e do intervalo PQ, que passou a 0"28. Figs. 13 e 13 A.

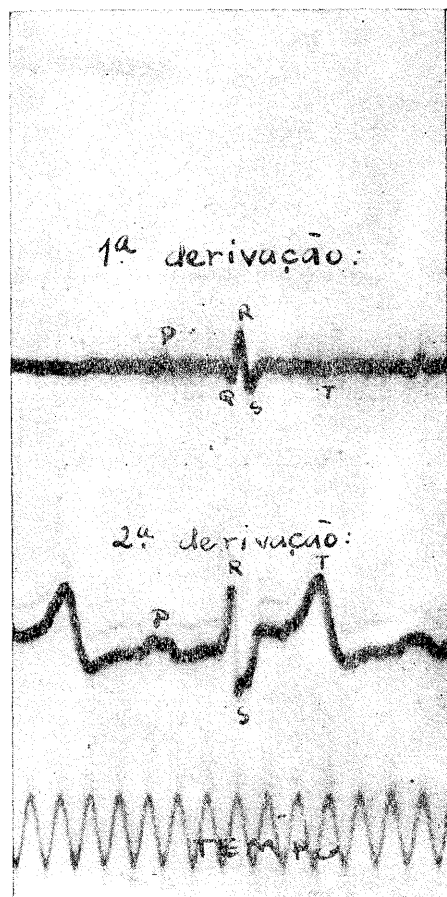


Fig. n.º 13

Ainda merece atenção a correção morfológica de QRS em 1.ª derivação e a maior amplitude de T em segunda derivação.

Constante sistolo-diastolica: C = 0"84. D = 0"45. K = 0,0040.

Apesar do ótimo estado geral do nosso doente e do intenso tratamento salicílico, persiste o distúrbio de condução e a atipia ventricular.

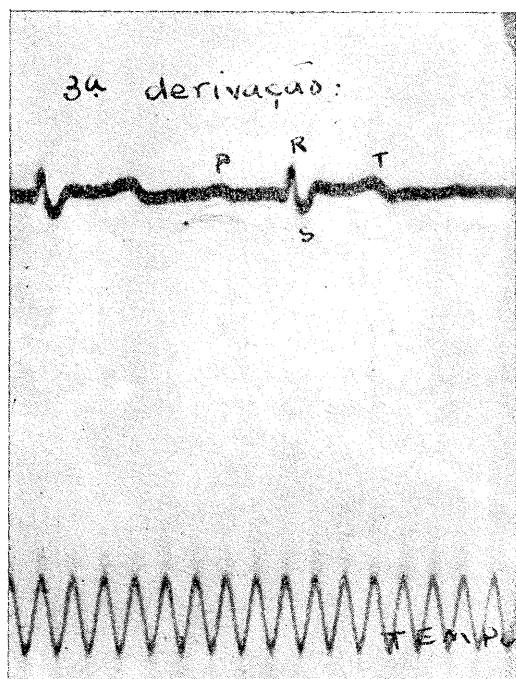


Fig. n.º 13 A

Ha poucos dias voltou ao consultorio. Após o ultimo eletrocardiograma, tomado em 32, diz nada ter sentido. Ultimamente sobrevieram fortes vertigens, e o eletrocardiograma revelou absoluta independencia dos eletrogramas auriculares e ventriculares, por conseguinte bloqueio completo com ritmo de 2 para 1. Figs. 14 e 14 A.

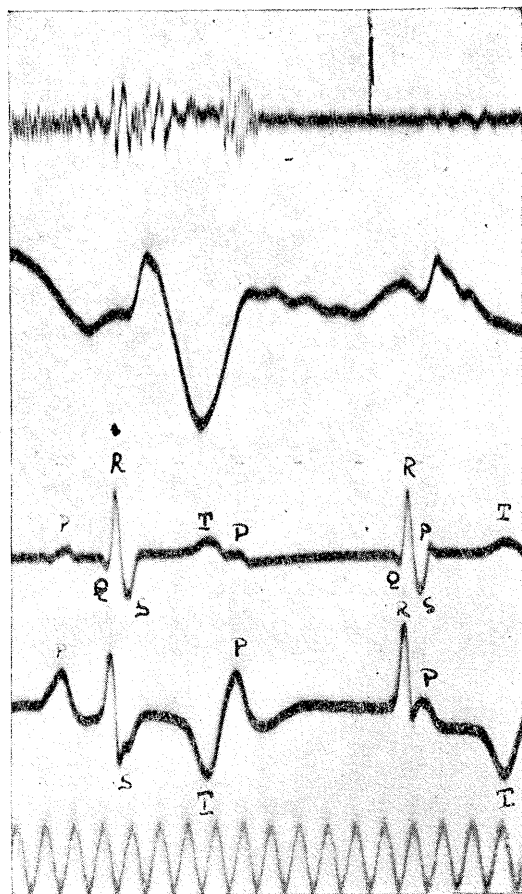


Fig. n.º 14

B) HIPEREXCITABILIDADE

a) Taquicardia

No decurso do surto agudo, a taquicardia ou depende da hiperpirexia, é normotópe e o eletrocardiograma é normal, com sómente encurtamento do pequeno silêncio; ou pode estar ligada a uma alteração do miocárdio, ser sinusal e coincidir com alterações dos complexos ventriculares.

AUBERTIN descreveu um caso de verdadeiros acessos de taquicardia, aparecendo inopinadamente no decurso de um surto reumático, com os caracteres clínicos da taquicardia heterotópe e no qual o traçado eléctrico demonstrou a natureza sinusal.

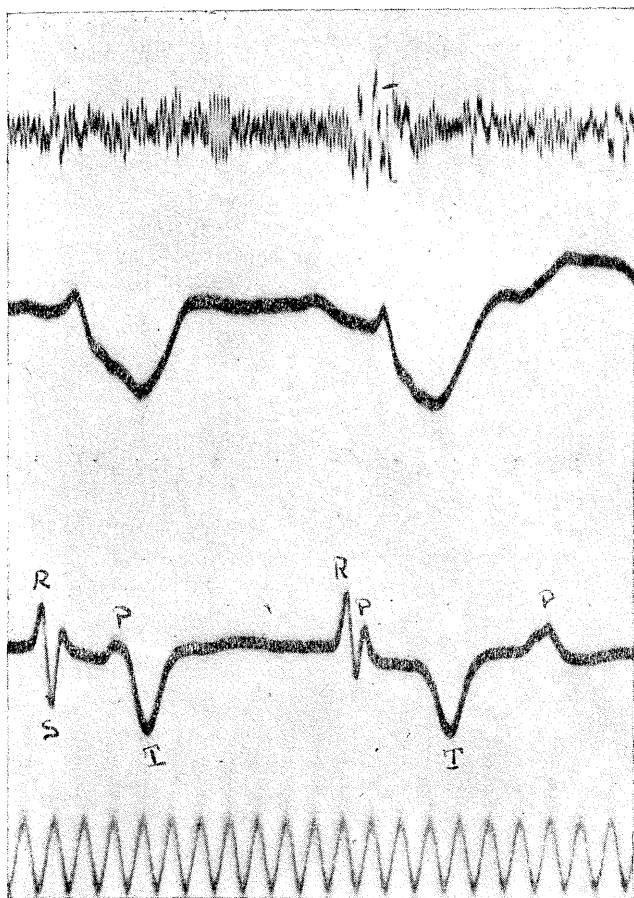


Fig. n.º 14 A

GALLAVARDIN cita nos "Archives des Maladies du Coeur", de 1933, um caso de verdadeira taquicardia paroxística.

SHOOKHOFF, LITVAK e MATUSOFF descreveram no "American Journal of Dis. Of Children", de Janeiro de 1932, um caso de taquicardia paroxística por flutter auricular paroxístico com ritmo de 1/1 no qual este acesso de taquicardia constituiu o primeiro sinal de severo ataque de reumatismo poliarticular agudo.

E' interessante notar-se a raridade da modalidade nodal, mesmo negada por VIALARD, em oposição á frequencia da variedade supra-nodal ou infra-nodal.

Nesses casos, como nos citados por ESMEIN, PESÚ, DONZELOT e VIALARD, ha um verdadeiro encurtamento do espaço que separa a contração auricular da ventricular, e dai os ritmos taquicardicos supra-

nodal, juxta-nodal ou infra-nodal, o que traduziriam um processo de miocardite auricular.

Tivemos a oportunidade de observar um caso no qual, suprimida a excitação sinusal, o ritmo passou a ser mantido por excitações oriundas da parte superior do nó TAWARA, do centro de ZAHN, realizando o ritmo supranodal ou auricular inferior.

Geiva N., com 21 anos de idade, vai á consulta com forte dispnéia.

Este sofrimento data de tenra idade, mas se tem intensificado ulti-

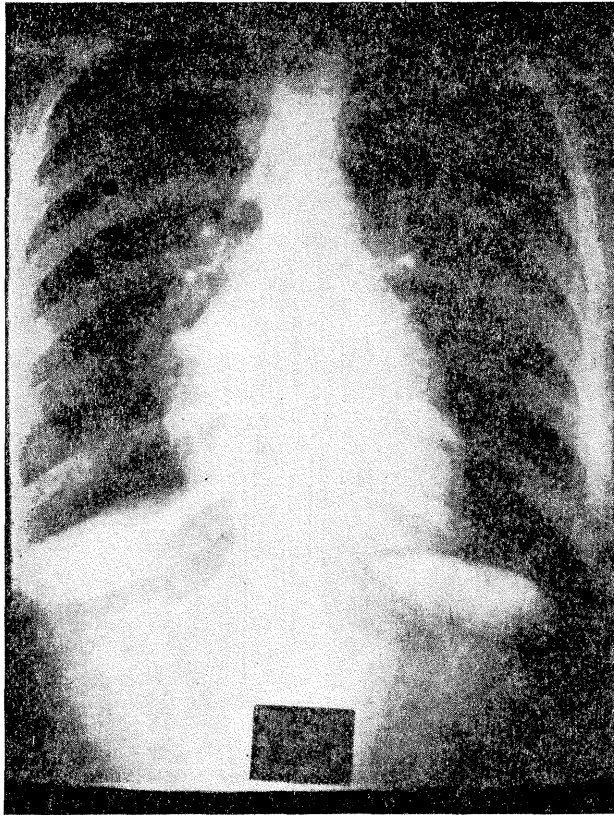


Fig. n.º 15

mamente, obrigando-a a abandonar a profissão de caixa. A história não regista o classico reumatismo poliarticular agudo, mas de quando em vez a nossa doente é acometida de dores reumaticas.

O exame clinico e radiológico concluem pela dupla lesão da mitral de insuficiencia e estenose, como se poderá ver nas radiografias tomadas em diversas incidencias e no quinograma. Figs. 15, 16 e 17.

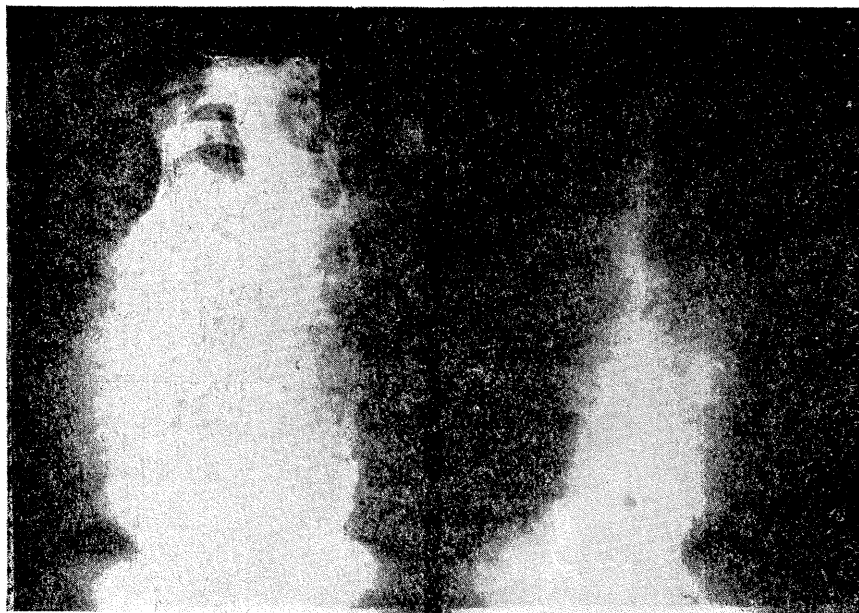


Fig. n.º 16

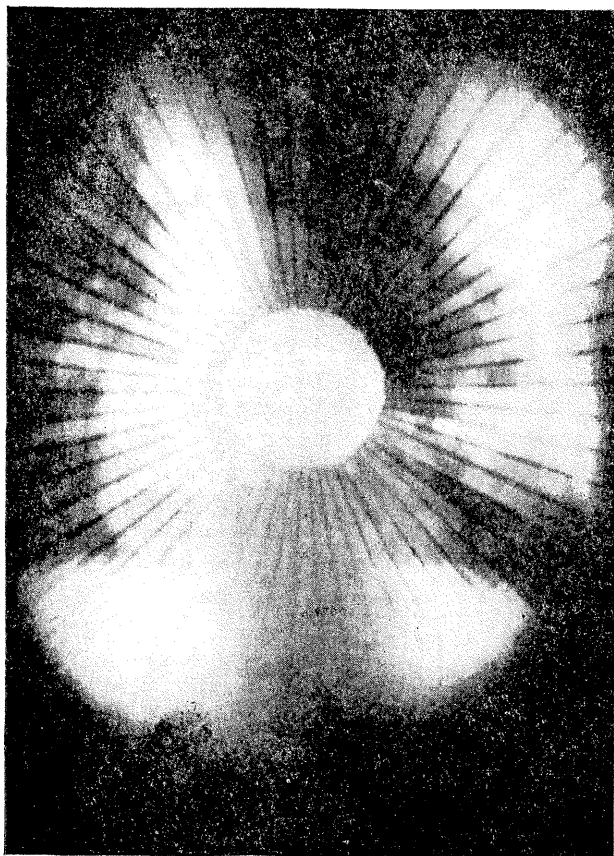


Fig. n.º 17

O 1.º traçado eletrocardiográfico tomado nessa ocasião regista:

1.ª derivação: complexos de baixo potencial. Figs. 18 e 18 A.

Eletrograma auricular: onda P quasi imperceptível.

Eletrograma ventricular: de caracterização difícil, mas com o formato de W. Onda T positiva.

2.ª derivação:

Eletrograma auricular: onda P negativa e com uma duração de 0"09. Intervalo PQ = 0"14.

Eletrograma ventricular: morfologicamente típico.

QRS = 0"06. Onda T ampla e positiva. Constante sistodiastólica:

K = 0,0040 D = 0"50 C = 0"90.

3.ª derivação:

Eletrograma auricular: onda P negativa, ampla e bifida.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Onda T positiva.

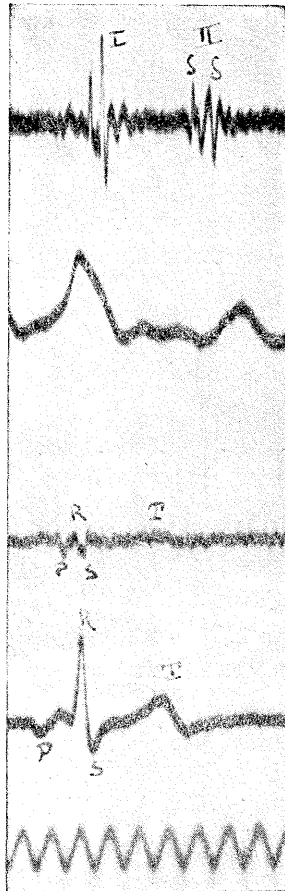


Fig. n.º 18

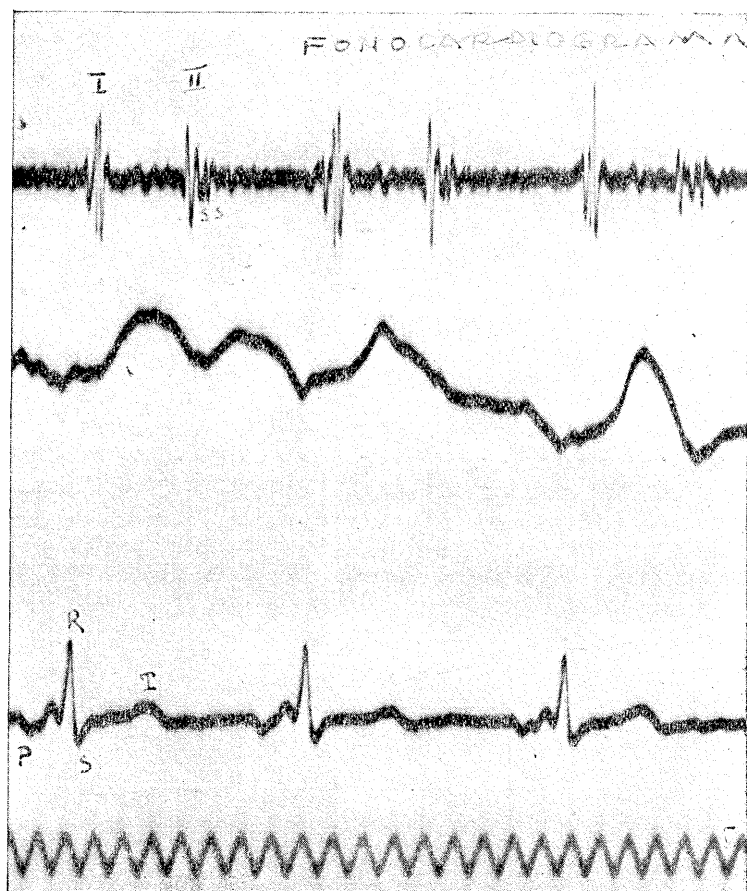


Fig. n.º 18 A

A paciente fez medicação por diferentes tónicos cardíacos e medicação intensa pelo salicilato de sódio.

Tomado o 2.º eletrocardiograma, observamos as interessantes modificações seguintes: (Fig. 19)

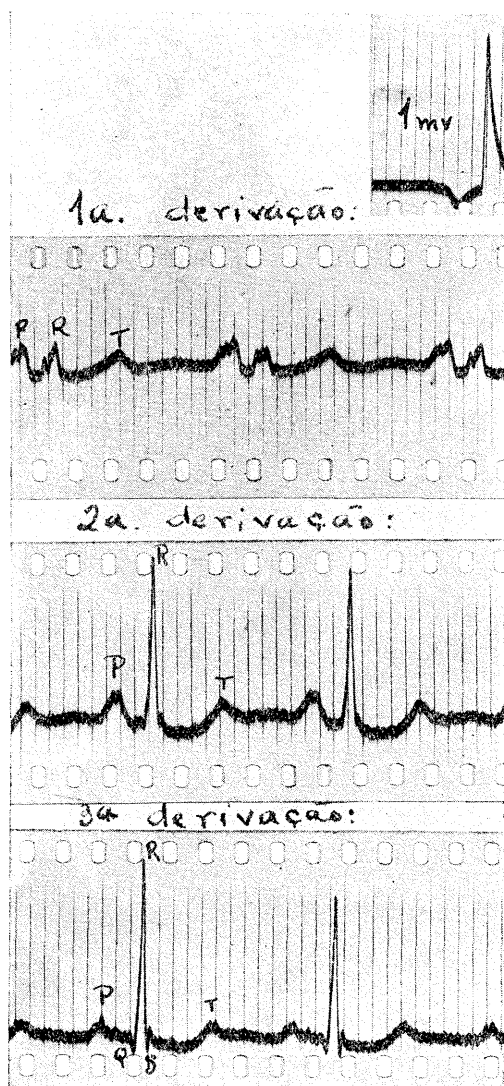


Fig. n.º 19

1.ª derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva, mas com notável variação de potencial e de amplitude de um complexo para outro. Ao lado

de ondas com 0"12 e alto potencial temos ondas de 0"05 e baixo potencial.

Eletrograma ventricular — complexos de potencial muito variavel. QRS = 0"05. Grande flecha R de potencial variavel. Espaço S T situado abaixo da linha iso-eletrica.

3.^a derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva e de amplitude normal.

Eletrograma ventricular — flecha principal R. de potencial muito variavel.

Onda Q bastante pronunciada. Espaço ST abaixo da linha iso-eletrica.

Tudo chama a atenção para a grande modificação impressa ao eletrocardiograma pela medicação salicilada. Modificação quanto á origem do estímulo, modificação de fórma, de amplitude e de potencial dos complexos.

b) Extrasistolia

O aparecimento do acidente extra-sistolico no decurso de uma doença infecciosa em paciente cujo ritmo até então tivesse sido normal, tem sido considerado como de mau prognostico. Hoje em dia não se os considera de significação tão má.

No decurso do reumatismo, nós registamos a aritmia extrasistolica com uma frequencia assim revelada num balanço bibliografico:

Na infancia, BAIN e HAMILTON encontraram em 2% de seus observados.

LIAN diz te-la verificado raramente.

AUBERTIN em menos de 50% de seus casos.

J. PARKINSON HOPE e GUISON em 14% dos reumaticos, e VIALARD em 10%.

COHN e SWIFT em mais de metade dos casos.

Alguns autores, como JOSUÉ, atribuiram as extra-sistoles ao uso prolongado da medicação salicilada, o que aliás não ficou demonstrado, e tudo faz crer nesses ultimos anos que a causa resida num processo de miocardite atingindo o tecido primitivo. Estas extra-sistoles aparecem isoladas de modo irregular ou regularmente como no bigeminismo.

Enquanto nos cardiacos em geral predominam as extra-sistoles ventriculares, aqui são particularmente frequentes as extra-sistoles auriculares.

A extra-sistole isolada é destituída inteiramente de valor prognostico, enquanto que associada a outras perturbações de ritmo ou á atipia eletrocardiografica torna o caso de prognostico reservado.

Na doença de BOUILLAUD, não é raro ver as extra-sistoles ventriculares coincidirem com o bloqueio ou a fibrilação, como veremos dentro em breve.

(Continua no proximo numero.)