

## TRATAMENTO DO REUMATISMO CÁRDIO-ARTICULAR

DR. REYNALDO CHIAVERINI

### GENERALIDADES

**Conceito** — O reumatismo cárdio-articular constitue na atualidade um problema tão importante e tão grave para a patologia e a terapêutica quanto o foram a tuberculose e a sífilis no passado. Como a tuberculose e a sífilis, esta doença atinge uma parcela notável do gênero humano; como a tuberculose e a sífilis determina, com o tempo, uma série de lesões, frequentemente irreparáveis, em diversos órgãos. Contudo o estudo do reumatismo está atrasado em relação ao estudo da sífilis e da tuberculose, a-pezar-da investigação paciente, metódica e obstinada dos cientistas de todo o mundo e êste atraso se revela pela obscuridade que ainda reina em tudo quanto diz respeito á sua etiopatogenia e consequentemente, pela eficácia muito limitada dos processos terapêuticos de que hoje nos valemos para dar-lhe combate. Assim, somos, pois, obrigados a confessar que sabemos atualmente tanto do reumatismo quanto sabíamos da sífilis antes da descoberta do treponema e que tratamos o reumatismo como tratávamos a sífilis antes do advento dos arsenicais trivalentes.

O conceito de reumatismo evoluiu notavelmente desde que Bouillaud, em 1840, relacionou, pela primeira vez, o reumatismo poliarticular com as endocardites agudas e as endocardites crônicas. Consideravam-se, todavia, os fenômenos articulares como doença fundamental e as outras manifestações, particularmente as cardíacas, como complicações: daí as denominações de *reumatismo articular*, *reumatismo poliarticular agudo*, *poliartrite reumática*. Ao contrário, o conceito atual é muito mais amplo, considerando equivalentes, sob o ponto de vista patogênico, todas as manifestações clínicas do reumatismo, quer elas se instalem primitivamente no sistema nervoso central, no tecido celular subcutâneo, nas articulações no coração, quer elas se manifestem contemporaneamente em diversos órgãos. Daí as denominações modernas de *granulomatose reumática*, *doença reumática*, *estado reumático*, *febre reumática*, *reumatismo cárdio-articular*. Na realidade nenhuma destas denominações está isenta de críticas e resolvemos adotar a última simplesmente por comodidade, pois que ela nos traz logo á mente as duas mais importantes e mais frequentes manifestações do reumatismo, isto é, as manifestações cardíacas e as manifestações articulares.

**Etiopatogenia** — Se é verdade que o conceito de reumatismo evoluiu consideravelmente no sentido de uma maior extensão do mesmo, pouco de certo, se tem conseguido saber acêrca da sua verdadeira etiologia. Segundo a crença geral o reumatismo é uma doença infecciosa. O fato de o reumatismo se seguir frequentemente a uma infecção estreptocócica, principalmente amigdaliana; o fato de se encontrar esporadicamente no sangue, nas articulações, nos derrames cavitários dos portadores de reumatismo o *Streptococcus*, tem levado muitos autores a admitir a origem estreptocócica da infecção reumática. Uma modalidade desta teoria etiológica estreptocócica do reumatismo é a teoria de Shick que admite serem os fenomenos reumáticos expressão de reação alérgica dos tecidos ás toxinas do *Streptococcus*. Mais recentemente, a partir dos estudos de Schlesinger, Signy, Amies e Bernard, tem sido considerada a hipótese de ser o reumatismo uma infecção por virus filtrável. Esta questão foi novamente focalizada, há poucos anos, por Eagles e colaboradores, mas as experiências levadas a cabo por estes autores têm dado resultados contraditórios. Concluindo, pois, podemos repetir com White que não foi ainda determinado se as reações que se observam nos tecidos reumáticos são devidas a um virus ou a toxinas bacterianas ou ainda se surgem indiretamente como resposta alérgica desses mesmos tecidos á ação desses virus ou toxinas.

Outro problema para o qual ainda não foi encontrada solução é o referente á porta de entrada da infecção reumática. Há, na realidade, tendência para se considerarem como eventuais portas de entrada para o reumatismo os diversos focos de infecção, atribuindo-se sobretudo grande importância aos tecidos linfóides da faringe, mas sem se excluirem os focos de infecção dentária, sinusal, broncopulmonar, gastro-intestinal, etc. Infelizmente, porém, como veremos, nem sempre estas concepções mais ou menos teóricas referentes ao papel desempenhado pelos focos de infecção na patogenia do reumatismo, encontram apóio em clínica: e não deixa de ser por vezes decepcionante para o clínico o fato de um reumatismo evoluir impertubável e implacavelmente a-pesar-das amigdalectomias e das adenoidectomias esperançosamente indicadas. Voltaremos mais tarde a êste assunto.

As estatísticas de autores estrangeiros e pessoais nos mostram que varios fatores influem na incidência do reumatismo cárdio-articular. Antes de mais nada a febre reumática é doença própria dos climas temperados, sendo a sua incidência mínima nos trópicos. Ela atinge com maior frequência o sexo feminino e, segundo alguns autores (Stone e Vanzant), mas não na nossa estatística, é sensivelmente mais comum no branco do que no preto; incide sobretudo no adolescente e no adulto jovem, parecendo mesmo que quanto mais precoce for a sua aparição maiores serão as probabilidades de recorrências e de comprometimento cardíaco.

Sob o ponto de vista anátomo-patológico consideram-se quasi patognomônicos do reumatismo os corpúsculos de Aschoff, qualquer

que seja o tecido onde os mesmos se encontram. Atuando sobre o endocárdio a febre reumática determina a endocardite simples ou verrucosa, cujas sequelas são as lesões valvulares crônicas; atuando sobre o miocárdio determina as miocardites reumáticas; atuando sobre o pericárdio ocasiona as pericardites fibrinosas ou sero-fibrinosas; além disso o reumatismo pode-se instalar nas coronárias, originando coronarites, na aorta ou, mais raramente, em quaisquer outras artérias.

**Diagnóstico, complicações e prognóstico** — Não está nos moldes desta aula de terapêutica entrar em pormenores referentes à sintomatologia clínica do reumatismo cárdio-articular. Resumidamente diremos que na prática são dois os problemas diagnósticos que se nos deparam com maior frequência: 1.º) diagnóstico genérico de doença reumática e 2.º) diagnóstico específico de localização cardíaca da doença reumática. O diagnóstico genérico de doença reumática atual pode ser muito fácil, na presença das suas habituais manifestações, quais a poliartrite reumática, a coréia de Sydenhan, os nódulos reumáticos subcutâneos (aliás pouco frequentes, segundo nos parece, no nosso meio). Nos casos duvidosos podem ser de alguma ajuda para o diagnóstico a evidenciação de uma leucocitose geralmente discreta, de um aumento da velocidade de sedimentação das hemátias e a intradermorreação positivo para o filtrado tóxico do estreptococco hemolítico; é, porém, de notar que esta última reação pode resultar positiva em outras infecções pelo estreptococco hemolítico, independentemente da existência de febre reumática. Quanto ao diagnóstico específico de localização cardíaca da doença reumática, êste nem sempre é fácil, podendo ser mesmo impraticável durante todo o período de ataque da doença antes, isto é, que se instalem definitivamente as lesões estruturais mais ou menos características para o lado dos tecidos cardíacos: nesses casos o aparecimento ou a modificação dos caracteres anteriores de um sôpro cardíaco, a taquicardia de grau maior do que a que corresponderia á febre, as alterações eletrocardiográficas, são elementos de algum valor, mas não de valor incontestável, para o diagnóstico de cardiopatia reumática.

Já vimos anteriormente que a localização cardíaca da febre reumática não pode nem deve ser considerada complicação e sim, apenas, como uma das várias manifestações da doença. Instalada a cardiopatia reumática, esta pode ser origem de uma complicação temível, a endocardite bacteriana subaguda, que será objeto de estudo de uma das próximas aulas.

O prognóstico de reumatismo cárdio-articular varia notavelmente nos diferentes casos. E' bom nas formas oligossintomáticas e não recorrentes, com sintomas limitados ás articulações ou ao sistema nervoso (coréia). Já nas formas polissintomáticas e, sobretudo, nas formas recorrentes é mais difícil o coração escapar ileso e o ataque ao coração piora evidentemente o prognóstico, sobretudo quando é atingido o miocárdio (miocardite). De um modo geral, o portador

de cardiopatia reumática morre entre a segunda e a quinta décadas de vida, podendo a morte ser causada diretamente por insuficiência cardíaca quer por complicações infecciosas. Segundo White, a sobrevida na cardiopatia reumática pode ser calculada em 10 a 20 anos de atividades limitadas e mais 2 a 5 anos de invalidez parcial ou total, a não ser em casos de ataque muito leve ao coração, em que a sobrevida pode mesmo ultrapassar os 40 anos: e certos doentes felizes e ciosos de sua saúde podem vir a falecer de outra doença qualquer não relacionada com o coração (White).

## TRATAMENTO

Para maior facilidade de exposição estudaremos separadamente o tratamento da doença reumática como tal e o tratamento da localização cardíaca da doença reumática, terminando com algumas considerações sobre a profilaxia de uma e de outra.

**Tratamento da febre reumática** — Focalizaremos aqui sobretudo o tratamento das manifestações articulares da febre reumática, aliás as mais comuns e, para maior clareza, estudaremos antes as medidas higieno-dietéticas e depois o tratamento “específico”.

*Medidas higieno-dietéticas:* O doente com febre reumática ativa atingindo as articulações de forma aguda deverá ser mantido no leito em decúbito dorsal e com as articulações protegidas por algodão ou mesmo por gaiolas de arame, pois a dor é, por vezes, tão forte que o próprio contacto com os lençóis é penoso. Uma boa higiene da pele e da mucosa bucal é naturalmente indicada como para todas as infecções agudas.

No tocante á alimentação, esta deve ser tão rica e variada quanto mais longa fôr a doença. Se a febre for elevada e os suores profusos, o que é comum, a quota líquida deve ser grande e administrada sob a forma de laranjadas e limonadas, por seu teôr em vitaminas, e sob a forma de água Prata, pelo seu teôr em bicarbonato, útil no caso de tratamento pelo salicilato.

*Tratamento “específico”:* O grande remédio da infecção reumática é ainda hoje o salicilato de sódio. Caberia aqui, talvez, entrar em uma discussão puramente doutrinária a respeito da tão duvidada ação específica do salicilato no tratamento do reumatismo. De fato, os velhos compêndios clássicos consideram, em sua maioria, o salicilato como específico da febre reumática, afirmando que ele realiza não só a cura sintomática da doença como também a encurta e previne a sua localização cardíaca. Que alguma coisa do real exista em tal asserção é fato comprovado. Efetivamente o salicilato não age apenas como analgésico, como se procurou asseverar; ele domina prontamente a febre e melhora sensivelmente os fenômenos articulares. E, como muito bem acentua Beckmann, se com a morfina, e outros analgésicos que não pertençam ao grupo salicílico, se consegue eli-

minar a dor, eles não modificam em absoluto os outros sintomas. Assim sendo, a primeira impressão que teremos ao administrar o salicilato é que êle seja um verdadeiro específico qual é o arsênico para a lues e esta convicção será tanto mais firme se lembrarmos que êle é bactericida *in vitro*. As estatísticas, porém, falam mais positivamente do que as impressões clínicas e elas provam que o salicilato não só não abrevia a duração total da doença reumática como também não elimina a possibilidade de localização cardíaca da mesma; além disso não foi possível demonstrar-se o aumento dos anticorpos sanguíneos durante o tratamento salicilado. Resumindo, pois, podemos concluir que o salicilato não constitue um verdadeiro específico da infecção reumática, se bem que a sua administração possa ter um efeito benéfico sobre as manifestações articulares da mesma. Por outro lado não parece estar provada qualquer ação depressiva do salicilato sobre o miocárdio em doses terapêuticas.

De todos os salicilatos o único que se usa na prática é o salicilato de sódio, corpo sólido, cristalino, de sabor desagradavel, muito solúvel na água. Rapidamente absorvível é de fácil eliminação e seu principal inconveniente é o de provocar irritação gástrica, sobretudo com doses relativamente altas, irritação essa que se manifesta sob a forma de azia, náuseas e vômitos só parcialmente corrigidos pela adição de dose igual ou dupla de bicarbonato de sódio, segundo parece, para evitar a formação de ácido salicílico livre no meio ácido do estômago. Outros efeitos secundários e desagradáveis que indicam saturação e mesmo intoxicação são: zumbidos nos ouvidos, diminuição da acuidade visual, transpiração abundante, pêsso na cabeça, dispnéia, sonolência, delírio, convulsões e coma; êstes sintomas são parcialmente dependentes de acidose. E' interessante notar que a sensibilidade para com a droga varia de extremo a extremo. Há pessoas, raras, em verdade, que a toleram bem, por semanas a fio, nas doses diárias de 10 a 12 gramas; outras que ás primeiras doses apresentam vômitos de tal natureza que a suspensão da droga se impõe para não somar outra causa de malestar ás dores já muito intensas que mantêm o doente prostrado no leito.

O salicilato de sódio é administrado na dose média diária de 8-12 gramas, adicionado a dose igual ou dupla de sal de Vichy. Raramente é necessário ou possível recorrer a doses maiores, de 16 e mesmo 20 gramas diárias. Para crianças em idade escolar a dose será a metade da do adulto. Na primeira infância raramente teremos que recorrer a êle, pois que nesta são raras as formas de grande reumatismo, ao mesmo tempo que são relativamente frequentes as formas frustas, pouco dolorosas. São três as vias de administração usadas: oral, venosa e retal.

Quando se usa a droga *per os*, parece preferível administrá-la em doses parceladas e pequenas, ao envez de 2 a 3 doses grandes. Além disso aumenta-se a tolerância gástrica administrando o medicamento na hora das refeições, pois que assim se dilue o seu efeito irritante sobre a mucosa gástrica. A-pesar-de todos estès cuidados,

por vezes a intolerância é absoluta desde o início ou esgota-se em poucos dias e somos então obrigados a diminuir progressivamente as doses perorais. Se as melhoras se mantiverem, prosseguiremos assim regulando a dose, por um lado, de acôrdo com a tolerância do paciente, por outro lado, de acôrdo com a evolução do caso. Caso, porém, a tolerância se esgote antes de termos obtido uma melhora clínica sensível ou o estado do doente piore com a diminuição da dose, recorreremos as outras vias de administração.

Para a administração por via endovenosa poderemos formular:

Salicilato de sódio .....	2,0 grs.
Cafeína .....	0,05 gr.
Soro glicosado a 10% .....	10,0 cc.
Para 1 emp. Est. e m. F. por via venosa	
2 empolas ao dia.	

Como se vê, a administração por esta via é limitada e, porisso, em caso de necessidade, poderemos recorrer á via retal.

Para a administração do salicilato por via retal, poderemos usar supositórios, clister medicamentoso ou gota a gota retal. Querendo usar supositórios, formularemos:

Salicilato de sódio .....	2,0 grs.
Extrato tebáico .....	0,005 gr.
Manteiga de cacáu .....	q. s.
Para um supositório. F. s. a. M. 20. Aplique	
4-5 ao dia.	

Para a administração em clister, poder-se-á recorrer á técnica de Hyen, que consta essencialmente do seguinte: lavagem intestinal mediante 500-1.000 cc. de solução de bicarbonato de sódio a 1%; em seguida introdução, mediante seringa e sonda retal na profundidade de 15-20 cms., da seguinte solução:

Láudano de Sydenhan .....	XX-XXX gotas
Salicilato de sódio .....	6-10 grs.
Água dist. ou amidonada ....	100-180 cc.
Recomendando-se reter.	

Na forma gota a gota retal os cuidados prévios são os mesmos. Neste caso emprega-se uma solução isotônica de salicilato de sódio á qual se adiciona 1 grama de tintura de ópio ou de láudano, sempre o mesmo escopo de evitar o peristalismo intestinal. Com esta última técnica pode-se conseguir introduzir grandes doses de salicilato, com boa tolerância, sob o ponto de vista terapêutico, mas talvez com demasiada relutância por parte do paciente. Porisso mesmo estes dois últimos métodos talvez tenham mais indicação em doentes hospitalizados.

Quando, por qualquer motivo, nenhum dêstes processos seja praticável ou quando o doente tenha uma sensibilidade geral, verdadeira idiosincrasia pelo salicilato, manifestando-se com facilidade fenômenos tóxicos, devemos recorrer a um substituto e, dentre estes,

sobressae o ácido acetilsalicílico ou aspirina, usada na dose de 3-4 grs, diárias em geral associada á cafeína. Há ainda o éster salicílico do ácido salicílico, que se encontra no comércio com os nomes de diplo-sal e etisil, empregados na dose de 4-6 vezes ao dia 2 comprimidos. Há, finalmente, o ácido fenilquinolincarboxílico ou atophan, usado na dose de 2-4 grs. diárias, que apresenta, porém, a conhecida toxicidade para com o fígado, como o revelam numerosos trabalhos recentes.

Grande número de outros preparados e processos terapêuticos foram preconizados para o tratamento da infecção reumática. Na impossibilidade de entrarmos em pormenores citaremos, de passagem apenas, o mercúrio-cromo, os preparados á base de iodo e enxofre, injeções de leite, as sulfamidas, e, finalmente, grande número de vacinas soros, lisados estreptocóccicos, que constituem inúmeras especialidades farmacêuticas. Na realidade, não há estudos completos e demonstrativos a respeito de todos êstes métodos de tratamento e, na prática, teremos que nos limitar, o mais das vezes, ás drogas anteriormente citadas. O verdadeiro tratamento causal da febre reumática não foi em verdade descoberto, mesmo porquê há antes que resolver o problema etiológico da mesma.

Os critérios para se considerar o doente curado (é sempre uma cura relativa, pois que são sempre possíveis novos surtos agudos) são: temperatura normal, pulso abaixo de 90, leucocitose abaixo de 9.000, velocidade de sedimentação das hematias normal, aumento de pêso, desaparecimento, enfim, do estado infeccioso. Antes disso o doente deverá manter-se no leito em repouso que se prolongará por tanto tempo quanto perdurarem os sintomas e sinais de atividade da infecção, j relatados. Via de regra, serão necessários, em média, dois meses de inatividade; há casos, porém, em que período de repouso deverá prolongar-se por diversos meses, antes que se possa considerar o doente em convalescença.

Uma vez instalada a convalescença, a alimentação deverá ser rica, para facilitar a restauração de estado hígido e serão aconselhadas massagens nos membros e exercícios moderados para o restabelecimento da circulação normal e da função muscular por muito tempo inativa. Para êste periodo de convalescença existem em alguns centros adiantados, particularmente nos Estados Unidos, hospitais especializados, onde são só internados os jovens que acabam de vencer um surto de febre reumática com ataque certo ou provável ao coração: nesses hospitais, sob uma orientação médica escrupulosa, as crianças são reeducadas para a vida ativa e recebem mesmo instrução, por períodos que variam de poucos a diversos meses, afim de lhes ser possibilitado, mais tarde, o exercício de funções sedentárias mais compatíveis com o seu novo estado de invalidez permanente de maior ou menor grau.

**Tratamento da cardiopatia reumática** — Não nos queremos referir aquí ao tratamento da cardiopatia reumática na fase ativa de

invasão, de difícil identificação clínica e que se confunde, aliás, com o tratamento da febre reumática em si, e sim ao tratamento da cardiopatia reumática já instalada. O tratamento da cardiopatia reumática, qualquer que seja a forma de que ela se revista, resume-se essencialmente no tratamento geral de todas as cardiopatias e baseia-se sobretudo, na obediência, por parte do doente, de um regime higiénico, cujos pormenores serão estudados em uma das próximas aulas. Para que este regime higiénico surta bons resultados, são porém, imprescindíveis a boa vontade e o perfeito entendimento por parte do doente e de sua família. Lançar-se-á, particularmente, mão de todos os meios capazes de prevenirem por ventura a recorrência de novos surtos de doença reumática (v. adiante), pois que os mesmos agravam, via de regra, as lesões cardíacas preexistentes. No mais, não existe nenhum tratamento particular para a cardiopatia reumática em si. Foi, em verdade, tentada a valvulotomia mitral, nos casos de estenose, com o fito de transformar a estenose em insuficiência, geralmente mais bem tolerada; mas, sem contar as dificuldades de técnica e o risco inerente á intervenção cirúrgica, não se pode excluir que a cicatrização valvular venha a restabelecer a estenose. Eventualmente, nos casos de grande hipertrofia cardíaca, pode ser indicada, com algum sucesso, a ressecção costal. Finalmente o tratamento da cardiopatia reumática compreende o tratamento das suas complicações, quais sejam, a fibrilação auricular, a insuficiência cardíaca e a endocardite bacteriana. subaguda: são todos assuntos de aulas próximas.

**Profilaxia do reumatismo cardioarticular** — A profilaxia do reumatismo cárdio-articular constitue uma tarefa ingente mas, infelizmente, é ainda um problema sem solução. Tempo houve, há alguns anos, em que se depositou grande confiança no uso da amigdalectomia e da adenoidectomia como medidas profiláticas contra o reumatismo, contudo, com resultados desapontadores, de acôrdo com a maioria dos autores norte-americanos que foram, aliás, de início, entusiastas pelo método. E hoje somos obrigados a confessar que não existe qualquer processo capaz de impedir a eclosão do primeiro surto reumático.

Se nada conseguimos na profilaxia do reumatismo, igualmente pouco conseguimos obter na prevenção de um novo surto reumático em doentes que já o tiveram uma vez. Aquí também foi, de início, proposta a amigdalectomia como medida preventiva, mas, de acôrdo com os trabalhos mais recentes, principalmente os de Finland e colaboradores e de Allan e Baylor, a amigdalectomia e adenoidectomia, como medidas rotineiras, deram resultados pouco animadores. Apesar-disso, porém continua-se a aconselhar essas medidas, que são particularmente indicadas nos casos em que as amígdalas sejam sede de processo inflamatório crônico: como quer que seja a amigdalectomia só deve ser indicada na convalescença da febre reumática, afim de evitar exacerbações do processo mórbido e deve ser contra-

