

Trabalhos originaes

Aspectos clinicos, radiológicos e eletrocardiográficos da doença de Bouillaud*

por

José Sarmiento Barata

(Continuação)

Cinco contrações para cada 3 segundos.

Fôrma do movimento sistó-diafistólico:

Arco inferior esquerdo: logo acima do ponto G ganchos arredondados e amputados, correspondendo á aurícula esquerda, e mais para cima os ganchos tornam-se pontudos e mostram um profundo movimento sistó-diafistólico que traduz a forte expansão a esse nível correspondendo á arteria pulmonar.

Arco direito: logo acima da cúpula diafragmática, lanceolado corresponde ao ventrículo direito, mais para cima um arco de ganchos de

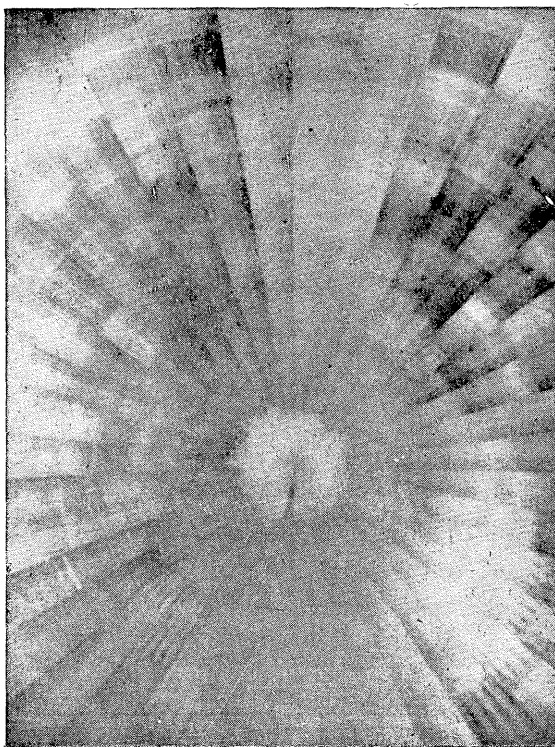


Fig. n.º 45 A

ramos curvos corresponde á aurícula direita, mais para cima os ganchos tornam-se arredondados e amputados como na parte inferior do arco

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

medio, formando uma curva que invade a area cardiaca e que corresponde á veia cava superior e finalmente sobre ela ganchos do tipo trapezoidal, que assinalam a aorta.

Traçados mecanicos: (Figs. 46 e 46 A)

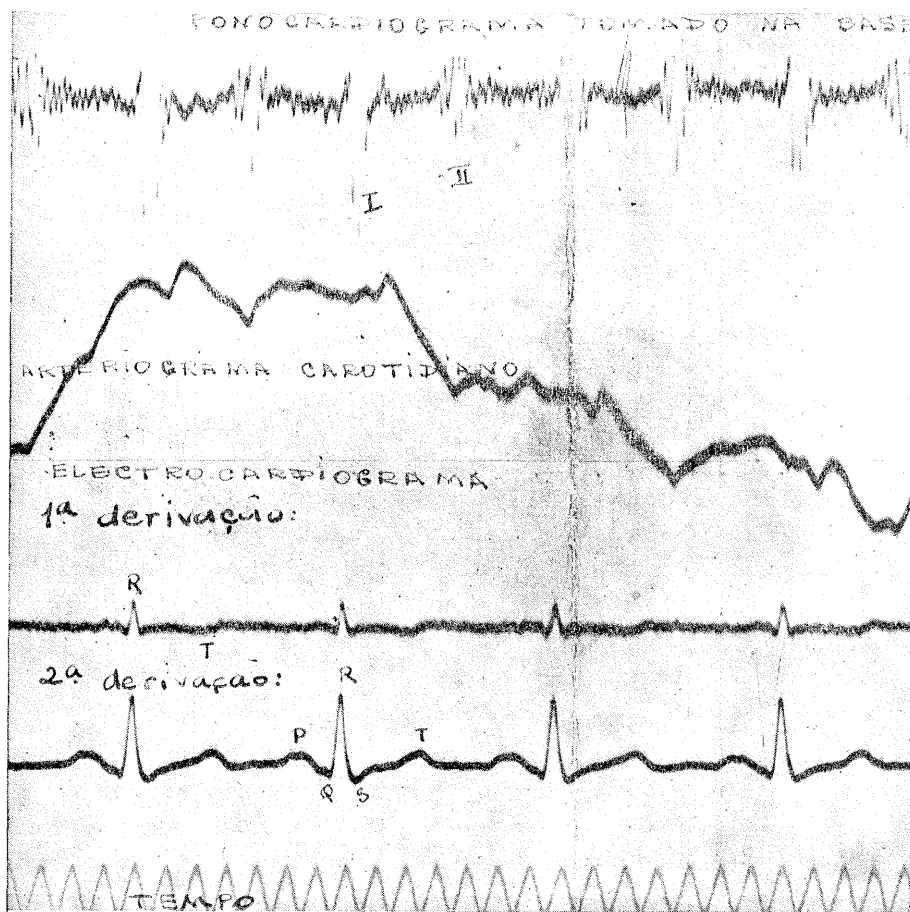


Fig. n.º 46

Fonocardiograma tomado na base: nitido desdobramento da 2.^a bulha. Figs. 46 e 46 A.

Fonocardiograma tomado na ponta: sopro sistolico, estalo de abertura da mitral. Sopro diastolico forte.

Arteriograma carotidiano: guarda as relações cronológicas com o eletrocardiograma.

Eletrocardiograma: Ritmo sinusal regular.

1.^a derivação:

Eletrograma auricular: onda P muito pequena e bifida.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Onda T negativa.

2.^a derivação:

Eletrograma auricular: onda P com uma amplitude de 0"16. Intervalo PQ = 0"18.

Eletrograma ventricular: morfologicamente típico. QRS = 0"07. Onda T ampla e positiva.

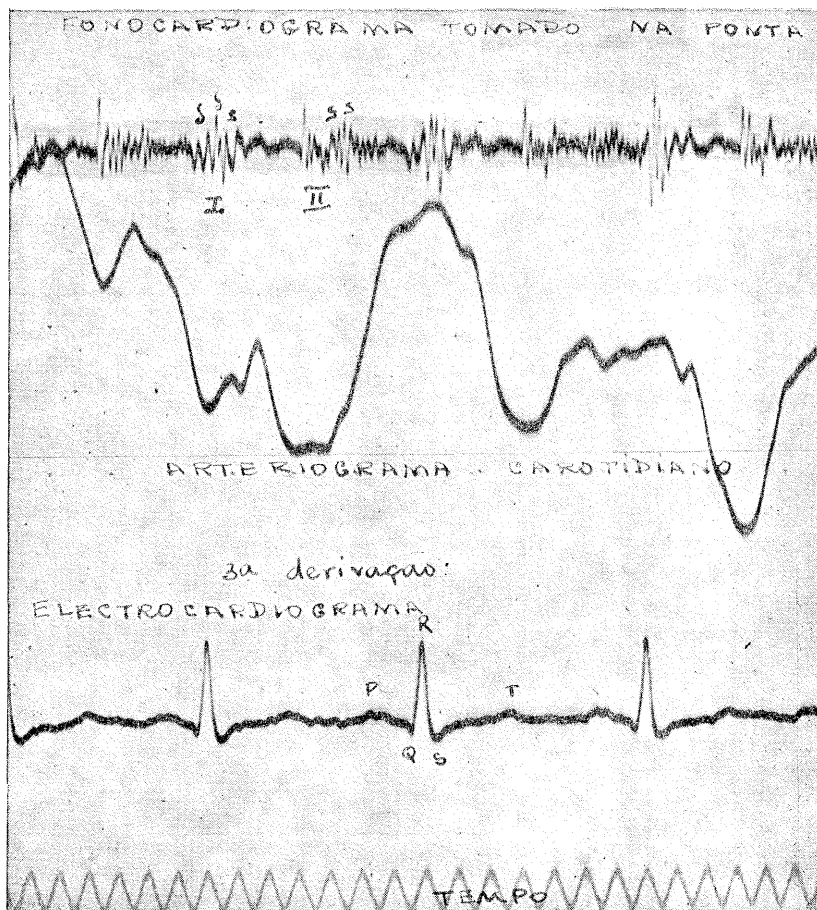


Fig. n.º 46 A

3.^a derivação:

Eletrograma auricular: onda P ampla e positiva.

Eletrograma ventricular: flecha principal R, onda T positiva de baixo potencial.

F. S., registo 1289. Passado de fôrma cardio-articular da doença de BOUILLAUD. Diagnostico clinico: doença mitral.

Exame radiológico: (Figs. 47 e 48)



Fig. n.º 47



Fig. n.º 48

Coração do tipo obliquo.

Batimentos tumultuosos em todo o contorno cardio-vascular.

Ponto G baixo. Ao nível do arco medio a auricula esquerda e arteria pulmonar fazem forte relevo. Auricula esquerda se distingue no contorno direito.

Ponto D baixo. Ponta do coração abaixo da cupula diafragmatica.

Aumento do angulo de abertura dos bronquios.

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

Exame radioquimografico: (Fig. 49)

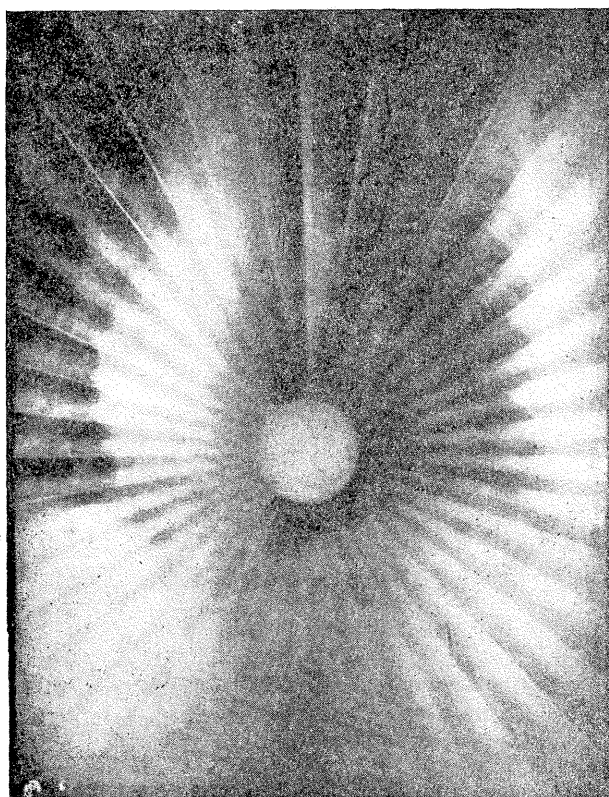


Fig. n.º 49

4 contrações em 3 segundos com movimentos sistodiastólicos em tempos sensivelmente iguais.

Fórmula do movimento sistodiastólico:

Arco inferior esquerdo: lanceolado, notando-se forte projeção da ponta.

Arco superior esquerdo: curvilíneo, amputado.

Arco inferior direito: com arrastamento ventricular.

Arco superior direito: amputado, curvilíneo como ao nível do arco medio. Mais acima ganchos do tipo trapezoidal longo correspondendo á aorta ascendente.

Fonocardiograma: (Figs. 50 e 50 A)

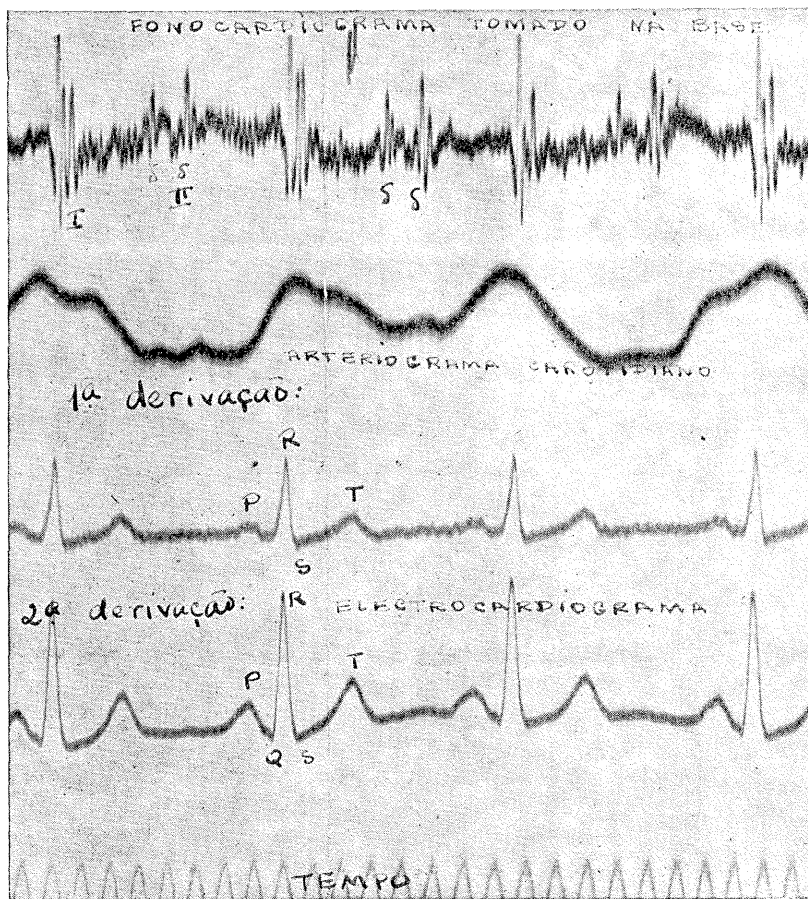


Fig. n.º 50

Tomado na base: desdobramento de 2.^a bulha.

Tomado na ponta: desdobramento de 1.^a bulha. Sopro sistólico.

Arteriograma carotidiano:

Guarda as relações cronológicas com o eletrocardiograma.

Eletrocardiograma: Ritmo sinusal regular.

1.^a derivação:

Eletrograma auricular: onda P bifida e de amplitude normal.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Onda T positiva.

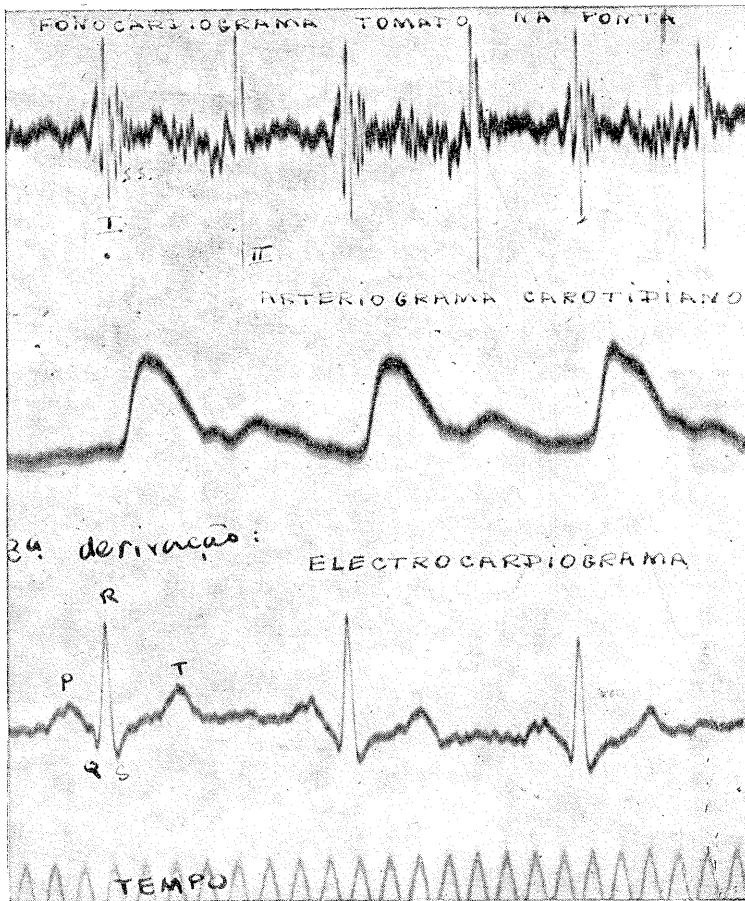


Fig. n.º 50 A

2.^a derivação:

Eletrograma auricular: onda P com colchete em seu ramo descendente e uma amplitude de 0"13. Intervalo PQ = 0"16.

Eletrograma ventricular: morfologicamente típico. Onda T ampla e positiva.

3.^a derivação:

Eletrograma auricular: onda P positiva, de amplitude exagerada e bifida.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Onda T ampla e positiva.

Como anomalia de forma e de potencial, vos vou mostrar a observação seguinte:

D. B., com 16 anos de idade. Aos 8 anos é acometido de violenta forma cardio-articular da doença de BOUILLAUD.

As manifestações articulares generalizaram-se, inclusive uma espondilite, e o processo cardíaco exteriorizou-se por manifestações de insuficiência cardíaca e uma lesão valvular segundo nos informou o médico da família.

Consulta-nos em dissistolia.

Rapaz de constituição robusta.

O exame do coração nos revelou um aumento da área cardíaca, com ictus cordis difuso, globuloso e desviado para baixo e para fóra. Frêmito diastólico á altura do 2.º entrecosto á direita. Duplo sopro ao nível do foco aortico, sendo o diastolico muito mais forte, rude e com propagação para baixo. Ao nível da ponta, sopro sistólico se propagando para a axila. Dança das artérias e forte thrill.

As artérias se acham endurecida se mostram-se com batimentos exagerados.

A pressão arterial mostrou-se ao Plesch com uma maxima normal de 12,9, com uma minima baixa: 4,2. (Fig. 51)

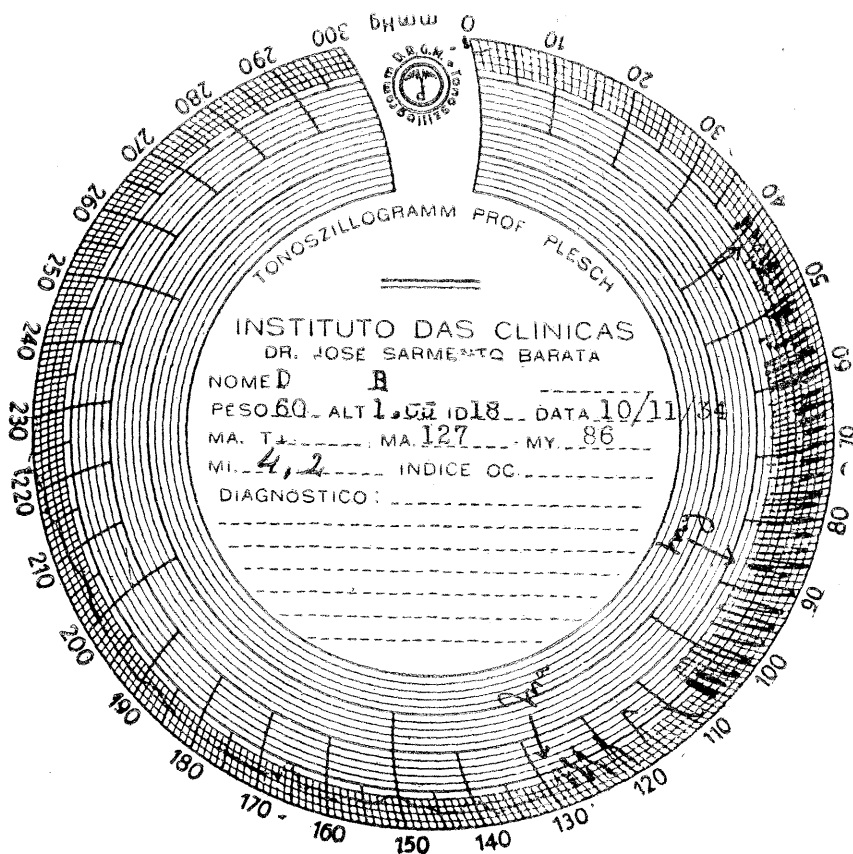


Fig. n.º 51

Pressão venosa dentro dos limites normais: 20 ao nível da dobra do cotovelo.

Ao exame radiológico:

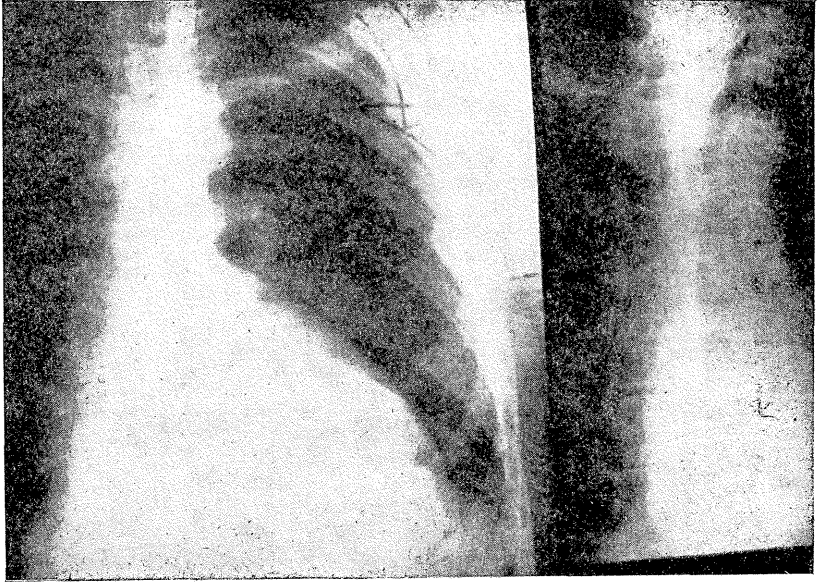


Fig. n.º 52

Coração do tipo obliquo. (fig. 52)

O exame nas incidências oblíquas revela aumento das cavidades auriculares.

Ponta situada abaixo da hemi-cúpula diafragmatica.

Area cardiaca total e uniformemente aumentada.

Aorta de opacidade normal, alongada, diâmetros aumentados ao nível da porção ascendente e crosse.

O eletrocardiograma revelou: (Figs. 53 e 53 A)

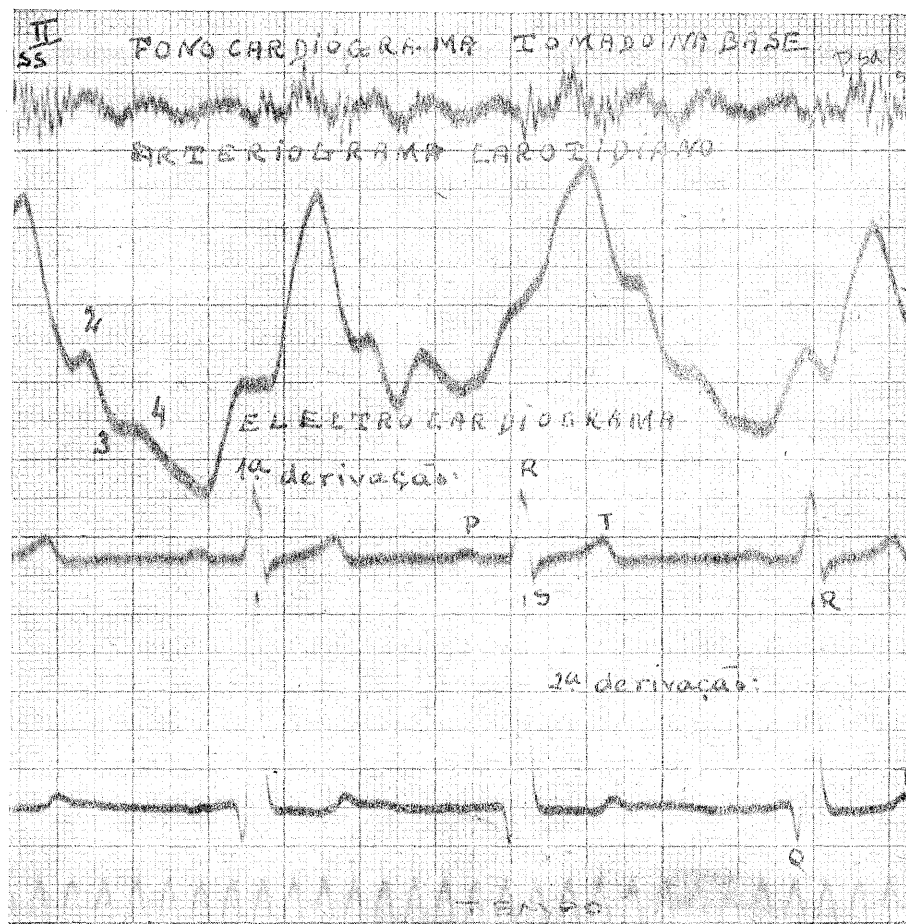


Fig. n.º 53

O fonocardiograma tomado no 2.^o entrecosto á direita junto ao esterno mostra um desdobramento de 2.^a bulha e um sopro sistólico.

Arteriograma carotidiano:

Fase de ascensão muito oblíqua. Forte onda de anacrotismo.

Cardiograma: em decubito lateral esquerdo.

Mostra uma onda sistólica de longa duração.

Eletrocardiograma:

Complexos auriculares e ventriculares seguem-se a intervalos regulares e iguais, com um ritmo de 74 por minuto.

O exame dos complexos tomados isoladamente nas diversas derivações revela:

1.^a derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva bifida e de amplitude normal.

(0.08). Intervalo PQ = 0.18.

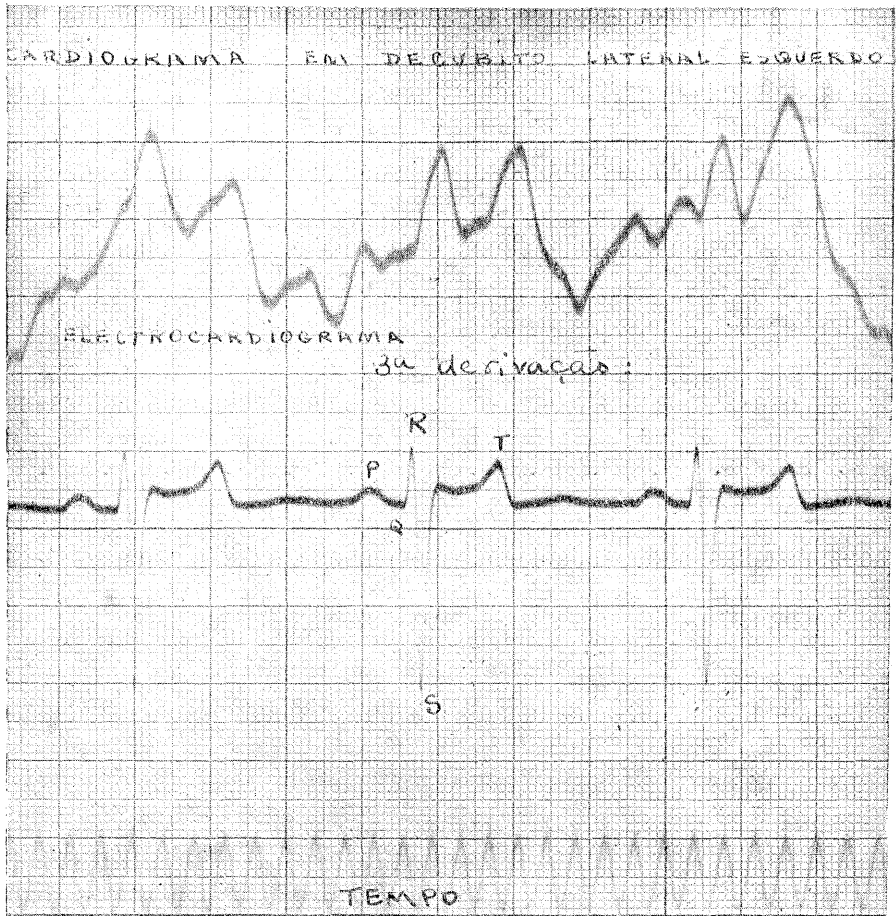


Fig. n.º 53 A

Eletrograma ventricular — flecha principal R, com colchete em seu ramo descendente. Onda T positiva e de amplitude normal.

2.^a derivação:

Eletrograma auricular — onda P não se distingue da linha isopotencial.

Eletrograma ventricular — onda R de potencial extremamente alto. Onda S muito profunda. QRS = 0°09. Espaço ST normal. Onda T positiva.

3.^a derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva, ampla e bifida.

Eletrograma ventricular — flecha principal S. Onda R pequena. Espaço ST acima da linha iso-eletrica. Onda T positiva e ampla.

CONCLUSÃO:

O fonocardiograma obtido é do tipo que se verifica nas lesões de insuficiência aortica com estenose.

Ritmo sinusal. O alto potencial de R em segunda derivação se verifica nos casos de lesão aortica.

Atipia ventricular leve. Preponderancia ventricular esquerda correspondendo ao sub-tipo b do V grupo de BACH.

Nas observações de G. N., Reg. 1128 e C. V. Reg. 1212, a correção de potencial coincide com a melhora clinica do caso.

Aliás achatamento de P, sua negatividade e seu aumento da amplitude tem sido considerado como um sinal revelando escassa capacidade funcional da auricula. Pardee conclue em seus trabalhos que toda onda P menor que 1 mm de altura, nas 3 derivações, exprime escassa capacidade funcional da auricula ou difusão da infecção no musculo auricular. Os trabalhos de Chvartzmann e os de Battro têm chamado a atenção para o valor prognostico dessas modificações do potencial de P, que traduzem insuficiência do miocardio auricular, verdadeiro estado prefibrilatorio da auricula e que sómente poderia ser evidenciado por traçados tomados sucessivamente, pois a volta do potencial normal desta onda coincide com a melhora funcional da auricula.

Tudo nos parece indicar que a atipia auricular, particularmente quando as anomalias se associam, tem significação patológica, traduzindo a existencia de um processo de miocardite auricular.

ATIPIA DE Q R S:

Q R S, que normalmente méde em media 0°06 temos verificado aumentado em alguns casos, assim como a presença do colchete em alguns de seus ramos, a bifidez e a baixa voltagem. Estas deformações as tenho encontrado durante o surto agudo, em seus intervalos e longos anos após estes.

Coelho de Lisboa, cita casos de atipia com pericardite e os interpreta como consequentes á compressão do miocardio pelo derrame. Para nós a atipia de Q R S, traduz lesão do miocardio e não cremos em atipia por derrame pericardico. Casos de pericardite sem atipia, temos verificado no reumatismo, assim como, casos de atipia sem pericardite.

Sob o registro 770 A C. temos a observação d'um caso de grande derrame do pericardio, cuja observação se processou rapidamente com a medicação pelo salicilato de sodio em uma paciente que já havia feito

uma forma frusta de reumatismo poliarticular agudo, tendo ficado com uma lesão da mitral e na qual o eletro-cardiograma tomado na ocasião da 1.^a radiografia, revelava uma exagerada amplitude e alto potencial de P em 2.^a derivação e uma preponderancia esquerda do tipo V^o e sub tipo b de Bacq: como se vê, um grande derrame, uma lesão mitral reumatismal e ausencia de atipia ventricular. (Fig. 54 e 54 A)

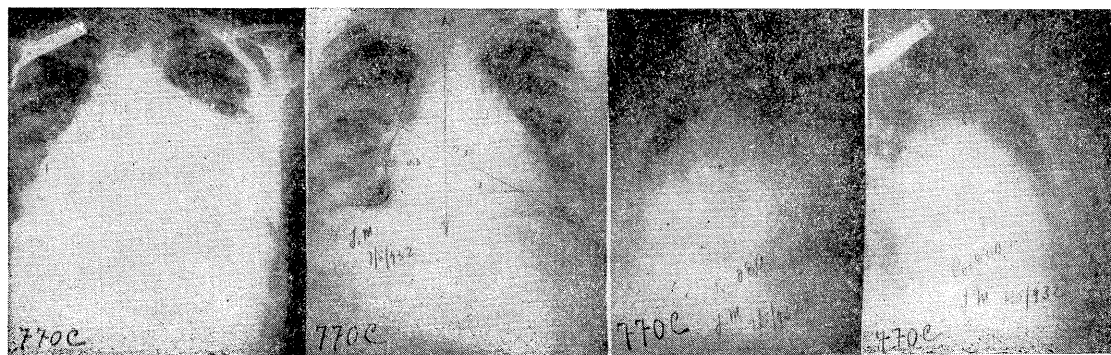


Fig. n.º 54

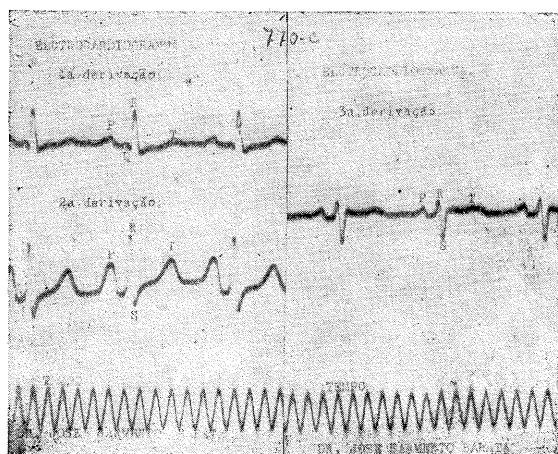


Fig. n.º 54 A

E' interessante e digno que se assinala após o fato de apresentar a nossa doente um grande derrame pericardico, uma pressão arterial de 11 de maxima e 7 de minima sem as anomalias de T e ST descritas na pericardite experimental por Katz, Feit e Scott e mais recentemente por Foulger em interessantissimo artigo publicado no The American Heart Journal, em Agosto de 1932 á pg. 740.

Registro 669 D R com 13 anos, um passado de reumatismo poliarticular agudo, desde os 5 anos e uma doença mitral com silhueta radiológica, correspondendo ao 7.º complexo de Abreu. O eletrocardiograma tomado um mez após intensa medicação pelo salicilato intravenosamente e em periodo de acalmia da doença, revelou: (Fig. 55)

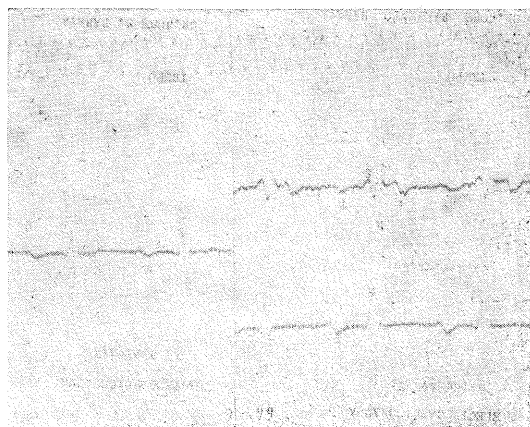
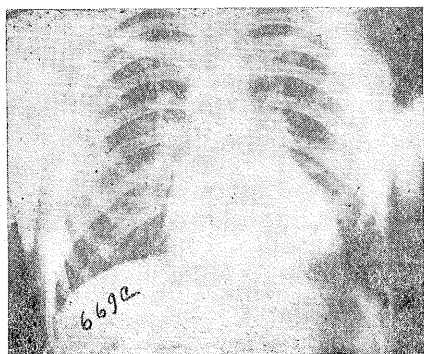


Fig. n.º 55

Ritmo sinusal regular.

1.ª derivação:

Eletrograma auricular: onda P imperceptível.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Onda T positiva.

2.ª derivação:

Eletrograma auricular: onda P positiva, bifida e uma amplitude de 0"11. Intervalo PQ = 0"48.

Eletrograma ventricular: Q R S de 0"09. Forte colchete do ramo descendente de R. Onda T positiva.

Constante sistolo-diastolica: K = 0,0050.

3.ª derivação:

Complexos normais com R como flecha principal no eletrograma ventricular. Por conseguinte a atipia permanecia, passado o surto agudo e após intenso tratamento pelo salicilato. Não mais tornei a vêr este paciente que reside em Dores de Camaquã, mas, segundo informação, foi ainda ultimamente acometido de novo surto reumatismal.

No caso da observação 750 de que vos falei, ha pouco, havia atipia de Q R S, consistindo em colchete do ramo descendente de R em 1.ª derivação, também passado o surto agudo e após longo tratamento pelo salicilato.

O jovem P. T. C. M., registro 367 A C., seis anos após o ultimo surto de reumatismo e embora não acuse manifestações subjetivas do seu mal, vai ao consultorio. Verificamos uma dupla lesão da mitral e o electrocardiograma revelou uma atipia de Q R S muito pronunciada nas quatro derivações. Este nosso observado clinicamente parece ter feito uma fórmula estabilizada da doença e no entanto existe uma atipia electrocardiografica não pronunciada. (Fig. 56)

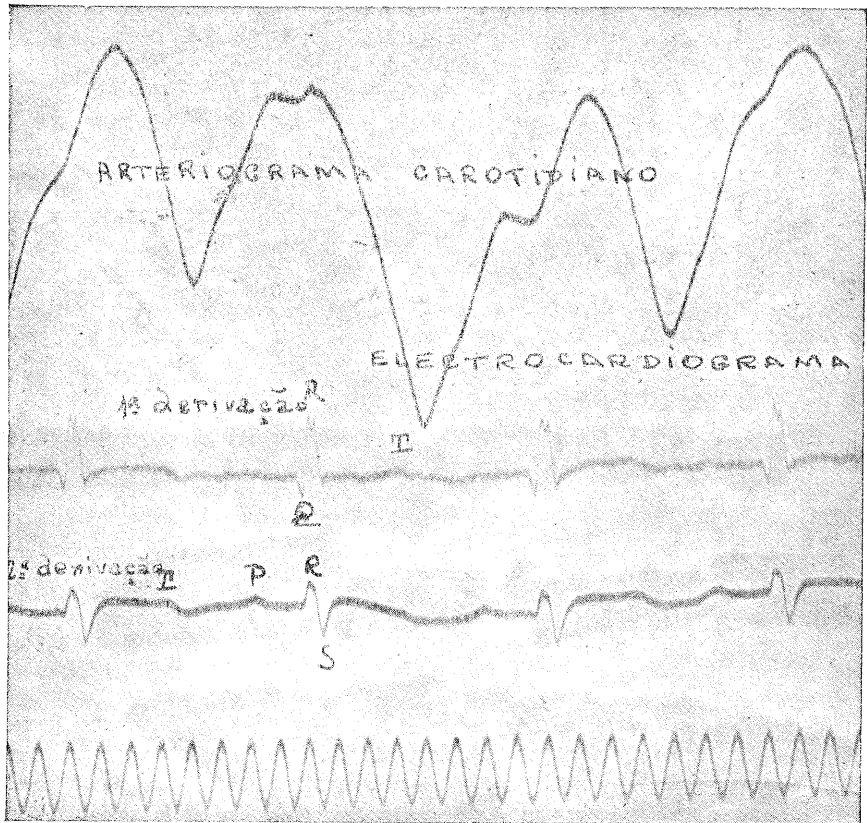


Fig. n.º 56

Já ha alguns anos em artigo publicado na Revista de Radiologia e Clinica sobre a estenose mitral, me referi ás observações de Castex descritas na Prensa Medica Argentina, em 30 de Outubro de 1928 de casos de angina de peito complicando a estenose mitral e aos interessantes trabalhos de Salomon Slater publicados no American Journal of the Medical Science em Janeiro e Fevereiro de 1931 sobre casos de coronarite na doença de BOUILLAUD com atipia de T e ST que conseguiram fazer desaparecer após a medicação pelo salicilato de sodio. Tal achado exprime localização peri-coronariana ou coronariana do agente etiologico baseado nos instrutivos estudos anatomo-patologicos de Pichon, Lagain,

Pautrat e Mlle. Cursay os quais descreveram lesões coronarianas e pericoronarianas de natureza reumatismal, afastando a hipótese da hiperexcitabilidade neurotonica de origem oro-valvular como queria Doumer de Lille.

ANOMALIA DE T

Tem sido registado achatamento, desaparecimento e inversão de T, tendo se normalizado com a terapeutica salicilada. Tal atipia verificada raramente por Lian e Aubertin em geral desaparece com o surto agudo e é nitidamente influenciada pela medicação salicilada.

Da modificações da onda T, se conclue sobre a evolução da doença, constituindo a tendencia ao achatamento e inversão mau prognostico. No paciente de nossa 1.^a observação havia manifesto achatamento, e faleceu 24 horas após a tomada do traçado.

Lévy, verificou cinco vezes a anomalia da onda T, em uma ou varias derivações e duas vezes atipia de Q R S e T. Estas anomalias, se mostraram em geral transitorias e sómente em dois casos permaneceram após o surto agudo da doença. Para Lévy a medicação salicilada influe sobre a evolução dessas atipias.

Para Clerc e Villard as alterações de T comportariam um prognostico reservado.

Dimitracoff, cita casos de atipia de T com regressão ao normal seis mezes após o surto reumatismal.

Entre as nossas observadas, como viram, não é raro, e a sua redução de potencial é de mau prognostico.

CONCLUSÕES

1. Orientado por essas novas aquisições da medicina o medico pode proteger os seus doentes de complicações ultteriores que tão sombrio tornavam o seu futuro.

2. A docilidade terapeutica aparente dessa doença, a maneira silenciosa e frusta pela qual evolve a tem tornado verdadeiro flagelo da infancia. Incapacita fisicamente um sem numero, pelo ataque a um dos mais nobres órgãos de economia — o coração, creando um problema medico-social.

3. Cumpre ao medico estar de sobreaviso com as fórmias clinicas outras que as cardiacas e artropaticas.

4. Do diagnostico precoce e intervenção terapeutica imediata vai depender futuramente a maior ou menor mutilação do coração.

5. A radiologia, como a eletrocardiografia, são atualmente os mais seguros auxiliares no diagnostico e prognostico da doença de Bouillaud.

6. As anomalias associadas de P exteriorizam um processo de miocardite auricular.

7. A atipia ventricular está condicionada ao processo de miocardite ventricular.

8. A permanencia de uma atipia eletrocardiografica é indicadora de atividade do processo etiologico e de seu carater evolutivo.

9. A classica medicação pelo enxofre e pelo salicilato de sodio nem sempre refazem um disturbio de condução, reumatismal, ou removem uma atipia ventricular da mesma origem.

10. Os traçados eletrocardiograficos tomados periodicamente constituem unico meio que possuímos para nos orientar quanto ao tratamento e prognostico na doença de Bouillaud.

11. A atipia de ST na doença de Bouillaud é indicadora de um processo de coronarite.

12. Os corações reumaticos e descompensados aproveitam na cura de tonicardiacos para compensação quando precedidos do tratamento salicilado.



CELLONA

A APERFEÇOADA ATADURA GESSADA ALEMÃ

- **1 PRONTA PARA USO IMEDIATO**
- **2 METADE DO PESO**
- **3 APLICAÇÃO LIMPA**
- **4 MUITO ECONOMICA**
- **5 CORTADA, O RESTO CONSERVA-SE BEM NA LATA**

LATAS DE FOLHA COM 1 E 12 PEÇAS NOS TAMANHOS USUAIS

O HODIERNO CIRURGIÃO APLICA SÓMENTE ATADURAS GESSADAS "CELLONA"