

Aspectos clínicos, radiológicos e eletrocardiográficos da doença de Bouillaud*

por
José Sarmento Barata

(Continuação)

C) HIPEREXCITABILIDADE E INIBIÇÃO

a) Aritmia completa

A aritmia completa na doença de BOILLAUD tem sido estudada a meu ver com pouco interesse pelos diversos autores.

As referencias que encontramos são poucas e imprecisas.

LIAN a considera excepcional e descreve como raridade o caso de antigo reumatico no qual durante um violento surto reumatico observou a fibrilação auricular.

GERAUDEL se refere a casos nos quais a fibrilação auricular surgiu de modo transitorio durante o surto reumatismal agudo.

Diversos de nossos doentes com mitro-valvulite, já pelo processo de endo ou miocardite entre ou após diferentes perturbações de ritmo, como extra-sistoles, taquicardia paroxistica, etc., terminavam com arritmia completa.

Este estado do ritmo tem levado frequentemente á descompensação, não raro rebelde aos tonicos cardiacos e beneficamente influenciada por eles quando associada á medicação anti-reumatica.

Compulsando a literatura medica e a nossa observação, nós verificamos tres fatos interessantes relativos á fibrilação auricular e ao reumatismo.

Em primeiro lugar encontramos as estatisticas responsabilizando a doença de BOUILLAUD como causa de 50% dos casos de fibrilação auricular.

Em 1931, em artigo publicado em 30 de Maio sobre a etiologia, tratamento e prognostico da fibrilação auricular no "Journal of American Medical Association", STRONB, REISINGER e LAPLAGE em 260 casos de fibrilação auricular demonstram a origem reumatismal em 48%, e em 1.º de Janeiro de 1932 em artigo publicado no "The American Journal of the Medical Sciences", voltam os autores a salientar o papel do reumatismo na fibrilação.

MC EACHEN e H. M. BAKER em 575 casos de fibrilação, 35% atribuem ao reumatismo.

Em segundo lugar, devemos notar o insucesso e a incerteza dos resultados terapeuticos obtidos com a digitalina e os derivados da quinina, em taes casos.

Terceiro:

E' indiscutivel o resultado da medicação que visa a dinamica cardiaca, quando esta é precedida da medicação especifica que se correla-

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

ciona com o motivo do d st rbio cardíaco, tal como se d  com a tireoidectomia, no tratamento da aritmia completa dessa origem, ou com a medicação salicilada, auxiliando a compensação de um coração em insuficiência miocárdica e com uma cardite de BOUILLAUD em evolução. No entanto, diante de tudo isso, não cogitaram os médicos de auxiliar com o salicilato de sódio o tratamento da fibrilação auricular que sobrev m   doença de BOUILLAUD e cujos resultados são muitos sugestivos, como os Snrs. verão:

A. C., reg. 1282, é acometido quando ainda na Italia, de violento ataque de reumatismo poliarticular agudo. Dai para c  tem sofrido ataques leves. Ha dois meses vem se acentuando progressivamente uma dispnéia de esforço a ponto de o imobilizar numa cadeira de br cos sobre a mesa.

Quadro clínico da doença mitral reumatismal com aritmia completa em asistolia.

O exame radiológico revelou: (Fig. 20 e 21)

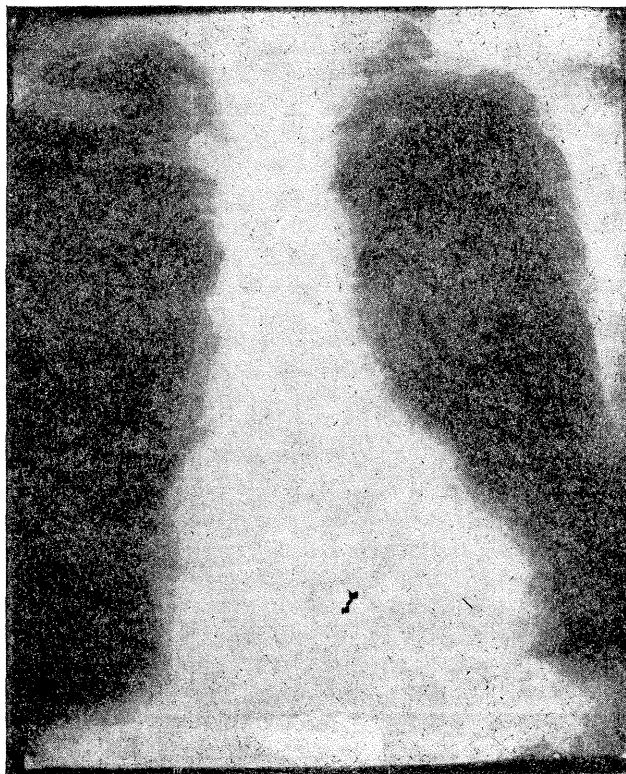


Fig. n.º 20

Cavidades auriculares e ventriculares aumentadas de volume.

A aurícula esquerda, muito aumentada, faz sal encia ao nível do arco médio e na parte superior do contorno direito, onde sua imagem se distingue perfeitamente do contorno da aurícula direita.



Fig. n.º 21

O 1.º exame eletrocardiografico revelou: (Figs. 22 e 22 A)

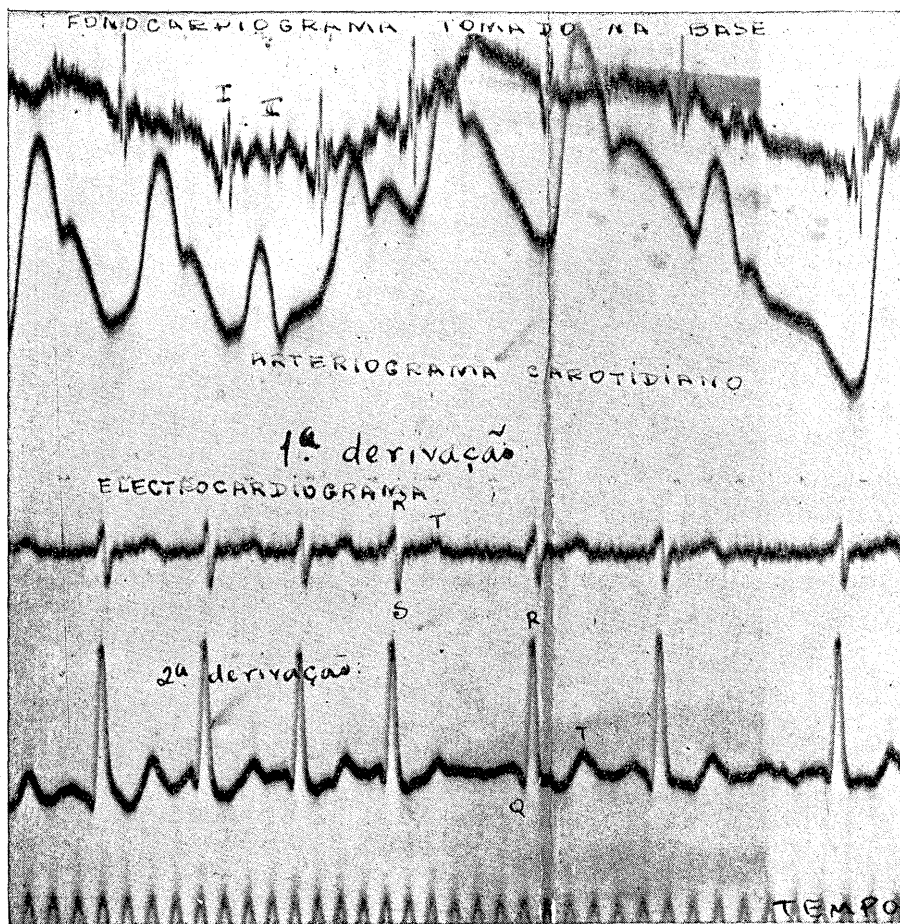


Fig. n.º 22

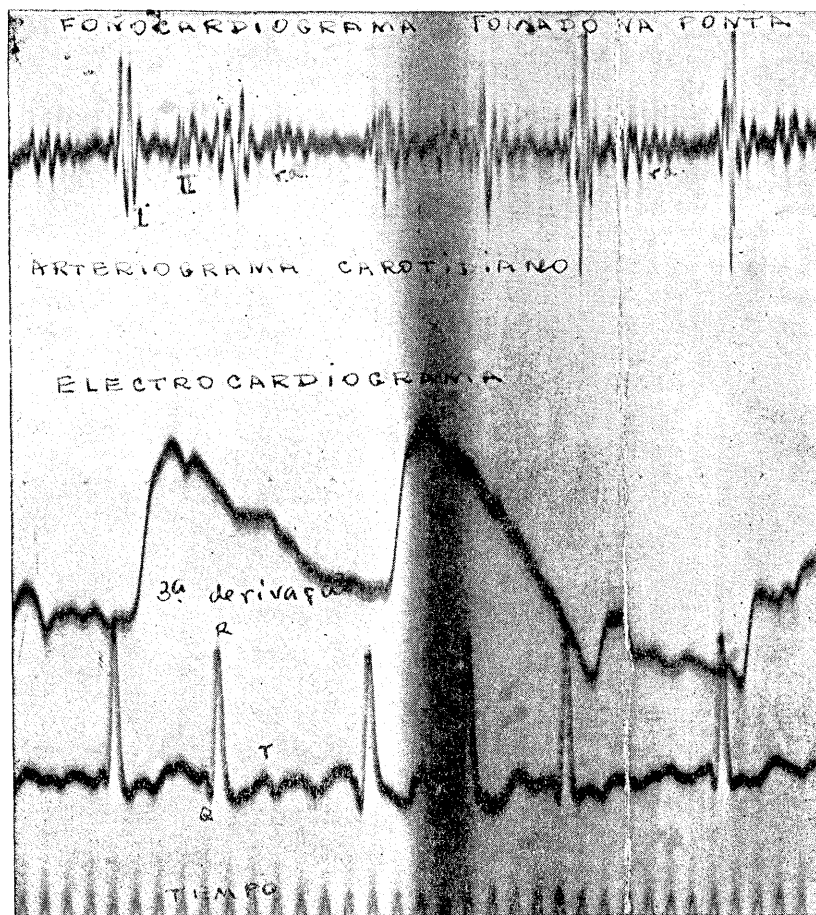


Fig. n.º 22 A

Taquiarritmia completa dos ventrículos entretida por fibriloflutter.
Baixo potencial de T.

Preponderancia ventricular direita.

Este paciente, que já vinha sendo digitalizado por diversas vezes, quando o vimos, não aproveitava, podemos dizer, com a ação da digitalina.

Nós instituímos ao lado da cura digitalica a medicação pelo salicilato de sodio, e apesar de não ter havido modificação de ritmo, o doente permaneceu em compensação durante 5 mezes, sem fazer cura periodica pelos tonico-cardiacos. Nesta ocasião é tomado novo eletrocardiograma onde é eloquente a melhora do paciente pela diminuição do numero dos complexos ventriculares, sua maior regularidade e potencial, assim como se tornaram mais evidentes as ondas de flutter. Figs. 23 e 23 A.

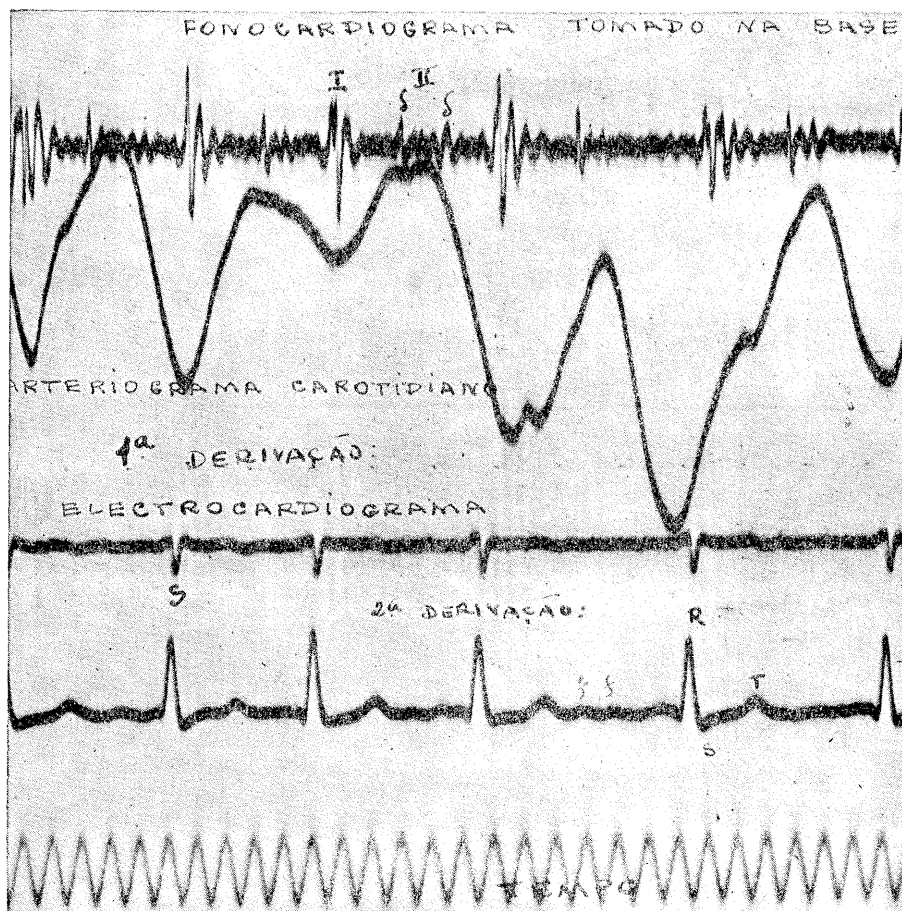


Fig. n.º 23



Fig. n.º 23 A

C. V., registo 1212-AC, é acometida em baixa idade de uma forma articular da doença de BOUILLAUD com localização cardíaca, deixando uma lesão orgânica da mitral.

Casou. Não teve filhos. Exerceu as funções domésticas com grande atividade. Porém, como para lembrar-lhe a doença da infância, de quando em vez e particularmente no inverno, sobreveem discretamente algumas manifestações articulares.

Em princípios de Abril de 1934, começou a sentir dispnéia de esforço e de decubito, e em chegando a madrugada, só tinha alívio sentada fóra da cama.

O medico que a atendeu requer e recebe os seguintes resultados de exames:

Electrocardiograma: (figura 24)

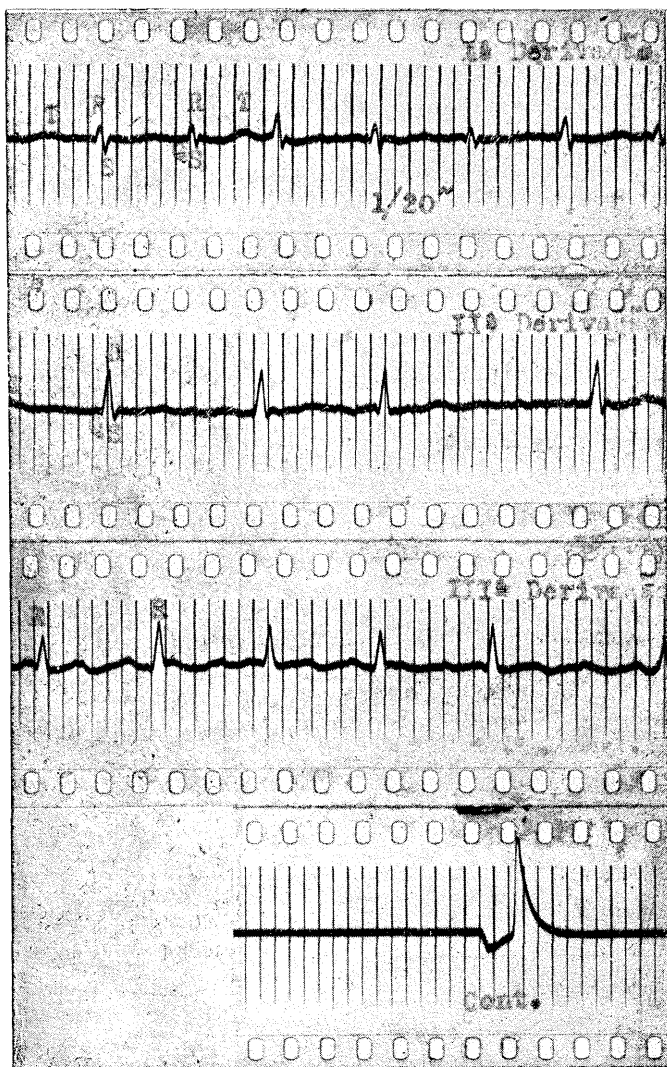


Fig. n.º 24

Os espaços separando os complexos ventriculares são desiguais. Complexos ventriculares de pequena voltagem. Ausência de onda P. Ondas T de pequena amplitude. Ritmo ventricular de 150 p. m., mais ou menos. Esses caracteres são observados nas tres derivações.

Conclusões:

Fibrilação auricular com ritmo ventricular rapido.

(ass.) Dr. Pedro Maciel.

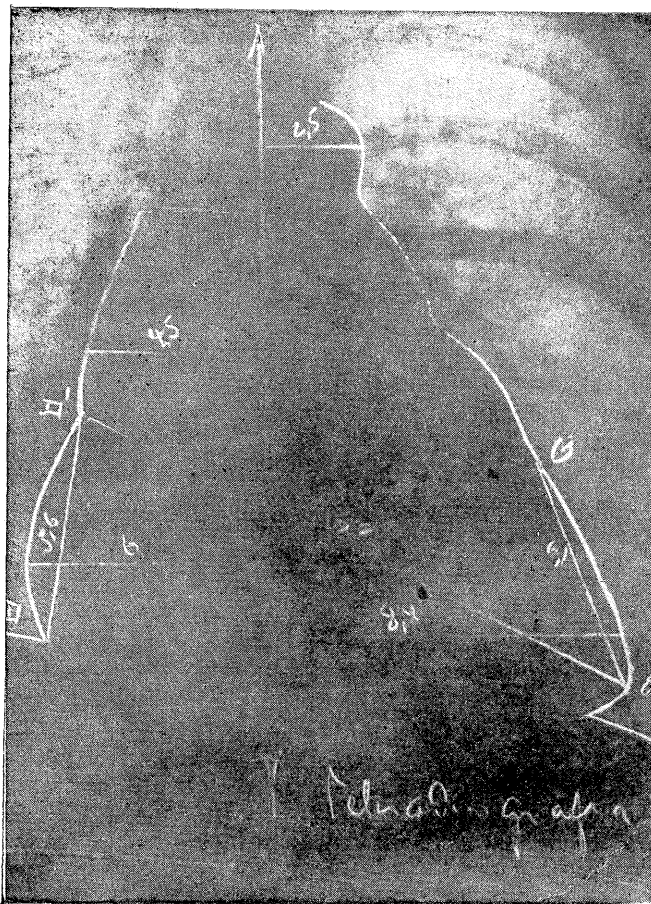


Fig. n.º 25

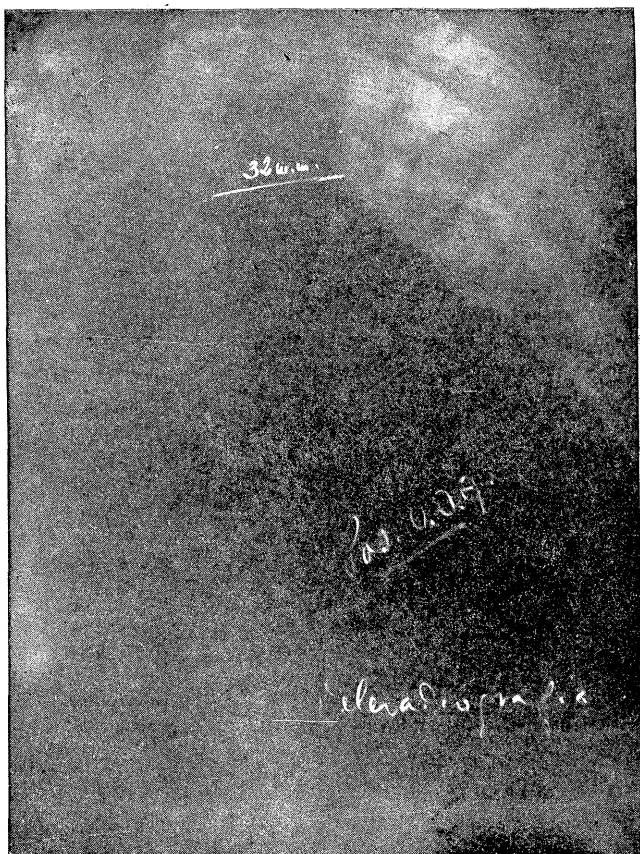


Fig. n.º 26

Exame radiológico: (figura 25 e 26)

Coração do tipo oblíquo.

Arco pulmonar convexo, saliente.

Arco medio esquerdo aumentado. Ponto G abaixado.

Ponta situada um pouco acima do contorno diafragmatico.

O exame em O. A. E. revela aumento de volume da aurícula esquerda.

Area cardiaca. Diametro da aorta ao nivel da crossa levemente aumentado.

Conclusão: Aspecto radiológico de lesão mitral, predominando os sinais de estenose.

(ass.) Dr. Pedro Maciel.

Fez a observada medicação pela digitalina e a quinidina.

A melhora acusada pela doente foi insignificante, e em 24 de Novembro a vejo tomada de grande dispnéia, figado grande, bases pulmonares congestionadas, edema dos pés e pernas.

Pelo exame radiológico verificamos: Figs. 27 e 28.

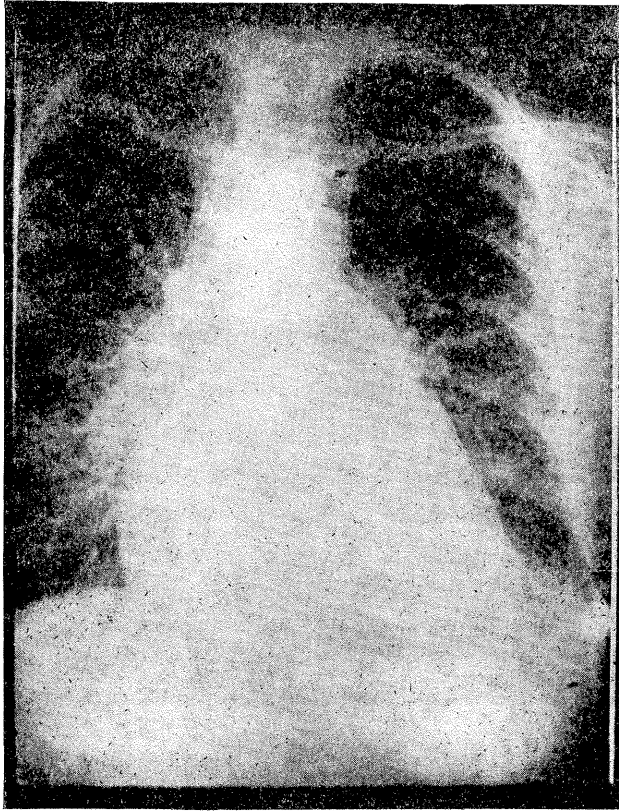


Fig. n.º 27

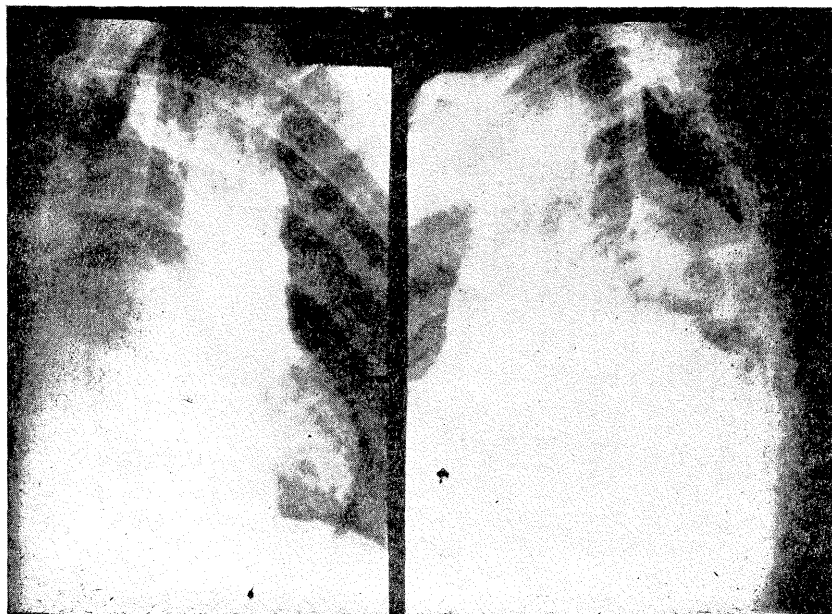


Fig. n.º 28

Para o lado do coração: area cardíaca muito aumentada de volume á custa da dilatação e hipertrofia do ventrículo direito e aurícula esquerda. O grande aumento da aurícula esquerda se verifica não só pelo relevo que faz ao nível da parte inferior do arco medio em incidencia antero-posterior, como particularmente em O. A. E., onde levanta extraordinariamente o bronquio esquerdo.

Para o lado dos pulmões são evidentes as perturbações descritas por ASMANN, assim como a sintomatologia radiologica hilar descrita por PEZZI e SILINGRADI.

O eletrocardiograma tomado na mesma ocasião que a radiografia (24-11-1934), revela uma taquiarritmia (150 por minuto) completa dos ventriculos, entretida por fibrilo-flutter e de quando em vez acidentes extra-sistolicos de origem ventricular direita e nodal inferior. Baixa voltagem dos complexos. Figs. 29 e 29 A.

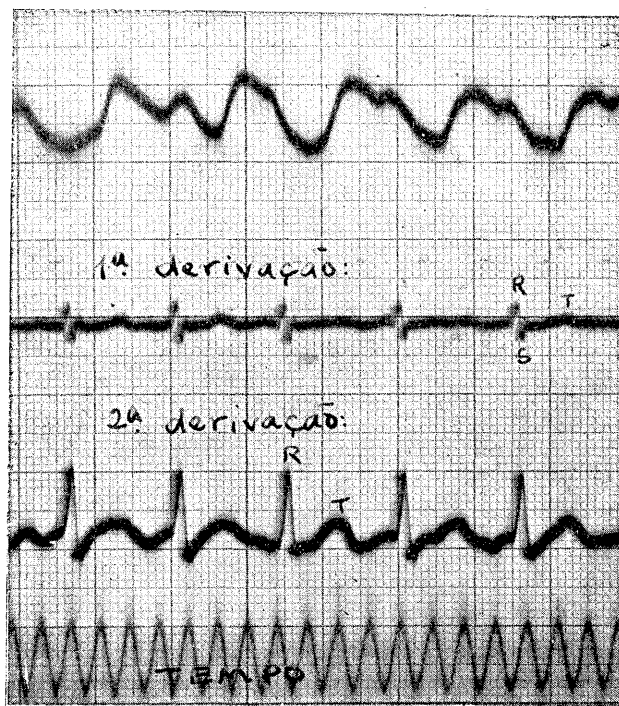


Fig. n.º 29

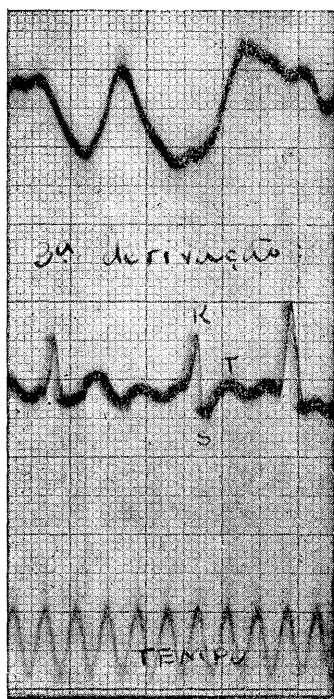


Fig. n.º 29 A

Tres mezes após um tratamento pelo salicilato de sodio e curas periodicas pela digitalina, tinhamos nossa doente em ótimas condições de compensação, e é tomado então novo eletrocardiograma, que revelou:

Figs. 30 e 30 A.

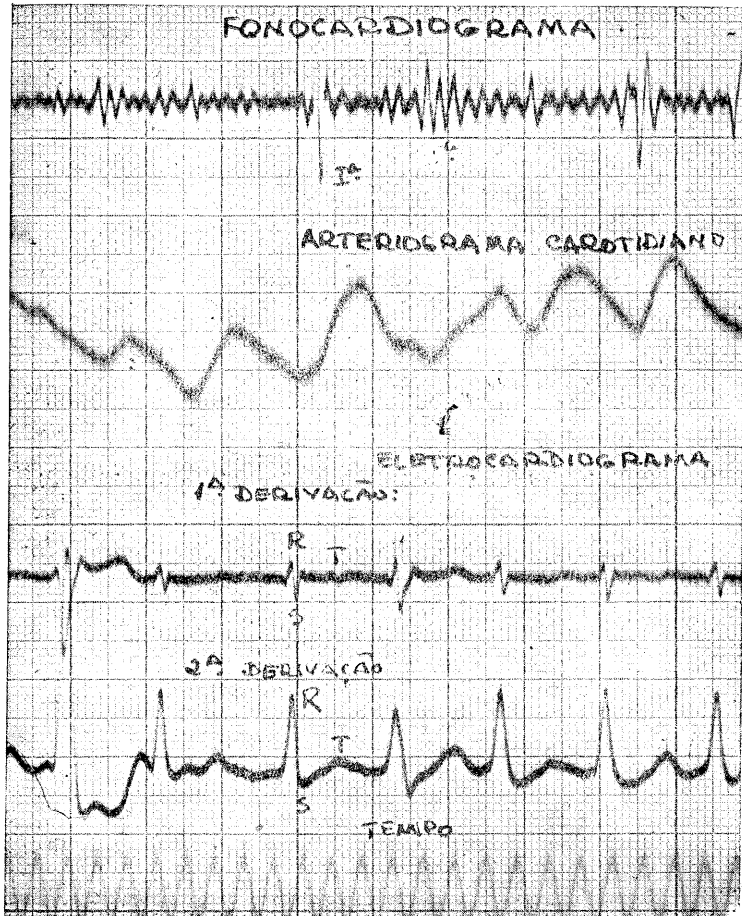


Fig. n.º 30

Maior potencial dos complexos.

Diminuição da taquiarritmia ventricular.

Preponderancia ventricular direita.

A paciente continuou a fazer periodicamente curas pelo salicilato de sodio, tendo já viajado e vem atendendo aos cuidados domesticos ha 6 mezes.

A senhora K. W. vai ao consultorio em assistolia e com perturbações da deglutição, enviada por um colega.

O exame clínico regista uma dupla lesão da mitral ao lado de um passado de surtos repetidos da doença de BOUILLAUD — a forma reumocardiaca.

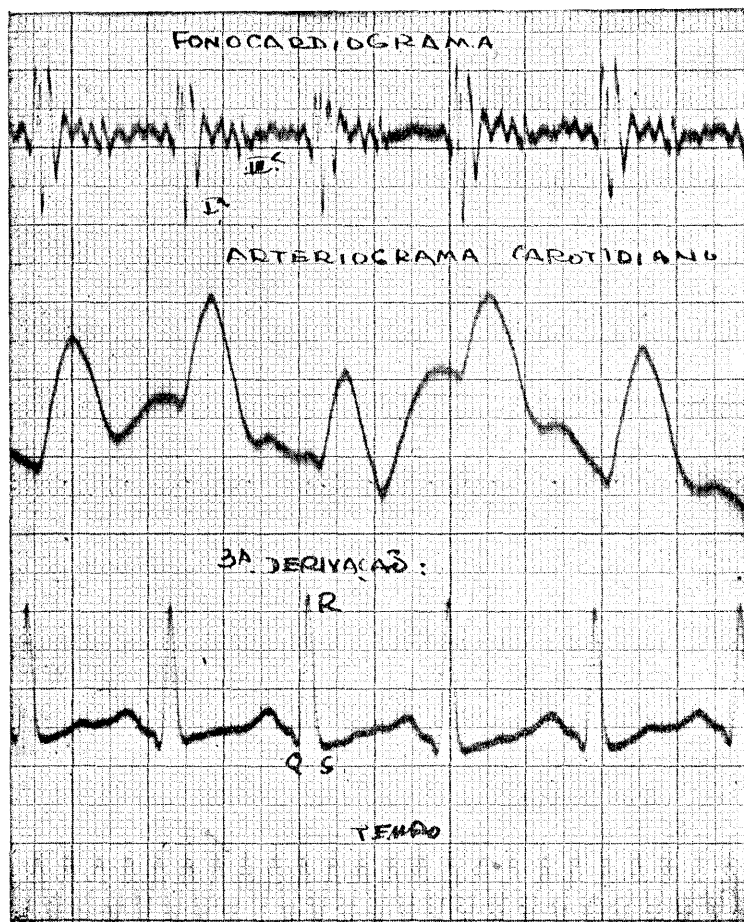


Fig. n.º 30 A

O exame radiológico revelou: (Figs. 31, 32, 33)

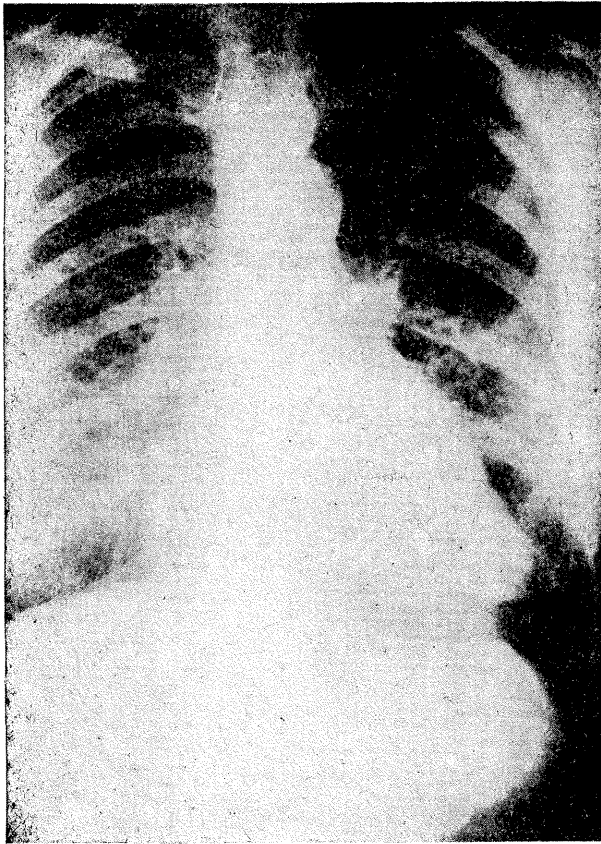


Fig. n.º 31

Dedução:

Coração do tipo oblíquo.

Dinâmica cardio-vascular: batimentos irregulares e muito fracos ao nível do contorno esquerdo.

Ponto G muito baixo.

Grande arco médio.

Sombras hilares densas, estensas e animadas de batimentos pulsáteis: dança hilar de Pezzi e Silingradi).

Pulmões turvos de Assmann.

Em incidência oblíqua anterior esquerda se verifica a grande hiper-

trofia da aurícula esquerda, com forte desvio do esôfago, dificultando o trânsito.

A artéria pulmonar faz leve relevo ao nível do arco médio.



Fig. n.º 32

Aorta de opacidade exagerada, percebendo-se o contorno da descendente em todo o seu trajeto torácico.

Diametros aorticicos aumentados ao nível da crossa.

Conclusão:

Aumento predominante da aurícula esquerda e do ventrículo direito, configurando a silhueta cardio-radiológica da estenose mitral com insuficiência. Arritmia. Estase da pequena circulação..

Aortite torácica com dilatação cilíndrica ao nível da crassa.

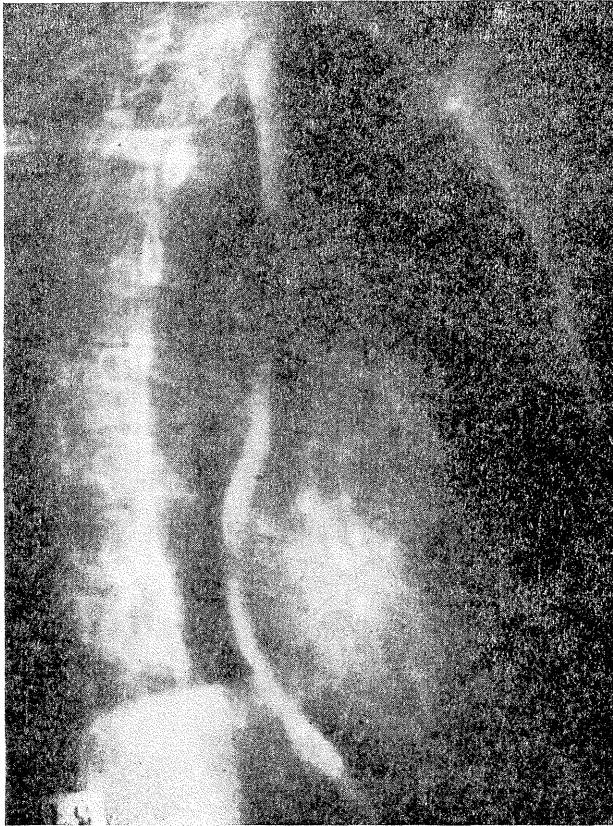


Fig. n.º 33

O exame radioquimografico revelou: (Fig. 34)

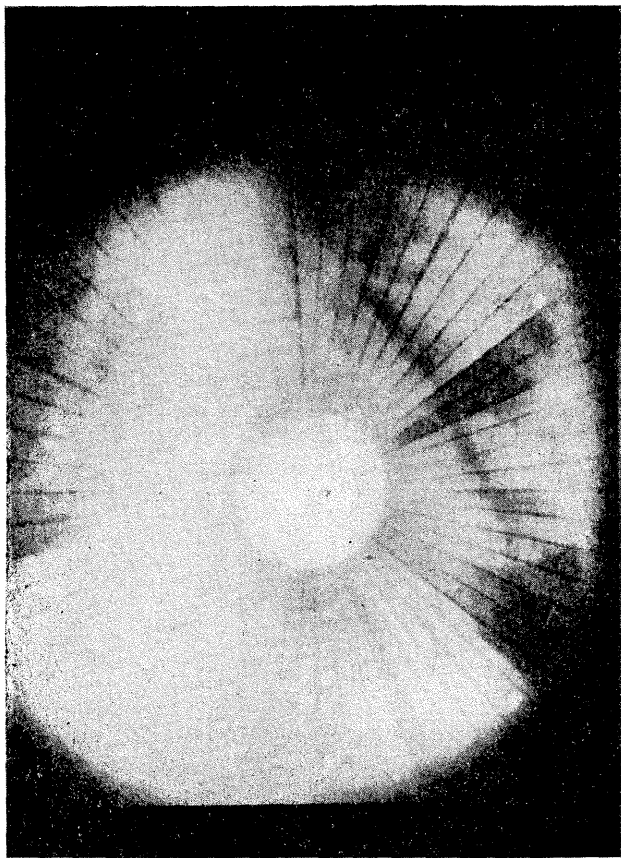


Fig. n.º 34

Ponto G muito baixo. Movimento ventricular esquerdo irregular e de amplitude pequena.

Arco medio muito grande. Movimentos sistodiastolicos da auricula esquerda de fraca amplitude, muito rapidos e irregulares. Motilidade da auricula direita se processa irregularmente e com forte amplitude.

Pelo eletrocardiograma observamos: (Figs. 35 e 35 A)

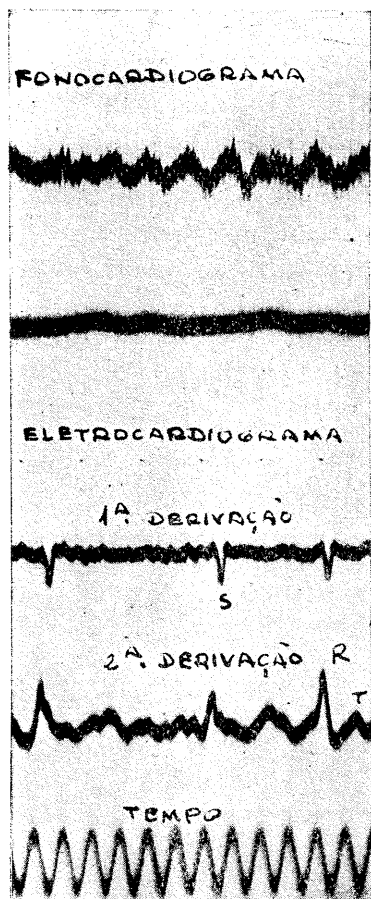


Fig. n.º 35

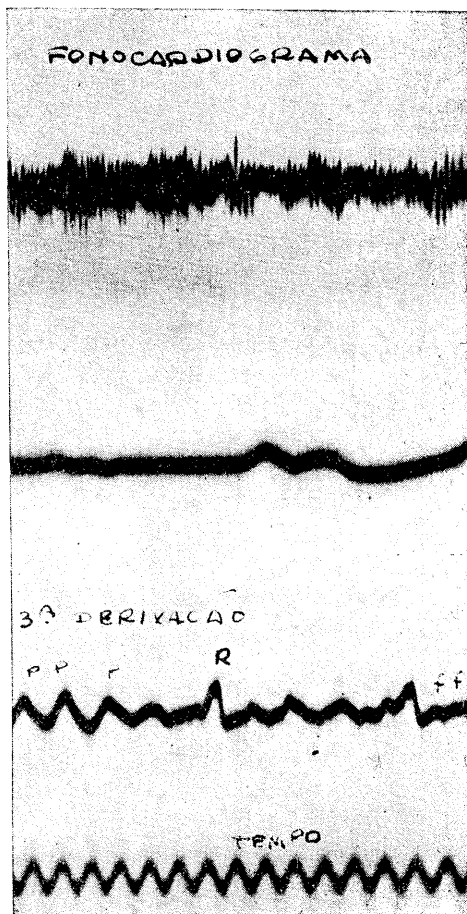


Fig. n.º 35 A

Fonocardiograma:

Fóco aortico — desdobramento da 2.^a bulha.

Fóco mitral. Sopro pre-sistolico.

Ruflar diastolico.

Arteriograma carotidiano:

Guarda as relações cronologicas com o eletrocardiograma.

Eletrocardiograma:

Complexos ventriculares se repetem com intervalos irregulares, sem medida comum, com um ritmo de 96 por minuto.

Complexos auriculares substituidos por uma serie de dentes irregularmente distribuidos.

O exame dos complexos tomados isoladamente nas diversas derivações revela:

1.^a derivação:

Eletrograma auricular — aspeto electrocardiografico do fibriloflutter.

Eletrograma ventricular — flecha principal S. Onda R muito pequena. Onda T positiva e quasi que se confundindo com a linha isoeletrica.

2.^a derivação:

Eletrograma auricular — fibrilo-flutter.

Eletrograma ventricular — flecha principal R de potencial muito variavel e com uma tendencia a alternancia eletrica. Forte colchete do ramo descendente de R. QRS = 0°06. Onda T positiva.

3.^a derivação:

Eletrograma auricular — fibrilo-flutter.

Eletrograma ventricular — flecha principal R, com apice bifido. Onda T positiva.

Conclusão:

Duplo sopro de ponta. Desdobramento da 1.^a bulha na base e ponta.

Arritmia completa entretida por fibrilo-flutter.

Atipia ventricular. Preponderancia ventricular direita.

Aconselhamos a medicação salicitada ao lado da medicação tonicardíaca e regime higieno-dietetico. Sabemos que a paciente vive com sua lesão compensada até a presente data, não nos tendo sido entretanto possível repetir os exames.

Tudo faz supor uma relação patogenica entre a infeção reumatica e a fibrilação.

Ainda não tinha essa idéia sobre o papel que desempenha a doença de BOUILLAUD nos fenomenos de descompensação, quando examinei a sra. C. R., com 42 anos de idade. Historia antiga de reumatismo cardíaco-reumatismal e accidentes asistolicos. O exame clinico regista uma doença mitral e uma arritmia completa em fase de descompensação. E' feita a medicação classica pelos tonicos cardiacos e a paciente vem a falecer aos progressos da insuficiencia cardíaca.

A silhueta radiológica é a da doença mitral, em faze de descompensação.

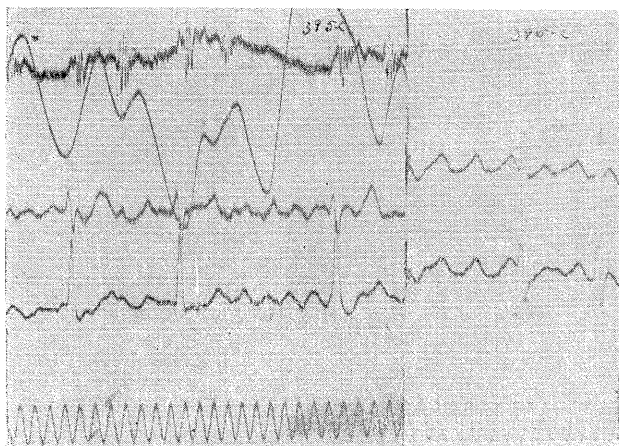


Fig. n.º 36

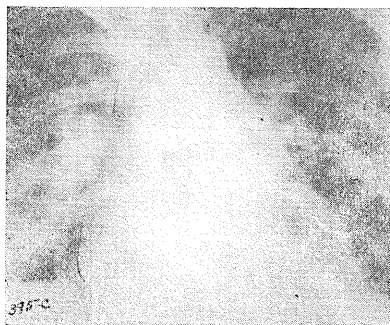


Fig. n.º 36 A

O traçado eletrocardiografico é o de taqui-aritmia ventricular entretida por fibrilo-flutter. Figs. 36 e 36 A.

ATIPIAS

Em 1932, em conferencia realizada na Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, chamei atenção para as deformações dos complexos auriculares e ventriculares no decurso dos surtos agudos da doença de BOUILLAUD e nos intervalos desses surtos, interpretando-as como exteriorização de um processo patologico do musculo atrial, uma miocardite auricular ou ventricular.

Diversos trabalhos publicados no ano passado e neste ano vieram confirmar o que havíamos descrito.

Para maior clareza, exporemos separadamente as atipias auriculares, a atipia de QRS, de ST e de T.

ATÍPIAS AURICULARES

São anomalias de direção, de amplitude, de forma e de potencial.

Contrariamente á opinião de WENCKEBACK e WINTERBERG, que consideram a bifidez e a colchetagem de P como um disturbio de condução transauricular, surgiram os trabalhos de GILDES e LEWIS as considerando como fisiologicas.

Nas observações que vos vou relatar, veremos todas as fórmas de anomalias de P e a influencia que póde ter em sua correção o tratamento salicilado.

(579). J. W., com 27 anos.

Diagnostico clinico: Doença mitral. Pulmonarite.

O exame radiológico mostra uma imagem do coração com a silhueta da doença mitral.

A aorta se acha com os diâmetros aumentados ao nível da crassa, e a arteria pulmonar faz saliencia na parte superior do arco medio.

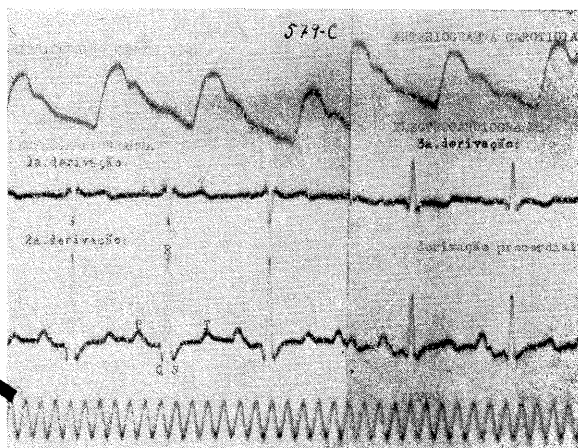


Fig. n.º 37

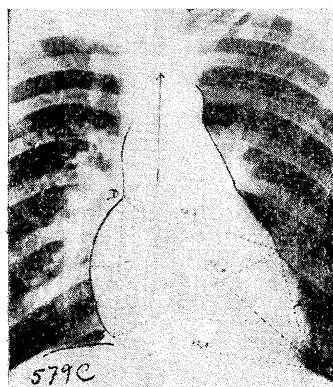


Fig. n.º 37 A

No traçado eletrocardiografico podemos notar a exagerada amplitude de P, que chega a 0°12, alem do forte colchete em seu ramo descendente e da preponderancia ventricular direita. Figs. 37 e 37 A.

513. L. B., com 9 anos. Ritmo de Duroziez dos mais tipicos e em assistolia. O exame radiológico nos dá uma imagem interessantissima, onde podeis ver a redução do ventriculo esquerdo e o grande desenvolvimento das auriculas e ventriculo direito.

O traçado eletrocardiografico, alem da preponderancia direita, mostra uma onda P extraordinariamente ampla e um colchete em seu ramo descendente. Figs. 38 e 38 A.

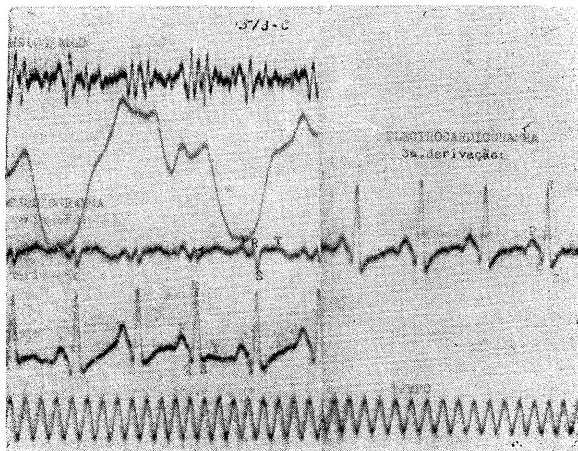


Fig. n.º 38

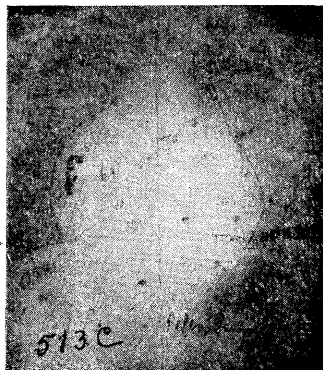


Fig. n.º 38 A

G. B., 533, 19 anos. Passado de reumatismo. De quando em vez é acometida de dores articulares vagas, dispnéia e sensação de opressão precordial.

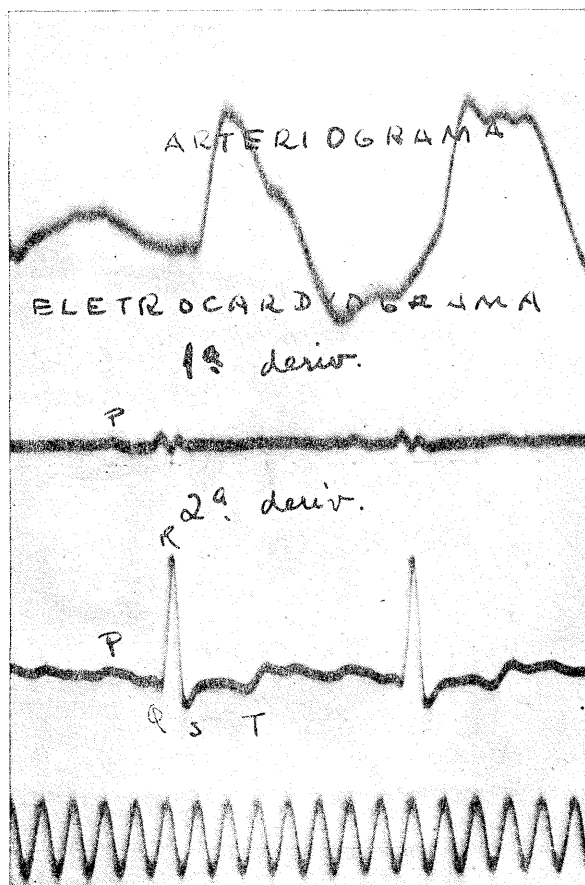


Fig. n.º 39

O eletrocardiograma regista: (Figs. 39 e 39 A)

Atipia auricular consistindo no achatamento, bifidez e exagerada amplitude.

Atipia ventricular — QRS em M em 1.^a derivação. Onda T positiva e achatada, com inversão de T em 1.^a e 2.^a derivações.

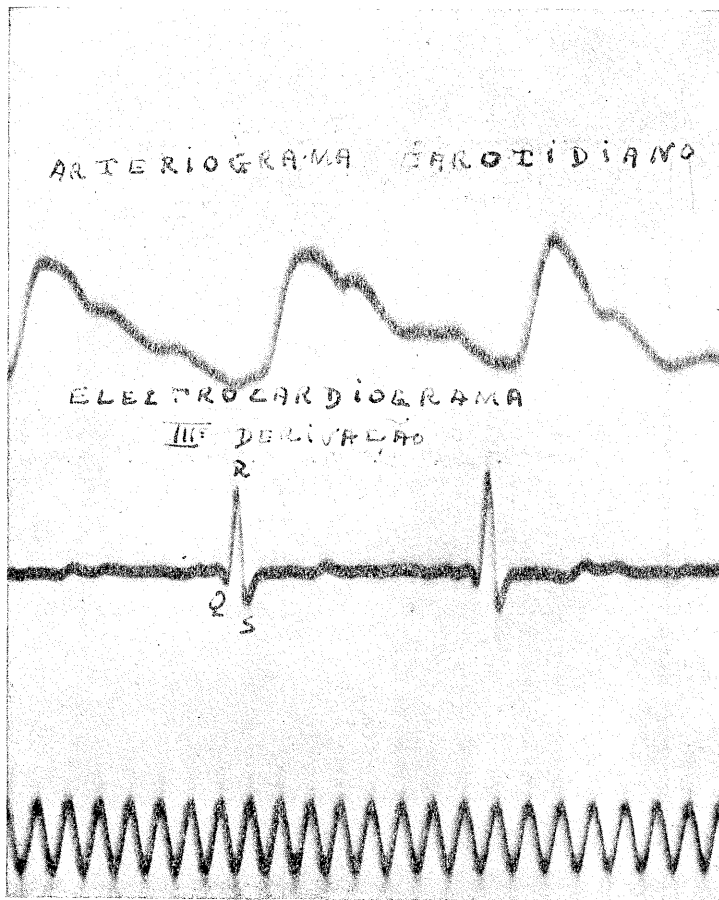


Fig. n.º 39 A

Atipia ventricular — inversão de T em 3.ª derivação, preponderância ventricular direita.

F. K., registo n.º 1347.

Foi acometida de dous surtos agudos de reumatismo forma cardio-reumatismal e de quando em vez é acometida de dores articulares vagas.

Clinicamente verificamos uma doença mitral em decomposição.

O exame radiológico feito em 5 de Outubro de 1931 revelou:
(Figs. 40, 41 e 42)

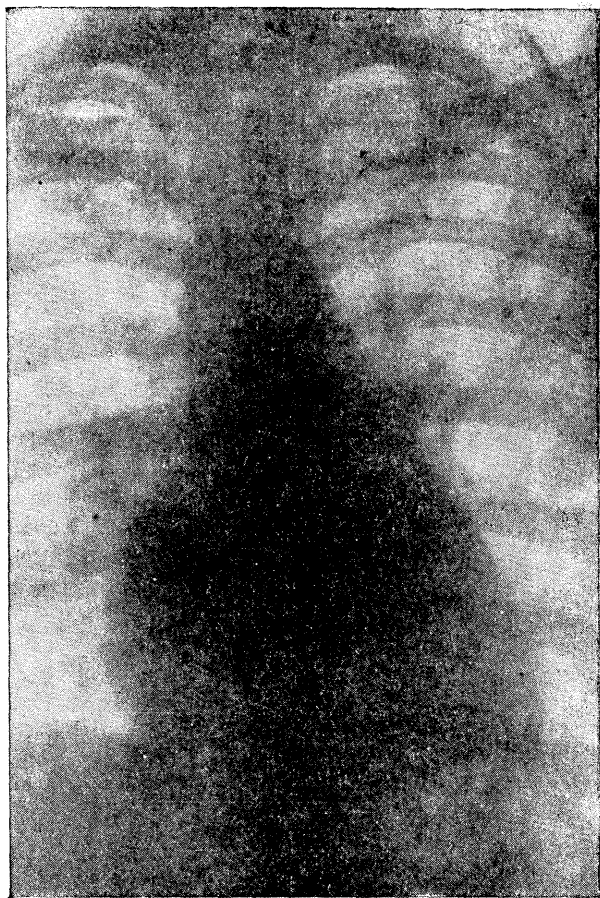


Fig. n.º 40

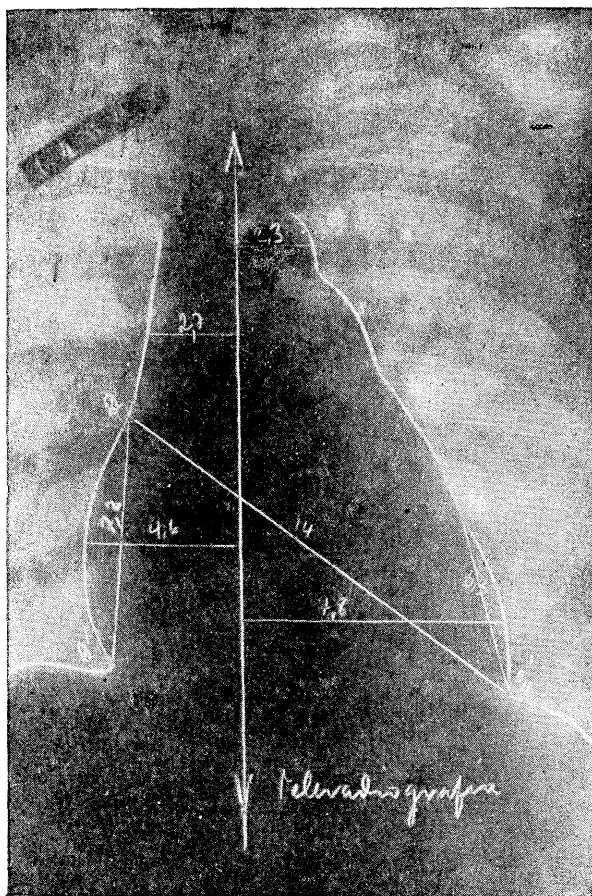


Fig. n.º 41

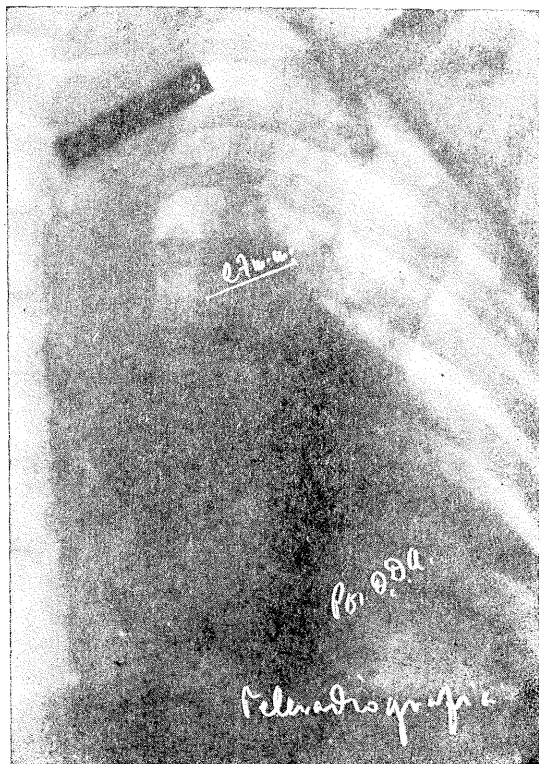


Fig. n.º 42

Area cardiaca um pouco aumentada.

Arco inferior direito aumentado.

Ponto D elevado.

Arco pulmonar convexo, saliente e pulsatil.

Arco medio aumentado. Ponto G abaixado.

Ventriculo esquerdo pequeno.

O exame nas incidencias obliquas revela aumento das cavidades auriculares.

Fizemos nova pesquisa radiológica e obtivemos:
Pelo processo de Vaquez e Bordet: (Figs. 43 e 44)

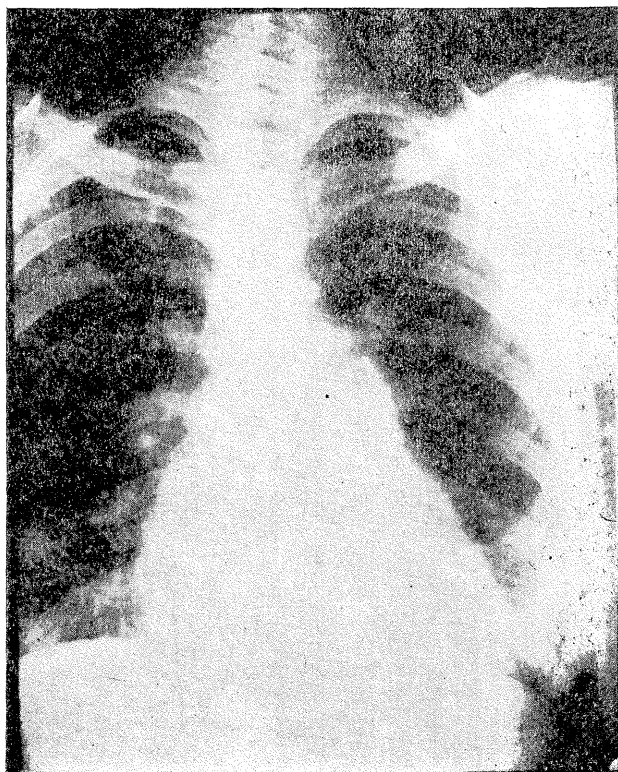


Fig. n.º 43

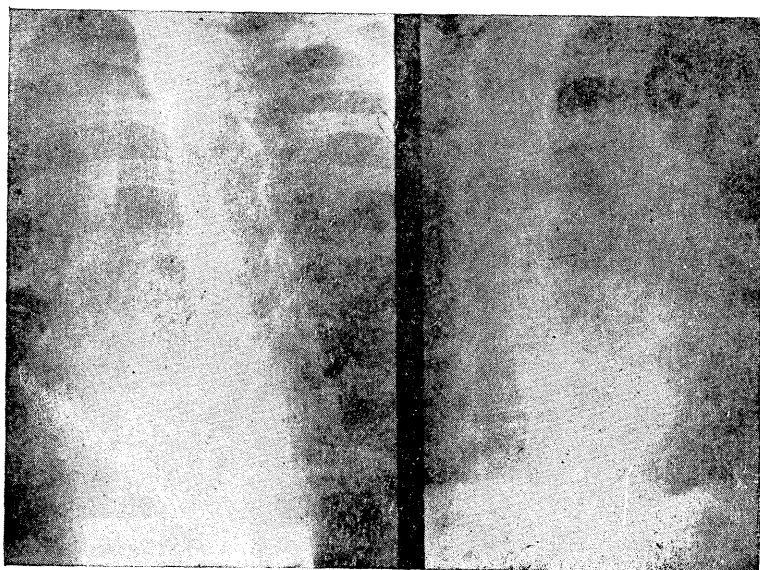


Fig. n.º 44

Area cardiaca aumentada á custa da dilatação com hipertrofia do ventriculo direito e auricula esquerda.

Arco medio muito aumentado, notando-se na parte superior o relevo da pulmonar e na parte inferior o da auricula esquerda.

Ventriculo esquerdo com os diametros dentro das medias normais.

Ao nivel do contorno direito observamos na parte superior o relevo que aí faz a auricula esquerda e na inferior o contorno da auricula direita.

O exame radioquimografico revelou: (Figs. 45 e 45 A)

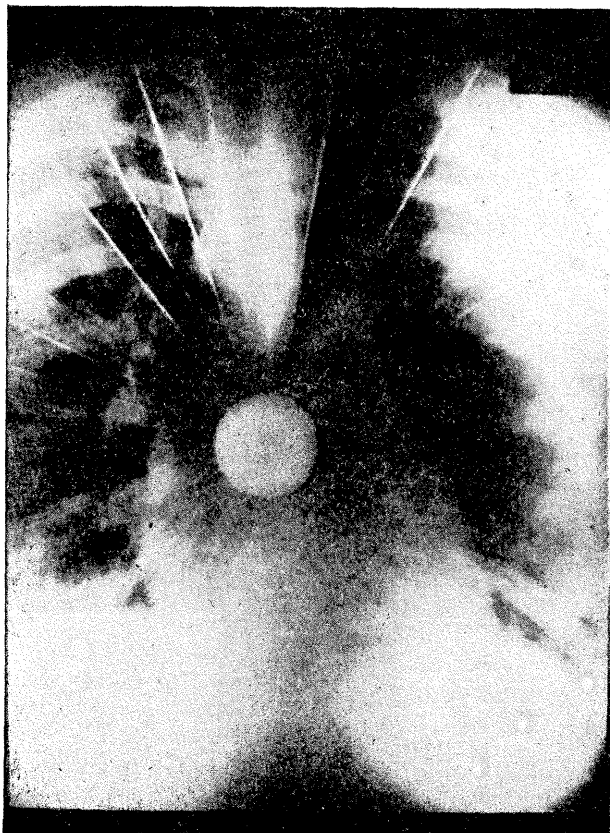


Fig. n.º 45

(Continúa).