

Conferências

A CARDIOPATIA REUMÁTICA

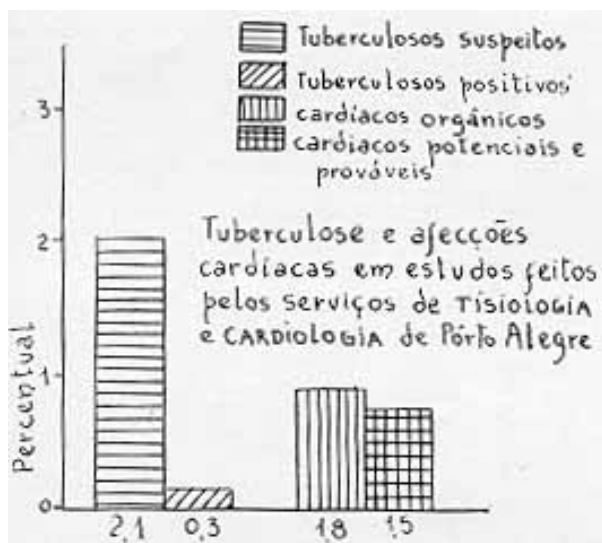
Aldo Chaves (*)

I - Considerações epidemiológicas.

Estudos que vimos realizando desde 1939 na capital do Estado do R. Grande do Sul nos autorizam a afirmar que o reumatismo constitui um dos mais importantes problemas etiológicos de cardiopatias em nosso meio. Num trabalho que publicamos em 1942, com o qual comparecemos ao XI Congresso Pan-Americano de Saúde Pública realizado no Rio de Janeiro, já dizíamos que cêrca de 2% dos escolares da cidade de Pôrto Alegre eram cardíacos potenciais ou orgânicos de natureza reumática. Em 1947 realizamos outro inquérito epidemiológico, dessa vez comparativo com a tuberculose, e tivemos oportunidade de verificar que a febre reumática supera a tuberculose na idade escolar. Efetivamente a tuberculose foi suspeitada em cêrca de 2% de casos e confirmada (abreugrafia e teste cutâneo) em 0,3%; a febre reumática foi suspeitada em 2% e confirmada em 1,8% (Quadro I.) Entre 22.000 escolares examinados pelo Serviço de Inspeção Escolar 5,7% foram considerados suspeitos de cardiopatia e enviados ao nosso serviço especializado. Dêsses, 1,8% eram portadores de cardiopatia orgânica, 0,9% potenciais, 0,6% prováveis e 2,4% não tiveram diagnóstico de reumatismo ou cardiopatia de qualquer natureza confirmados (Quadro II.) A febre reumática assume o caráter de doença social em nossos estudos, pois vemos sua incidência elevada na classe pobre, em indivíduos carentes, cujas condições de habitação e alimentação são precárias. Em 200 casos selecionados, o inquérito social demonstrou o seguinte: família composta de 5 ou mais membros e o chefe percebendo salário inferior a 1.000 cruzeiros, 135 casos; habitação úmida com reduzido número de peças, com impropriedade de

(*) Chefe da Seção de Profilaxia das Cardiopatias. Médico-chefe do Instituto de Cardiologia. Departamento Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

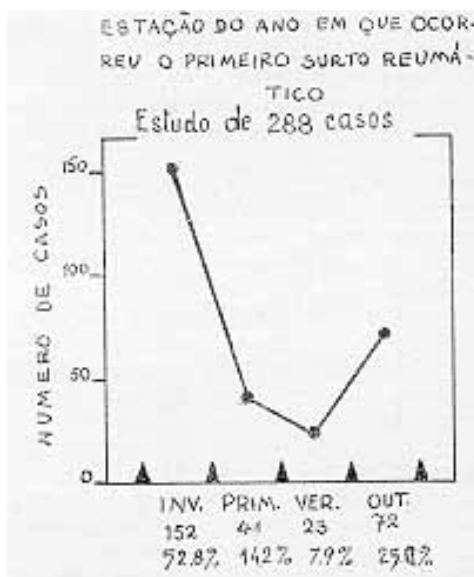
luz e arejamento, 148 casos; agasalhos insuficientes, 155 casos; e alimentação inadequada, 145 casos. A febre reumática é doença dos países de clima frio e em nosso país podemos distinguir duas zonas distintas em relação ao reumatismo: o Norte e o Sul com fronteira na Capital Federal, cidade aonde a febre reumática se apresenta com índice elevado, segundo os magníficos estudos da escola de Magalhães Gomes. Em São Paulo a incidência do reumatismo é elevada, consoante o magnífico trabalho do Dr. Jairo Ramos, apresentado à II Reunião da Sociedade Brasileira de Cardiologia, realizada no Rio de Janeiro em 1945. Nos Estados do Paraná e Santa Catarina não conhecemos trabalhos sôbre êsse assunto. No Rio Grande do Sul viemos demonstrando desde 1939 o alto porcentual dessa entidade nosológica e propomos ao Govêrno medidas de defesa o que conseguimos concretizar, como veremos mais adiante. A enfermidade é endêmica com fases epidêmicas nas estações frias do ano. Em 288 casos onde pudemos com segurança estudar o surto inicial e as recidivas, verificamos o seguinte: no inverno, 152 casos (52,8%); na primavera, 41 casos (14,2%); no verão, 23 casos (7,9%) e no outono, 72 casos (25%) (Quadro III.) Relativamente ao caráter familiar da enfermidade há controvérsia entre os pesquisadores. Em nossos estudos seu caráter não é marcante. Entre 300 casos selecionados verificamos que em 279 casos (93%) não havia antecedentes familiares de reumatismo e em 21 (7%) o reumatismo era referido em outros membros da família (Quadro IV.) A etiologia da febre reumática permanece ainda no terreno das hipóteses. Várias são as teorias que se propõem a elucidar o assunto, sendo as mais plausíveis as seguintes: a teoria estreptocócica dividida em estreptococos múltiplos e uma corrente opinando pelo estreptococo específico hemolítico (“streptococu viridans”); a teoria do vírus filtrável e a teoria alérgica. Há muito que nos vimos preocupando com êsse importante problema da febre reumática e consoante nossa experiência adotamos o seguinte conceito: o germe (estreptococo) é elemento que sempre encontramos presente nos casos concretos de febre reumática e verificamos que a evolução da enfermidade se opera de duas maneiras: num 1.º grupo ela é evolutiva e quase sempre o coração é lesado (cardite); num 2.º grupo os sintomas e sinais são típicos de febre reumática e também encontramos o “streptococu” presente mas a enfermidade não é evolutiva e o coração não é lesado (doentes dessa natureza já viemos acompanhando há quase 8 anos.) O 1.º grupo corresponde aos pacientes desnutridos, com índices de carência e o 2.º grupo, em menor número de casos, os pacientes apresentam-se em ótimo estado geral com magnífico índice de nutrição. Pensamos, pois, que o processo se opera da seguinte forma: o germe é necessário ao desencadeamento da enfermidade e provavelmente é o “streptococu”. A toxina por êle segregada sensibiliza o organismo (alérgeno) e êsse reage de duas ma-



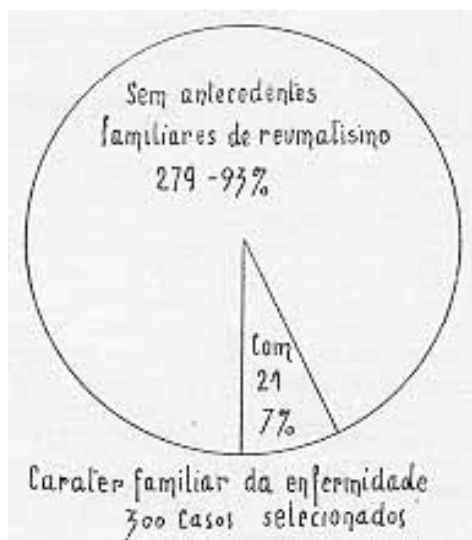
Quadro 1



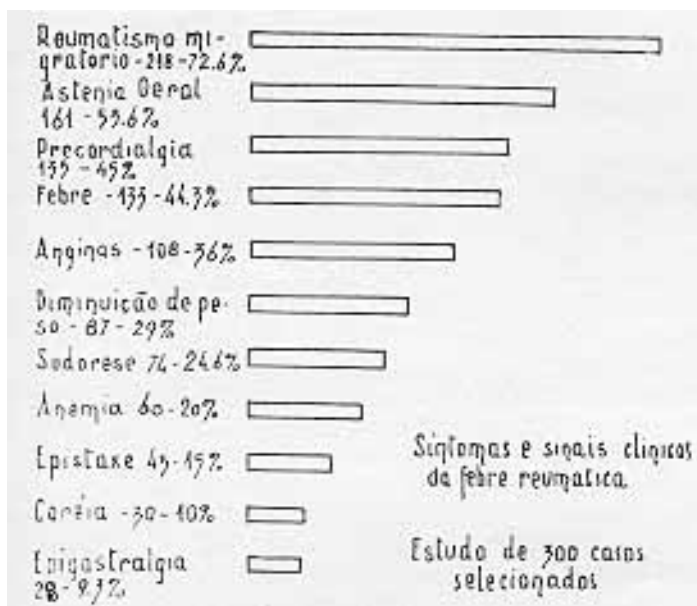
Quadro 2



Quadro 3



Quadro 4



Quadro 5

neiras: a forma anérgica e a forma hiperérgica. O 1.º grupo de nossos pacientes corresponde aos que reagem de forma anérgica e o 2.º grupo aos que reagem de forma hiperérgica. Em última análise é o terreno que condiciona a enfermidade. Por outro lado, como veremos mais adiante, o quadro clínico e complementar da febre reumática ativa é o mesmo das doenças alérgicas. Estudos recentes feitos por vários investigadores, demonstram também que o próprio nódulo de Aschoff se encontra no coração de animais de experiência nos quais se administra sôo. (Lichtwitz e outros.) A teoria do vírus parece afastada, pois os conhecimentos atuais da anatomia patológica demonstram que a enfermidade não é intracelular e sim intercelular.

II - Considerações clínicas.

A febre reumática apresenta-se com o quadro clínico das doenças infecciosas gerais, às vezes como simples angina lacunar. A artrálgia migratória nem sempre é referida pelo paciente. Em 300 casos selecionados verificamos o seguinte: com reumatismo migratório 218 casos (72,6%); com astenia geral 53,6% (161 casos); precordialgias 135 casos (45%); com anginas 198 casos (36%); com diminuição

de pêsso 87 (29%); sudorese em 74 casos (24,6%); anemia em 60 casos (20%); com epistaxes 45 casos (15%); coréia em 30 casos (10%) e epigastralgia em 28 casos (9,3%) (Quadro V.) O conjunto desses sintomas num mesmo paciente torna fácil o diagnóstico certo da febre reumática em sua fase inicial ou em recidiva. Outras vezes um destes elementos torna o diagnóstico suspeito porém muito duvidoso. Assim temos verificado pacientes que nos são encaminhados por apresentarem dores articulares vagas, caminhando de uma articulação para outra e que cede sem medicação; não há síndrome infeccioso e o coração está indene. O diagnóstico de febre reumática, nesses casos, é muito duvidoso. Inúmeros são os pacientes que temos fichados no Serviço e que viemos acompanhando por longo tempo sem apresentarem sintoma reumático qualquer e onde o diagnóstico de febre reumática pode ser feito pelas manifestações gerais: - febre, taquicardia, sudorese, astenia, aliados à manifestações cardíacas, dispnéia de esforço, ruídos adventícios transitórios, ritmo de três tempos (3.^a bulha.) Outras vezes as manifestações gerais não indicam os sintomas freqüentes da febre reumática e percebe-se um ruído de sopro sistólico de intensidade média com bulhas normais. O examinando refere vagas dores articulares “às vezes” e o diagnóstico tanto de cardiopatia como de reumatismo ficam em suspenso, a fim de que o paciente possa ser observado através do tempo para julgamento posterior. Hoje estamos certos de que a intensidade do sopro sistólico, até certo ponto, é elemento de valor para a diagnose da cardiopatia. Quando êle é de intensidade baixa (+) não tem valor nenhum, e temos verificado êsse ruído em cêrca de 10% de examinandos normais. A intensidade média (++) quando aliada a outros sintomas e sinais, seu valor é maior. A intensidade alta (+++) sempre traduz alteração miocárdica, seja adquirida ou congênita. É preciso, entretanto, não perder de vista que êsses ruídos adventícios são mutáveis nas diversas fases em que se observa a cardiopatia: nas fases ativas da febre reumática sobre o coração poderemos observar um sopro sistólico +++ e que se percebe com a intensidade ++ ou mesmo + nas fases de inatividade, como veremos mais adiante. Seu comportamento, na grande maioria dos casos, em nada difere dos ruídos diastólicos que aumentam e diminuem ou até desaparecem conforme se trate de cardiopatia ativa ou inativa (fig. 6.) Mesmo as cardiopatias orgânicas, com comprometimento valvular, os ruídos adventícios aumentam e diminuem nas fases ativas e inativas do processo reumático. O ruído sistólico está presente em quase todos os casos de cardite, modificando-se somente sua intensidade, conforme a fase do processo. Em 100 casos seleccionados para êste estudo verificamos que com a intensidade +++ êle estava presente em 25 vezes; ++ em 41 casos; + em 33 casos e sem sopro sistólico apenas em 1 caso (fig. 7.) O sopro diastólico, com ou sem es-

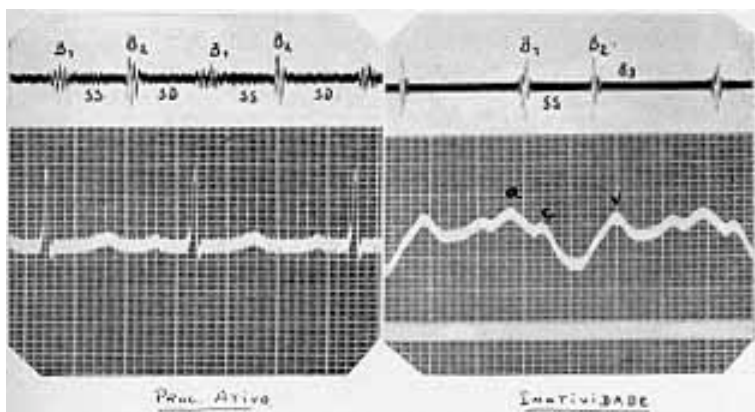


Fig. 6

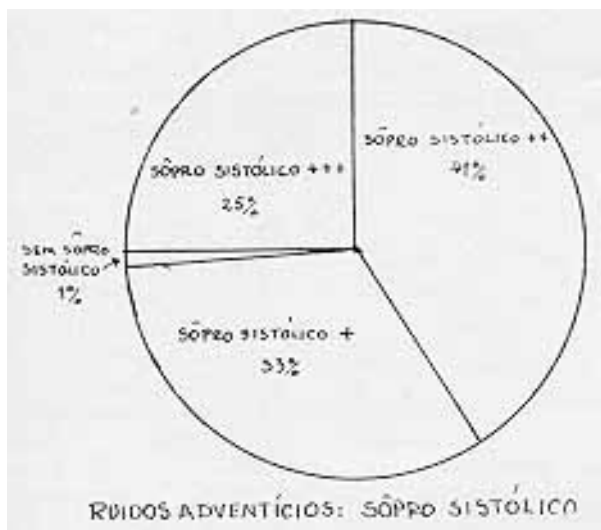


Fig. 7

tenose mitral, é encontrado com intensidade maior na fase de atividade, sendo sua intensidade muito mais baixa e encontrando-se com menor freqüência que o ruído sistólico. Em 100 casos de febre reumática ativa observamos o seguinte: sem sopro diastólico 63 casos; com sopro diastólico + 25 casos; com sopro diastólico ++ 10 e ruído diastólico +++ apenas 2 casos (êstes dois casos correspon-

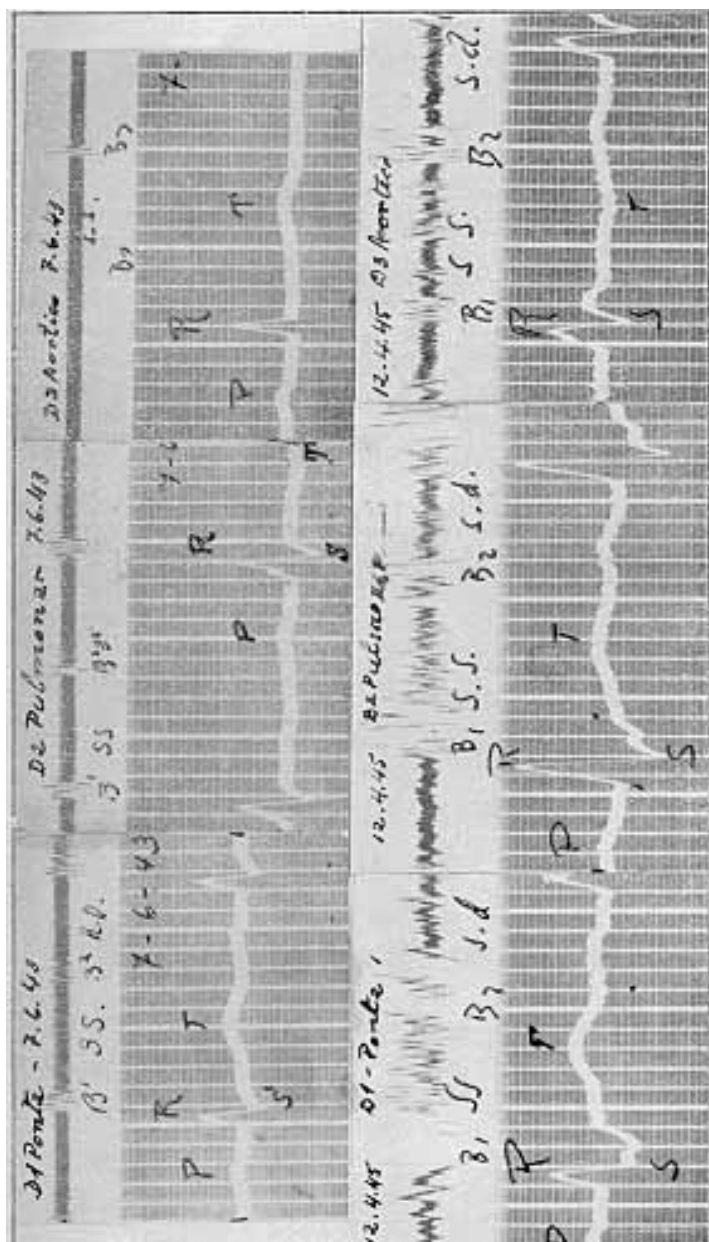


Fig. 9

diam a recidivas em pacientes com estenose mitral organizada) (fig. 8.) A aparição e desaparição dêsses ruídos adventícios nas fases ativa e inativa da febre reumática é fenômeno trivial e observado o registrado por todos os autores e estudiosos do reumatismo; pois desde 1935 que autores americanos registram estas alterações acústicas, a partir dos trabalhos de Bland e Jones. Sua significação provávelmente está ligada ao aumento das cavidades cardíacas nas fases ativas do reumatismo sôbre o miocárdio (sopros funcionais.) Quando num



Fig. 8

1.º surto reumático os ruídos sistólico e diastólico são ouvidos na fase ativa do reumatismo estamos autorizados a dizer que o miocárdio foi atingido pela febre reumática e não a válvula. pois muitas vêzes a serosa interna não foi alcançada pelo processo degenerativo e tais sopros desaparecem completamente. Os gráficos da figura 9 correspondem a um paciente que nos foi encaminhado na fase ativa de seu processo reumático em 23-8-47 e submetido ao tratamento adequado, a fase de atividade regrediu, comparecendo ao Serviço em 2-10-46 sem sintomas clínicos de febre reumática e sem ruídos adventícios quaisquer. Êsse paciente provávelmente teve uma zona circunscrita de miocárdio lesada pelo processo degenerativo (coração de tamanho normal) sem que o endocárdio fôsse atingido. A infiltração celular com edema do músculo na fase exsudativa determinou aumento da cavidade e con-

dicionou a aparição dos ruídos adventícios funcionais. Os gráficos da figura 10 correspondem a uma paciente que vem sendo observada no Serviço há 4 anos. É uma paciente portadora de doença mitral e que já fez várias recidivas. A última delas apresentava-se com ruídos sistólico e diastólico de intensidade alta. Baixada à enfermaria

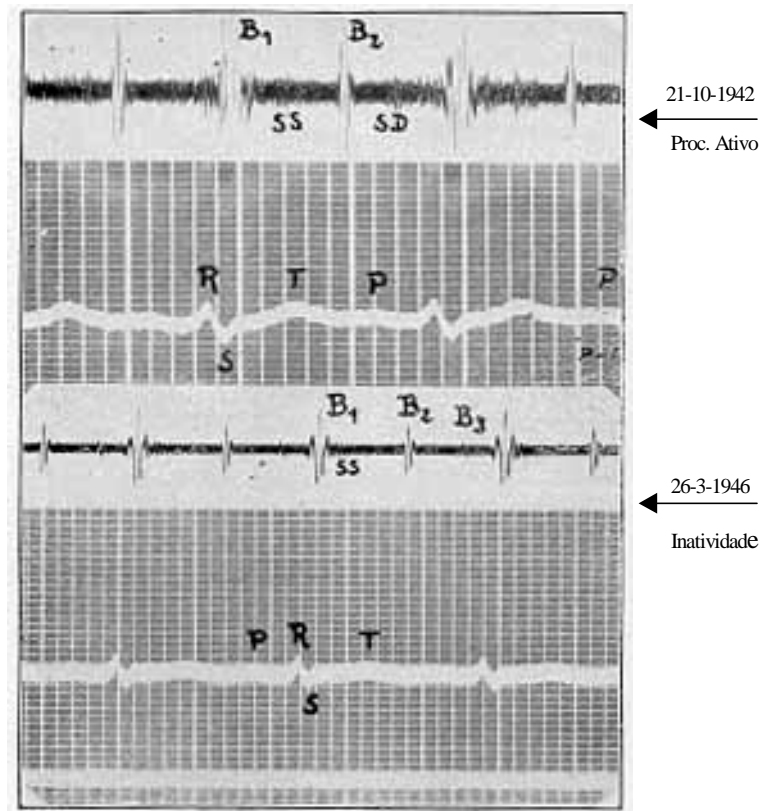


Fig. 10

submeteu-se a repouso e tratamento medicamentoso indicado. Com a desapareção dos sintomas clínicos os ruídos adventícios diminuíram com tal intensidade que mal são identificados pela ausculta e praticamente não foram registrados pelo fono. Êsse caso é de uma paciente com estenose mitral organizada (estenose e insuficiência), o que é facilmente verificável pelo exame radioscópico e vê-se que os ruídos correspondentes a essas lesões diminuem de intensidade na fase inativa do reumatismo. A ausculta, pois, quando corretamente interpretada é

elemento semiológico de bastante valor para avaliar-se a atividade do reumatismo sobre o coração. O aumento do coração ao Raio X é ótimo e seguro meio de diagnóstico de cardite, porém os pequenos aumentos de volume facilmente escapam à nossa percepção e inúmeros são os casos que qualificamos como “discutíveis aumentos” e tais corações podem pertencer a indivíduos normais como a pacientes portadores de cardite. A história clínica, os ruídos adventícios se presentes e outros exames complementares é que permitem ajuizar êsses casos. Os aumentos maiores (+) (++) (+++) são dados seguros para diagnóstico de comprometimento do coração pelo reumatismo. Aqui também verificamos, em grande número de casos, a regressão do aumento do coração na fase de inatividade, coincidindo quase sempre com a desapareção de todos os sintomas e sinais de atividade. Os grandes aumentos de volume cardíaco devem fazer pensar sempre na possibilidade de comprometimento

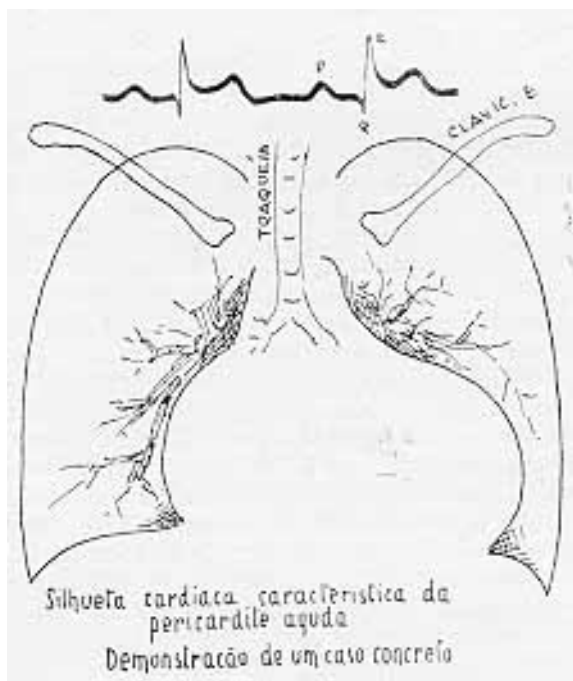


Fig. 11

do pericárdio, confundindo-se os sintomas e sinais da pericardite com as formas hiperativas da cardite. O gráfico da figura 11 corresponde a um paciente internado no Instituto de Cardiologia com sinto-

mas e sinais de cardite hiperativa, mostrando o exame radiológico considerável aumento do coração e logo lembrada a pericardite. Havia grande derrame pericárdico. Nesses casos, quase sempre o eletrocardiograma mostra um desnível "plus" de RS-T em D2 e raramente em D3. Nas pericardites discretas muitas vezes o tamanho do coração não está muito aumentado, chamando a atenção a referência de dôres precordiais coincidindo com a anomalia eletrocardiográfica acima referida. Tratando-se de criança, onde o diagnóstico de coronarite pode ser afastado, o diagnóstico de pericardite deve ser lembrado. É relativamente comum na enfermaria observar-se a referência de dôr precordial por um paciente que até então vinha em boas condições; a sedimentação sobe e uma ponta de febre surge. Feito o traçado eletrocardiográfico um desnível de RS-T, não atingindo muitas vezes mais 1,5 mm. É um novo surto reumático comprometendo o miocárdio e o pericárdio.

O eletrocardiograma, como exame de rotina, é o que menos subsídio nos fornece para o diagnóstico de cardiopatia reumática em suas fases iniciais. Em mais de 70% de nossos casos de cardiopatia reumática ele se mostra normal, mesmo em formas graves de comprometimento cardíaco. As alterações mais frequentes que temos verificado são os distúrbios de condução - bloqueios de 1.º grau - e que desaparecem nas formas inativas do reumatismo. As alterações da forma dos complexos nessa fase da cardite são muito raras e não temos verificado a frequência de alterações morfológicas de QRS referida por alguns autores. Os bloqueios de ramo são raramente observados nos primeiros anos de acometimento do reumatismo. Numa estatística de quase mil casos encontramos somente dois casos de bloqueio de ramo. Um pertence a uma menina que nos procurou na fase ativa da febre reumática. Havia ruídos adventícios intensos e aumento do coração atestando a forma ativa do reumatismo. Indicado o repouso e o tratamento salicílico regrediram os sintomas e sinais da cardite. O eletrocardiograma se mostrava normal. O fono registrou intensos ruídos sistólico e diastólico. Passados dois anos novo surto reumático acometeu a paciente e nos procurou novamente. Novo traçado eletrocardiográfico mostrou bloqueio de ramo D do feixe de His e retorno dos ruídos sistólico e diastólico intensos. Novo repouso e cura salicílica, os sopros quase desapareceram e os sintomas clínicos regrediram. Permaneceu, entretanto, o bloqueio e vimos acompanhando essa paciente há quase 5 anos, nessas condições. O outro caso que temos em nosso arquivo é de uma menina que nos procurou com cardite e já com bloqueio de ramo D. Não temos um traçado anterior que possa afastar a hipótese de bloqueio congênito. Quando o paciente se apresenta com formas crônicas de cardiopatia e já existem as alterações morfológicas do miocárdio de hipertrofia e dilatação das câmaras por insuficiência e estenose valvulares o traçado então apre-

sentam-se com as alterações clássicas: desvios de eixo elétrico e curvas de hipertrofia. A fibrilação auricular não existe nas cardiopatias reumáticas iniciais e em nosso arquivo não dispomos sequer de um único caso de fibrilação auricular antes de pelo menos 10 anos de comprometimento cardíaco pelo reumatismo.

A sedimentação globular é um exame complementar muito útil para aferição de atividade reumática. Quem, entretanto, como nós, se preocupa com o aspecto profilático do reumatismo e procura surpreender as manifestações iniciais da enfermidade e lida com grande massa de pacientes, verifica que êsse exame complementar tem valor muito relativo para o fim visado. Observamos grande quantidade de examinandos que nos são encaminhados por suspeita de reumatismo, muitos acusando dôres articulares vagas, outros leves ruídos de sôpro sistólico (+) e nos quais a sedimentação globular se mostra muito elevada, fora de outro síndrome infeccioso qualquer. A artralgia referida por êsses pacientes não pode ser interpretada como “dor reumática”, pois são leves manifestações dolorosas nas epífises dos ossos longos e que melhor se enquadrariam nas dôres de crescimento. O sôpro sistólico suave com bulhas normais e tamanho normal do coração tampouco são dados semiológicos que autorizem o diagnóstico de cardiopatia. A imensa maioria dêsses pacientes apresenta focos dentários e outros amigdalianos a cuja causa muitas vêzes atribuímos



Fig. 12

a elevação da sedimentação globular. Quando, entretanto, o diagnóstico de cardite pode ser feito com segurança por outros meios, a evolução pode ser aferida pela sedimentação globular. A leucometria é

outro método que usamos em rotina para verificação da enfermidade reumática e sua evolução. Em 25 casos selecionados observamos que há leucocitose em 80% dos casos nos quais o diagnóstico de cardite é certo. Nas fases inativas o leucograma mostra normal a cifra de elementos brancos. A eosinofilia temos observado quase sempre presente nas formas ativas da febre reumática e sua desapareição nas formas inativas. A apreciação correta dêsse fenômeno depende sempre de exames coprológicos repetidos onde se possa afastar a verminose, tão freqüente em crianças. Em nossos estudos verificamos eosinofilia em mais de 40% dos casos de reumatismo ativo e nos quais se pode afastar a verminose com segurança. Êsse fato é um dos grandes argumentos invocados pelos partidários da teoria alérgica da febre reumática, cujo quadro clínico e humoral é idêntico aos da alergia.

EVOLUÇÃO DA FEBRE REUMÁTICA

A enfermidade evolui por surtos de atividade com fases de acalmia. As recidivas são freqüentes nas formas mais graves e cada surto corresponde a novas lesões miocárdicas. O prognóstico, pois, da febre reumática está intimamente ligado ao número de recidivas. Essas, por sua vez, são mais freqüentes em indivíduos que não curam completamente o surto inicial, passando da fase aguda à forma crônica. Em cêrca de trezentos casos que vimos acompanhando desde 1940 verificamos que 57% dos pacientes que foram acometidos de febre reumática fizeram lesões orovalvulares e essas evoluíram reduzindo a capacidade física de seus portadores. Um grupo de 43% dêsses pacientes até hoje observados no Serviço não apresentam sintomas nem sinais de comprometimento valvular e estão em ótimas condições físicas (fig. 13). O primeiro grupo corresponde aos indivíduos que foram acometidos por vários surtos de reumatismo e o segundo corresponde àqueles que só fizeram o surto inicial e foram por nós atendidos precocemente no ambulatório. As formas de atividade também condicionam o prognóstico: as formas graves - formas hiperativas - poliartrite com edema e febre alta, rápido aumento do coração, ruídos adventícios intensos, muitas vêzes levando a ouvir-se o galope de sopros e o ritmo de três tempos de bulhas - determinam dano miocárdico mais extenso que as formas larvadas, frustras, muitas vêzes discutíveis. As recidivas mais freqüentes que temos observado é nos indivíduos desnutridos, carentes em geral, com condições sociais de vida precária. Nas estações frias do ano é quando mais freqüentemente temos verificado os novos surtos. Selecionamos 25 casos concretos em nosso fichário, de pacientes observados há mais de 4 anos e tiramos os seguintes dados: 65% dêsses pacientes fizeram várias recidivas - dêsses, 55 fizeram cardiopatia extensa: 35% dos que só fizeram o surto inicial demonstraram cardiopatia discreta ou discutível (fig. 14.)

Em 300 casos de febre reumática observados durante 6 anos, 172 (57,3%) fizeram lesões oro-valvulares, e 128 (42,7%) não apresentaram sinais de lesões de válvulas

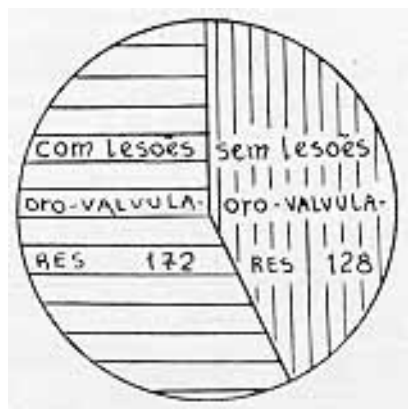


Fig. 13

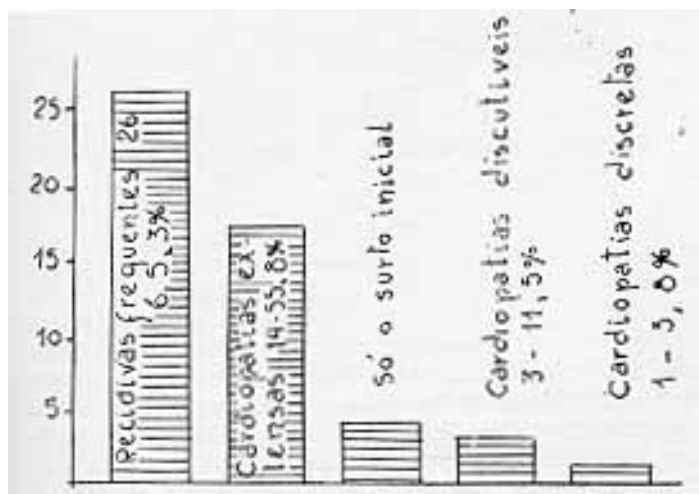


Fig. 14

As lesões orovalvulares mais freqüentemente observadas são as da válvula mitral. A insuficiência mitral é um diagnóstico que deve ser feito sempre com muita cautela, pois os dados semióticos são muito escassos e duvidosos. O sôpro sistólico com antecedentes de reumatismo sugere o diagnóstico dessa lesão orovalvular. Mas como já foi dito acima, em muitos casos os dois únicos elementos decisivos para êsse diagnóstico são de valor relativo. Quando as manifestações do reumatismo são típicas e o ruído de sôpro tem uma intensidade igual ou superior a ++ o diagnóstico de insuficiência mitral deve estar correto. O aumento de volume do ventrículo esquerdo ou do volume cardíaco total, quando existente, retifica o diagnóstico. A associação de insuficiência e estenose observo com freqüência menor em nosso meio. A estenose se processa mais tarde que a insuficiência e suas associação à insuficiência, em meus estudos, é de cerca de 30% dos



Fig. 15

casos. A insuficiência aórtica observo em número muito menor que as lesões da válvula mitral, não atingindo 20% em nosso arquivo. A estenose aórtica é ainda mais rara. Estou certo, entretanto, de que na idade adulta os processos de estenose tanto da mitral como da aorta devem ser mais numerosos, pois minha estatística se refere à crianças e adolescentes. No ambulatório de adultos anexo ao Instituto de Cardiologia vamos encontrando maior número de casos de insuficiência

e estenose aórticas, mas quase sempre associadas à sífilis e, no caso da insuficiência aórtica, a etiologia já fica mais mascarada. A estenose mitral pura temos encontrado muito raramente no Serviço. Em nossa estatística ela não alcança 5% dos casos. Em 100 casos que selecionamos para este trabalho a estatística foi a seguinte: insuficiência mitral pura 51% - insuficiência e estenose associadas 30% - insuficiência aórtica 17% - estenose aórtica 0% - insuficiência ou estenose da tricúspide 0% - estenose mitral pura 2%. Todos são pacientes de 12 a 16 anos e que tiveram o surto reumático inicial nunca antes de 4 anos a contar dessa data (fig. 15.)

TRATAMENTO

O tratamento da febre reumática para ser eficiente deve ser precoce e se possível antes do comprometimento do coração. Há quase 10 anos venho me preocupando com este problema no Rio Grande do Sul. Uma vez constatada a existência do problema em nosso meio, propus às autoridades sanitárias de meu estado a criação de um serviço especializado para fazer diagnóstico precoce e indicar os meios mais eficientes de sustar a marcha da enfermidade, advertindo aos seus portadores o perigo que representa sintomas e sinais tão discretos as mais das vezes. Explicar ao leigo que cardiopatia não é apanágio de gente velha e que profilaxia, isto é, medicina preventiva só é possível fazer-se na idade jovem da vida, porquanto "curar" lesão cardíaca não é possível. Esse mister fizemos durante vários anos em serviço de ambulatório e nossa experiência veio demonstrar a necessidade imperiosa de uma clínica hospitalar para pacientes em fase aguda da febre reumática ou mesmo de cardite, desde que ainda recuperáveis.

A primeira medida e a mais importante a nosso ver é o repouso no leito, que deve ser prolongado enquanto perdurar o mínimo sintoma de atividade. Tenho observado a evolução favorável, na grande maioria de meus doentes, toda a vez que o repouso é instituído precocemente. O critério de levantar o doente do leito deve obedecer a um conjunto de normas, não se fixando só num dado. Tenho observado que a normalização da sedimentação, em alguns casos não autoriza a permitir que o paciente abandone o leito, pois uma febrícula vespertina está a demonstrar que o processo infeccioso não está de um todo debelado. Outras vezes é um ruído de sopro sistólico ou diastólico com intensidade média que está a demonstrar a atividade reumática sobre o miocárdio. O estado geral, aí compreendido o peso e a restauração da crase sanguínea são outros meios de que se deve cuidar com muita atenção para permitir a volta do paciente às suas atividades normais. Em minha estatística hospitalar tenho verificado que cerca de 85% dos pacientes com febre reumática tem peso inferior ao nor-

mal e quase cem por cento dêles restauram a crase ponderal nos primeiros trinta dias de hospitalização. As boas condições de higiene que propiciamos a nossos doentes são outros tantos fatores que cooperam para sua recuperação e não devem ser descurados (afastamento de focos da boca, luz e arejamento do quarto, alimentação adequada etc.) O tratamento medicamentoso é o salicilato de sódio e o piramido. Não somos “salicilistas” entusiastas e confesso mesmo que não creio que o salicilato “cure” a febre reumática. Faço essa terapêutica sistematicamente em meus doentes e em muitos obtenho magníficos resultados, desde que o repouso seja instituído como deva ser e o salicilato fracassa sempre que esse cuidado não é tomado em tempo. Por outro lado, observo que um grupo grande de pacientes não tolera de forma alguma o salicilato nem o piramido e tenho visto a regressão de todos os sintomas e sinais da febre reumática com o repouso e as boas medidas higiênicas, como se tivessem feito uso do salicilato. Os trabalhos que tenho lido dos mais entusiastas salicilistas também ainda não me convenceram da “especificidade” dessa droga. As curas de insuficiência mitral relatadas por vários autores com o salicilato me parecem ser as mesmas que tenho com meus pacientes intolerantes ao salicilato e cujos ruídos de sopro desaparecem quando a atividade do processo regride.

Quando há insuficiência cardíaca em qualquer grau a digitalis está indicada. Os casos de fibrilação auricular provocados pela digitalis na forma ativa da febre reumática são para mim inteiramente desconhecidos. Mesmo nas formas mais graves da febre reumática, havendo insuficiência cardíaca, administro a digitalis sempre com ótimos resultados; nunca verifiquei fibrilação auricular, como referem certos autores em suas observações.