



CAMINHOS da CARDIOLOGIA

Coordenador—Luiz V. Décourt

Nesta secção de “Caminhos da Cardiologia” o professor Pereira da Cunha descreve, com fidelidade, a vida e a obra de um personagem curioso: dogmático, polêmico, sarcástico, mas homem austero, grande clínico, humanista e educador.

Com reais limites em suas recomendações terapêuticas (uso intenso de sanguessugas), apenas toleradas em razão da época, estabeleceu, entretanto, algumas bases patogênicas definitivas em cardiologia. Caracterizou o endocárdio, evidenciou a realidade de sua inflamação e comprovou as relações deste estado com o chamado reumatismo generaliza-

do. Concebeu mesmo, o que seria conhecido mais tarde como “pancardite” reumática e, ainda, a possibilidade de deformações valvares ulteriores. Apesar de reconhecidas lacunas em suas concepções, assegurou a presença de um novo setor em patologia cardíaca e que se manteve no tempo.

Nada pode desmerecer o nome de Moléstia de Bouillaud, sugerido por seu rival Trousseau para a doença reumática e, ainda, com algum uso na França de hoje.

Luiz V. Décourt
Coordenador

A OBRA DE BOUILLAUD—UMA CONTRIBUIÇÃO FUNDAMENTAL AO CONHECIMENTO DA DOENÇA REUMÁTICA

GASTÃO PEREIRA DA CUNHA
curitiba, PR

JEAN-BAPTISTE BOUILLAUD nasceu a 16 de setembro de 1796 no povoado francês de Braguette, próximo a Angoulême, onde seus pais exerciam a modesta profissão de oleiros.

Cumpriu seus estudos primários na vila de Garat, sendo depois matriculado em um liceu de Angoulême, à custa de grande sacrifício da família. Graduado em 1813, demonstrara sempre grande inteligência e perseverança, obtendo um prêmio de excelência ao final do curso e outro pelo magnífico desempenho em latim. Dedicara-se ao estudo deste idioma porque, entre outros fatos, já estava determinado a estudar medicina e seguir depois a carreira universitária, onde a disputa de uma cátedra exigia tese em latim.

Instalou-se modestamente em Paris em 1814, com o apoio de um tio paterno, maior-médico do

exército francês, a quem demonstrou sua gratidão, dedicando-lhe mais tarde uma de suas obras, o “Traité des Maladies du Coeur”.

Ao assistir a uma operação no Serviço de Richeraud, no Hospital Saint-Louis, desistiu de vez da cirurgia, passando a frequentar a Clínica de Dupuytren, que foi por longo tempo seu dedicado preceptor.

Interrompeu por dois anos seus estudos, por haver se envolvido em movimentos populares contra a invasão de Paris, e depois no apoio à volta de Napoleão da Ilha de Elba, a quem dedicara grande admiração. De 1816 em diante entregou-se por inteiro às lides de medicina, sob orientação de Dupuytren, a quem atendeu em sua doença final e lhe praticou a necrópsia. Tornou-se, também, discípulo dedicado de Broussais e, como Laennec, seguiu assiduamente as lições de Corvisart. De Mangendie recebeu a influência para suas futuras pesquisas em fisiologia¹.

Graduou-se em medicina em 1825, defendendo

Correspondência: Gastão Pereira da Cunha - Universidade Federal do Paraná - Rua Olavo Bilac, 81 - Curitiba, PR

a tese: “Essai sur le diagnostic des anévrismes de l’aorte et spécialement sur les signes que fournit l’auscultation dans cette maladie”.

Iniciou sua carreira profissional no Hospital Cochin, ao lado de Bertin, médico-chefe e professor de Higiene na Faculdade de Paris, que lhe trouxe grande ajuda na elaboração de seu trabalho sobre doenças do coração, publicado em 1824. Casou-se neste mesmo ano, havendo recebido da esposa valioso auxílio nas experiências sobre localizações cerebrais em animais.

Em 1823 não conseguiu o ingresso à carreira universitária, quando defendeu a tese: “Suntne medicamina proprie diaphoretica? diuretica? antispasmodica?”, mas obteve sucesso numa segunda tentativa em 1826, ano da morte de Laennec, com a aprovação da tese: “Suntne asthma et angina pectoris symptomatica? Suntne essentialia?”

Alcançou nomeada em 1825 sua monografia, ricamente documentada, “Traité clinique et physiologique de l’encéphalite ou inflammation du cerveau et de ses suites, telles que le ramollissement, la suppuration, le abcès, les tubercules, le squirrhe, le cancer, etc.”, de igual forma que a publicação em Archives Generales de Médecine, no mesmo ano, intitulada: “Recherches cliniques propes à démontrer que la perte de la parole correspond à la lésion des lobules antérieures du cerveau”. O valor científico destes dois trabalhos foi fator decisivo para sua eleição à Academia de Medicina, em 1825, com apenas vinte e nove anos¹.

Não logrou igual êxito quando disputou com Berard a cátedra de fisiologia, em concurso público presidido por Dupuytren. Nesse sentido Tardieu¹ extraiu da tese de Dejeant, sobre a vida de Bouillaud, o seguinte episódio: havia onze professores que atribuíram seus votos, e seis o fizeram a favor de Berard. Inconformado, Bouillaud conseguiu declaração por escrito, algumas sob juramento, de que votaram a seu favor Dupuytren, Dergnette, Itard, Marjolin, Hullier e Cruveilhier, portanto a maioria. Com tais documentos, formulou representação ao Ministro da Instrução Pública, mas não obteve sucesso porque pelo regulamento o prazo de contestação era de vinte e quatro horas, arrostando ainda contra si acerbas críticas por haver violado em parte o sigilo dos votos.

No ano seguinte enfrentou novo concurso para a Cátedra de Clínica Médica, vaga por demissão de Recannier. O juri manifestara sua preferência pelo outro candidato, Louis, mas superou-o Bouillaud, cuja vitória foi comemorada entusiasticamente pelos estudantes, que o levaram nos braços, em triunfo.

Na qualidade de Chefe de Serviço no “Hôpital de la Pitié”, no mesmo ano de 1831, enfrentou a epidemia de cólera que assolava Paris, advindo daí a publicação no ano seguinte, no Journal Universel

Hebdomadaire de Médecine, do trabalho: “Traité pratique, théorique e statistique du choléra-morbus de Paris appuyé sur un grand nombre d’observations recueillies à l’Hôpital de la Pitié”. Negava a natureza contagiosa da doença, pensamento vigente na época, manifestando sua inclinação para o emprego de sangrias, que veio a defender amplamente depois. Mas já no “Traité du choléra” publicado em 1833, penitenciava-se de haver combatido a doutrina do contágio.

Labor intenso teve Bouillaud daí em diante, responsável agora por importante Serviço no “Hôpital de la Charité”, onde se haviam notabilizado Corvisart e Laennec. Desenvolveu, então, pesquisas em fisiologia, lecionou, proferiu conferências, no Hospital, na Faculdade e na Academia de Medicina.

Sua alentada obra “Traité Clinique des Maladies du Coeur”, em colaboração com Bertin, foi publicada em 1835, alcançando enorme repercussão. Houve uma segunda edição em 1841², tendo apenas Bouillaud como autor, e graças a ela obteve o Grande Prêmio de Medicina, conferido pelo Instituto de França. Ampliando seus conhecimentos sobre a febre reumática, já fundamentados no tratado acima, publicou em 1836 “Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu”, onde estabeleceu suas famosas “lets da coincidência”, confirmadas em 1840 no “Traité clinique de rhumatisme articulaire et de la loi de coincidence des inflammations du coeur avec cette maladie”³.

Dotado de grande capacidade de trabalho e denodado empenho em divulgar suas idéias, publicou em 1837 alentada obra de três volumes: “Clinique médicale de l’Hôpital de la Charité ou exposition statistique des diverges maladies traitées à la clinique de cet hôpital”, e em 1846 o trabalho em cinco volumes: “Traité de nosographie médicale”.

Dez anos depois veio à luz o “Essai sur la philosophie médicale e sur les généralités de la clinique médicale” e em 1860: “Discours sur le vitalisme e l’organicisme et sur les reports des sciences physiques en général avec la médecine”, estudos que demonstraram o ecletismo de Bouillaud e seu interesse, também, pela filosofia e pela cultura em geral, o que garantiu sua eleição para a “Academic des Sciences”, em 1868.

Sua incursão pela política foi evidenciada quando eleito membro da Câmara de Deputados, representando a região do Eure e Loir. Como Trousseau, não obteve grande êxito nessa área, pois a rigidez de sua integridade não se amoldava às concessões do jogo político.

Dentro da administração universitária, marcou sua presença como Diretor da Faculdade de Medicina de Paris, em substituição a Mathieu Joseph Bonaventure Orfila (1787-1853), espanhol nascido em Mahon, Minorca, e naturalizado francês, Além de sua capacidade científica e profissional indiscu-

tíveis, com várias obras publicadas, os favores do matrimônio, seu apuro nas reuniões sociais, seus dotes de excelente cantor, facilitavam a convivência na corte. Manteve-se, assim, na direção da Escola durante todo o reinado de Luiz Felipe, introduzindo reformas no ensino, ampliando construções, modernizando os equipamentos. Foi destituído em 1848, com o advento da Segunda República Francesa⁴.

Em 1862 foi eleito Presidente da Academia de Medicina e em 1867 Presidente do Primeiro Congresso Internacional de Medicina de Paris, por aclamação unânime de médicos franceses e do exterior, para em 1869 haver sido alçado à Presidência de Honra do Congresso Médico de Florença, através de generosa ovação.

Aos sessenta e oito anos, Bouillaud retirou-se da cátedra de clínica médica, restringindo-se à presença assídua às reuniões da Academia de Medicina e da Academia de Ciências, com suas intervenções e apartes sempre respeitados, mas já sem a mesma aceitação tácita dos lustros anteriores. Isto porque, pelo seu espírito contestador, havia se incompatibilizado com vários contemporâneos ilustres.

Em 1875 questionou as pesquisas pioneiras de Pasteur, embora reconhecendo publicamente seu valor, quatro anos mais tarde. Acolheu, depois, com ceticismo o tratamento do reumatismo com salicilato, introduzido por Germain See, em 1877, declarando: “Se descobriu o segredo de curar o reumatismo em três dias; merece que se levante uma estátua em sua honra”¹. Polemizou, ainda, com vários afamados médicos da época que criticavam o método de generosas sangrias no tratamento da febre reumática. Em outra oportunidade contestou Andral quando este avocou para si a propriedade na descrição da endocardite, asseverando: “antes de 1832, nenhuma observação tão completa sobre a endocardite havia sido ainda publicada”², e era ele que o fizera. Em diversas ocasiões criticou, também, Laennec porque este não reconheceu a existência do endocárdio e suas possíveis doenças. Chegou, enfim, a duvidar da veracidade do gramofone, quando lhe foi apresentado pela primeira vez, achando que proviriam os sons de artes de ventríloquos³.

Apesar dos erros e falhas, manteve sempre Bouillaud alto conceito, como o demonstrou sua grande e categorizada clientela particular, com membros da família real, personalidades célebres como Lamartine e numerosos pacientes vindos de toda a França, especialmente buscando seus conhecimentos e experiência em cardiologia.

Em 1881, faleceu aos oitenta e cinco anos, vitimado por uma síncope. Em suas exéquias não se pronunciou qualquer discurso, em obediência a expresso pedido seu de há muito tempo. A 16 de maio de 1885 sua estátua, esculpida por Verlet, foi inau-

gurada em Angoulême, sua cidade por adoção, cerimônia na qual celebraram seu elogio os alunos e colegas Roger, Vulpian, Laboulbene, Cornil e Potain¹.

Desenvolveu o grande clínico francês atividade multifária, em muitos campos da medicina, com destaque à patologia cardíaca. Nesse sentido, escreveu Dejeant, na citação de Tardieu¹: “seus trabalhos sobre o coração e suas enfermidades formam um monumento soberbo e imperecível, sobre o qual os discípulos do mestre alicerçaram toda a moderna patologia da circulação”.

Sua contribuição à cardiologia é resumida por Tardieu¹ nos seguintes itens:

1. Primeira descrição do endocárdio e da endocardite.
2. “Lei da coincidência”.
3. Medidas precisas do coração.
4. Importância da ausculta do coração
5. Descrição de novos sinais físicos.
6. Relato sobre doenças congênitas do coração.

1. Em relação ao **primeiro item**, escreveu: “Eu dei o nome de endocárdio ao revestimento interno deste órgão e o de endocardite à sua inflamação”¹. Na segunda edição do “*Traité de Maladies du Couer*”² declarava Bouillaud: “Embora muito negligenciada pelos anatomistas, esta membrana é da maior importância para o médico. Eu lhe dei o nome de **endocárdio**, para distinguir do pericárdio, que designa a camada externa do coração. Um médico, cujo nome deixo de mencionar, negou uma vez a existência da endocardite pela objeção—irrefutável segundo ele—de que não existia endocárdio”. E nesse sentido, são palavras textuais de Bouillaud²: “... eu não tardei em reconhecer que uma verdadeira flegmásia da membrana interna do coração e especialmente das válvulas sobre as quais ela se dobra, era a causa deste **singular** ruído de sopro, como de fole ou de raldor que me surpreendera ouvir nos reumáticos”, bem diferente dos ruídos de atrito pericárdico.

Foi Trousseau quem sugeriu o nome “Doença de Bouillaud” à endocardite¹, conceito rnantido em várias enciclopédias anglo-saxônicas. Por isso o Stedman’s Dictionary⁵ define Doença de Bouillaud como “febre reumática aguda com cardite”. Contudo, a tendência na França⁶ é considerar aquele epônimo como significando febre reumática em sentido amplo.

2. **Lei da coincidência**. “Na grande maioria dos casos de reumatismo articular febril agudo existe grau variável de tecido fibroso no coração. Esta coincidência é a regra e a não coincidência a exceção” foi escrita no primeiro trabalho sobre febre reumática de 1836, já citado. Mas o próprio Bouillaud afirmara: “A primeira publicação na qual eu comecei a assinalar esta coincidência foi um artigo inserido, no início de 1834, no “*Journal hebdomadaire de*

médicine”².

No “*Traité clinique du rhumatisme articulaire*”³ escreveu:

“a—no reumatismo articular agudo violento, generalizado, a **coincidência** de uma endocardite, de uma pericardite ou de uma endo-pericardite é a regra, a **norma** e a não coincidência, a exceção. b—no reumatismo articular agudo leve, parcial, apirético, a **não coincidência** de uma endocardite, de uma pericardite ou de uma endopericardite é a **regra e a coincidência, a exceção**”.

A associação ocasional do reumatismo com uma doença do coração, afirmou Tardieu¹, havia sido anteriormente notada por diversos médicos britânicos, como David Pitcairn (1788), Edward Jenner (1789), David Dundas (1808) e Scudamore (1827), mas a demonstração da ligação íntima entre ambos deve-se a Bouillaud. Isto foi reconhecido por numerosas sumidades, tanto na França como no Exterior, entre as quais destacam-se Trousseau, Widal, Euriquez e Weil, Laubry e Routier; na Inglaterra Gibson, Stockman e Carey Coombs; na Alemanha, Higler e Strumpell.

Grisolle⁷ dedicou seu Tratado de Patologia Interna ao mestre Chomel, que com Bouillaud mantiverá ásperas discussões, mas mesmo assim confirmou que o termo **endocardite** fora proposto por este. Escreveu, então, que Bouillaud “não descobriu realmente a doença, porque Baillie, Bruns, Kreysig, Johnson, Laenec e Andral a haviam mencionado antes, mas teve ele o mérito incontestado de haver divulgado com maior precisão seus caracteres anatômicos”. Embora citasse várias vezes Bouillaud quanto a seus achados semiológicos, contestou diversos dados anátomo-patológicos admitidos por ele, que teria exagerado no reconhecimento das relações da febre reumática com a endocardite.

Ainda dentro do tema, exprimiu-se Trousseau⁸: “Se, aliás, consultardes as cartas de Morgagni e o “Sepulchretum” de Bonet, encontrareis ali assinaladas e descritas as alterações do pericárdio e das valvas cardíacas nos doentes que faleceram no curso de um reumatismo articular agudo. Todos estes fatos clínicos e anatômicos já haviam sido registrados, porém não se havia captado a relação entre elas, que assim permaneciam como letras mortas. A Bouillaud pertence a glória de haver descoberto e demonstrado esta relação”.

O próprio Bouillaud exultou com seus achados e afirmou: “As pesquisas que eu realizei após oito anos de acompanhamento do reumatismo articular agudo, especialmente sobre a coincidência da endocardite e da pericardite em esta afecção, mudaram, o uso dizer, a face da ciência, e constituem realmente uma nova era nessa matéria”.

Naturalmente, à luz de conhecimentos anteriores, existe meia verdade nas leis de Bouillaud. Embora formas severas da febre reumática levem com

freqüência às seqüelas cardíacas, quadros singelos podem resultar em severo envolvimento cardíaco, especialmente na infância. E isto já foi vislumbrado por Vaquez em 1921⁹ ao propor novo enunciado: “No reumatismo articular agudo parcial, apirético, a coincidência, é frequente na criança, e excepcional no adulto”.

Por outra parte, Trousseau⁸ descreveu casos de reumatismo articular agudo afetando primariamente o coração, numa concepção diversa das leis de Bouillaud: “a afecção reumatismal das membranas serosas viscerais pode preceder a das serosas articulares”. Mas é preciso reconhecer que o próprio clínico de “la Charité” já admitia também o que chamava “endocardite **solitária**, isto é isolada de toda coincidência com uma artrite reumatismal”².

3. Medidas do coração. Dedicou Bouillaud mais de cem páginas de seu famoso tratado: à anatomia do coração, introduzindo métodos mais precisos para medir e pesar o coração. Chegou a afirmar que seu trabalho é o primeiro a dar os esclarecimentos exatos sobre a anatomia e a fisiologia do coração, o que foi confirmado anos depois, em 1867, por Jaccoud, sustentando que as pesquisas clássicas de Bouillaud criaram o conceito da anatomia topográfica¹.

A importância do tema fez com que Piorry¹⁰ transcrevesse com minúcias os dados obtidos por Bouillaud nas rigorosas mensurações procedidas em cadáveres normais, com hipertrofia e atrofia cardíacas, bem assim seus achados sobre a morfo-fisiologia do coração em animais.

4. Importância da ausculta do coração. Além dos registros cuidadosos de Bouillaud em relação à inspeção, palpação e percussão torácicas, sobressai sua ausculta meticulosa, através da qual conseguiu caracterizar múltiplas lesões cardíacas. Nesse particular, suplantou Laennec, que se destacou muito mais na exploração semiológica do pulmão¹. Confirmando seu inegável prestígio, Andry¹¹ aceitou amplamente, entre outras, a Teoria de Bouillaud quanto à gênese dos ruídos do coração no estado normal, citando-o também várias vezes ao tratar de condições patológicas cardiovasculares.

5. Descrição de novos sinais físicos. O “Sinal de Bouillaud” vem sendo atribuído, talvez com certo exagero a uma série de elementos semiológicos, entre eles, com reconhecimento universal, a retração da região precordial na pericardite crônica com aderência. Também, o mesmo epônimo tem sido aceito nas seguintes eventualidades¹²: a—ruído peculiar, como o tilintar de sino sobre o lado direito do “ictus cordis” na hipertrofia do coração; b—falso desdobramento da segunda bulha na ponta, comum nas lesões mitrales; c—irregularidades das pulsações arteriais e cardíacas na assistolia; d—sopro uterino ou abdominal na gravidez.

Atribui-se ainda a ele a descrição do sopro de diábolo ou de piorra nas anemias e outros estados hipercinéticos, bem assim o realce que conferiu ao atrito pericárdico audível na pericardite fibrinosa. Nesse sentido, escreveu Vaquez: “Enfim, Bouillaud reconheceu em 1836 o alto significado diagnóstico dos atritos, e principalmente o ruído de couro novo. “Quando ele existe, diz ele, é verdadeiramente característico,”⁹.

A dor frênica foi assinalada por Bouillaud e por Guéneau de Mussy, havendo este precisado os pontos dolorosos sob pressão local⁹.

No tocante ao ruído de galope, opinou Vaquez⁹: “Este ruído, no dizer de Potain era conhecido desde 1847 por Bouillaud, que lhe fazia menção, nessa época, em seu ensinamento verbal. É, então, errôneo que Fraentzel atribuía sua paternidade a Traube, porque este não começa a falar dele senão a partir de 1858”.

Contribuiu, ainda, o clínico francês para o melhor estudo das arritmias cardíacas, com as limitações da época, criando conceito do “faux pas du coeur”, que deveria corresponder ao déficit de pulso, condição de “falsa intermitência”, onde haveria contrações do ventrículo esquerdo com pequena massa de sangue, fato comum nas lesões mitrais¹³.

Bouchut¹⁴ e Bouchard¹⁵ confirmaram a inquestionável importância dos estudos de Bouillaud no âmbito da semiologia, a ele atribuindo-se o registro da bradicardia no icterícia e a descrição, muito antes de Skoda, dos sons característicos no exame do pulmão quando rechaçado por grande derrame pleural.

6. Cardiopatias congênicas. Tiveram seus fundamentos clínicos-patológicos desenvolvidos por Bouillaud de maneira mais aprofundada atribuindo-se dupla origem:

a—parada no desenvolvimento, dando ênfase aos defeitos da embriogênese. b—endocardite fetal, talvez antevendo os conceitos da fibroelastose. Dentro do tema, escreveu Bouillaud²: “Várias causas podem atuar sobre o feto nos diferentes períodos da vida intra-uterina, e daí um grande número de doenças do coração que têm sido referidas sob o nome pouco filosófico de **monstruosidades**. É sobre esta consideração que Corvisat estabeleceu sua categoria de causas **inatas**, admitindo a influência da predisposição e da hereditariedade na gênese de doenças em vários órgãos, em particular o coração, para cujos defeitos invocava, inclusive, a **“a imaginação da mãe sobre o feto”**.”

O valor das opiniões de Bouillaud na área das cardiopatias congênicas é amplamente reconhecido, como o fez Costa Alvarenga na 18ª Lição de seu livro¹⁶, quando aborda “ectocardie, dexiocardie, aristrocardie”, citando várias vezes seus estudos e enfatizando a importância de seus achados semiológicos.

No âmbito da angiologia, além de sua tese sobre aneurisma da aorta, já citada, publicou no mesmo ano de 1823 em Archives Générales de Médecine o trabalho “De l'oblitération de vienes e son influence sur la formation des hydropsies partielles. Considérations sur les ydropsies partielles em général”. Estudou detidamente a “flegmasia alba dolens” e estabeleceu o conceito de flebite reumatismal, refutado depois, porque algumas observações correspondiam à febre puerperal.

Não menos brilhante foi sua contribuição na fisiologia e patologia neurológicas, em nível experimental e clínico. Auxiliado pela esposa, realizou pesquisas, em 1824, sobre as funções do cérebro, verificando que a destruição de sua parte anterior em animais provocava perda do adequado reconhecimento dos objetos. Constatando em um paciente afásico uma lesão limitada ao lobo anterior esquerdo do cérebro, concluiu: “os movimentos dos órgãos e a palavra são regidos por um centro cerebral especial, independente, e este centro ocupa os lobos anteriores”. Trinta e cinco anos depois Broca demonstrou que esta sede precisa ser uma das circunvoluções do lobo anterior esquerdo do cérebro, tendo Bouillaud festejado o valor da descoberta, que completava seus estudos anteriores.

Sendo Gall na época considerado o mais esperado nas localizações cerebrais, dedicou-lhe Bouillaud inusitada admiração, colocando-os ao nível de Copérnico, Kepler e Newton. Mais adiante, porém, em 1827, publicou duas comunicações, baseadas em provas experimentais e clínicas, nas quais refutava as concepções de Gall em relação ao cerebelo como órgão do instinto da propagação, e afirmando ser, na verdade, o responsável pelo equilíbrio, pela estabilidade e pela marcha¹.

Até onde pudemos pesquisar, não conseguimos identificar nas publicações de Bouillaud referência à coréia como integrante do quadro clínico da febre reumática, enquanto Trousseau⁸, seu contemporâneo, afirmava: “... das causas predisponentes da coréia, o reumatismo é uma das mais importantes”; e adiante: “... a coréia, afecção reumatismal, pode preceder a artrite da mesma natureza, e pode também, pelas mesmas razões diatésicas, preceder ou acompanhar a endocardite”. Admitiu Jaccoud¹⁷, ao tratar do reumatismo e da coréia, haver sido Bright o primeiro “a deduzir do exame de numerosos fatos clínicos, a existência de uma relação etiológica entre as duas doenças”.

Atestando seu elevado apreço a Bouillaud em relação à neurologia, Broussais¹⁸ lhe dedicou um capítulo de sua conceituada obra crítica sobre as Doutrinas Médicas e os Sistemas de Nosologia. Analisou especialmente o estudo sobre encefalite, antes citado, e o comparou com “Lettres sur l'encéphale” de Lallemand, da mesma escola, salientando a coincidência de opiniões e de doutrina entre ambos.

Embora declarado partidário do vitalismo, doutrina que defende a “força vital”, irreduzível à físico-química, foi Bouillaud dos primeiros cientistas a realçar a importância da química e da física na medicina¹.

Distinguiu-se ele, assim, em vários campos da Ciência e da Medicina, mas seu nome cresceu mais no estudo clínico e anátomo-patológico da febre reumática, donde o maior interesse de seu trabalho na cardiologia. Por isso, insistimos em discutir aqui mais alguns tópicos a respeito e sua posição dentro do tema.

Escudado nos conhecimentos da época, não pôde ele individualizar adequadamente esta afecção. Excluindo mais definitivamente a artrite gonocócica, englobava em suas descrições quadros hoje bem caracterizados de artrite reumatóide juvenil e do adulto, além de vários tipos de artrites sépticas. A ancilose e a supuração foram referidas em vários pacientes de sua casuística, de maneira equivocada.

Na descrição do que chamava reumatismo articular agudo, reconhecia a existência das fases: “de **desenvolvimento** (incrementum), desde o início ao pleno evoluir da doença; de **estado**, período estacionário; de **declínio** (decrementum), na remissão progressiva do quadro. Mencionava a opção de alguns autores pela etapa de **incubação**, incluindo os pródromos ou fenômenos precursores. Poderia haver abolição de uma ou outra fase, espontaneamente ou sob efeito da terapêutica. Ocorreriam com frequência exacerbações ou paroxismos, e remissões, aqueles manifestando-se via de regra à tarde ou à noite, com piora acentuada das dores, que “se tornam atroztes, segundo a expressão de Sydenham”, escrevia Bouillaud³. Referia, ainda, recrudescências ou recidivas da doença, com novos ataques, “por causa de alguma imprudência cometida pelos enfermos durante o curso da convalescença”³.

Dentro deste quadro incluía Bouillaud a gota aguda, que segundo ele “não é senão forma especial de reumatismo articular agudo”³, e daí porque atribuída tal intensidade às artralgias.

Acreditava na relação entre duração da doença e idade, opinando que de 15 a 30 anos terminaria antes de 40 dias; entre 30 e 45 anos, depois de 40 dias, numa relação de dois a um; após os 45 anos igual prazo, mas na relação de quatro a um³. No tocante às estações, considerava a duração muito menor na primavera; durante o outono estendia-se por cerca de quarenta dias, sendo seu curso mais longo se se iniciasse no inverno.

Dentro das cogitações etiopatogênicas, considerava Bouillaud a existência de fatores predisponentes, por tendência hereditária ou por características constitucionais, sendo mais propensos à doença os indivíduos com o “temperamento sanguíneo ou melhor ainda linfático-sangüíneo, uma pele branca, delgada, transpirando facilmente, cir-

cunstância que coincidia muitas vezes com cabelos louros ou castanhos”³. A causa principal do reumatismo seria o frio, sobretudo úmido, sendo mais propensos a adquirir a doença os indivíduos que, em lugares quentes, com suor abundante, se expunham ao frio, sob mudanças bruscas de temperatura, como os cocheiros, cozinheiros, empregados em lavanderias, bares, etc.³. Chomel considerava exagerada esta dependência ao frio e aventava outras causas, como amenorréia, dismenorréias, suspensão súbita da lactação, da perda de lóquios, a interrupção de hemorragia, a cura de úlcera cutânea, até o excesso da excreção espermática em “des prouesses de la lune de miel”, hipóteses que Bouillaud registrava com ironia³.

Descreveu ele com minúcia o aspecto das articulações atingidas pela febre reumática, salientando as características das veias subcutâneas e dos ramos arteriais envolvidos, estes pulsáteis pela flogose. No caso de artrite generalizada, universal, a “dor reumatismal”, como chamava, o paciente detinha-se como “uma estátua”, imagem que referia várias vezes³.

Ao defender com prioridade a participação do endocárdio na febre reumática, descrevia os achados semiológicos e fazia entrever quanto recebeu de crítica pelos seus registros pioneiros. Mencionou a ocorrência de sopros sistólicos em “indivíduos cloróticos ou anêmicos” e sentenciou: “pretendeu-se que nossas referências a sopros como ruídos de rador ou de serra na endocardite fossem devidos às amplas sangrias que praticamos. Um tal erro seria, entretanto, pouco admissível por parte de quem pela primeira vez descreveu estes sopros peculiares às artérias e ao coração, que existem nos casos onde a densidade do sangue diminui até certos graus”, especialmente porque “estes sopros preexistiam às sangrias e desapareciam por seu emprego”³.

Para explicar a patogenia da endocardite, Friedrich, da Universidade de Heidelberg¹⁹, confirmou os achados de Bouillaud, que como Kreysig, Bertin, atribuiu às vegetações uma origem inflamatória, exsudativa, refutando as idéias de Laennec, que as considerava resultado de depósitos de fibrina, proveniente do sangue, por uma espécie de cristalização. Já em relação a Jaccoud²⁰, houve nítida restrição aos trabalhos de Bouillaud, cujas “leis” não referiu, escrevendo quanto à participação do endocárdio: “O reumatismo articular agudo tem aqui o primeiro lugar; mas a frequência da endocardite reumatismal tem sido exagerada; mais que qualquer outra doença febril, o reumatismo pode produzir sopro sistólico, seja por anemia, seja por modificação da contratilidade dos músculos papilares...” Opinava serem altas as cifras de alguns autores (sem mencionar Bouillaud) de 2/4 dos casos; julgava baixa a estimativa de Bamberger de 20%, situando-se em sua experiência, igual a de Lebert,

entre 25 e 28%. Laveran e Teissier²¹ assinalaram a ocorrência de endocardite “ao menos na metade dos casos, sendo esta complicação tanto mais freqüente quanto fosse o reumatismo mais agudo, e sempre mais comum que a pericardite”.

Dentro deste contexto clínico, incluía o autor ainda, as manifestações **dinâmicas** do coração, como as palpitações e diversos tipos de arritmias, mesmo nos casos que cursavam sem febre. Reconhecia, então, a dificuldade em caracterizar o que dependeria da “reação simpática do reumatismo sobre o sistema sanguíneo ou da reação febril”, considerando neste estado “o tipo de febre dita **inflamatória ou angiotênica**”³, tão importante que asseguraria o nome de “**febre reumatismal**” a essa afecção.

A existência de um “sangue inflamatório” na febre reumática estaria comprovada, segundo Bouillaud, nas próprias características do coágulo que observara nas 400 ou 500 sangrias gerais ou locais (ventosas escarificadas) feitas por ele e cujo aspecto se modificava no curso da doença, pelo declínio da inflamação. Seria a “matéria reumatismal”, segundo van Swieten, citado por Trousseau⁸, com grande tendência à migração a vários tecidos.

Nesse sentido cabe invocar os conceitos de Sydenham (1624-1689), a quem Bouillaud chamava “este Hipócrates da Inglaterra”, admitindo a doença como consequência da introdução no organismo de “**materia morbífica**, resultando na **inflamação sanguínea**. Surgindo a febre, separaria esta do sangue a substância prejudicial, eliminada pelos emunctórios. Se insuficiente este mecanismo, a sangria atuaria como terapêutica. Por isso, o coágulo formado se revestiria por película própria, a **crosta inflamatória**”⁴.

Contudo, esta interpretação patogênica, que dava apoio ao emprego liberal das sangrias, sofria restrições de Todd²², criticou Bouillaud em vários aspectos. Concebia o reumatismo dentro da **patologia humoral**, defendendo como sua patogenia a **diátese reumática**, condição especial que sofreria modificações “sob a influência do frio, nutrição insuficiente e assimilação defeituosa”²².

No que tange ao tratamento da febre reumática, Bouillaud julgava-se inovador, pela adoção do “novo método” de sangrias gerais precoces e copiosas, num volume “entre dois a cinco litros até o final do esquema, com duração média de oito dias, sendo alcançada a **cura completa** da doença ao termo de doze dias, em média”³. Além das emissões sanguíneas por flebotomia, eram utilizadas sangrias parciais pela aplicação de sanguessugas e de ventosas escarificadas nas articulações e precórdio.

Como recursos adicionais eram empregados tártaro emético, catárticos, cataplasma, sinapismos, vesicatórios, enemas, bebidas refrescantes, dicta, com ênfase ao regime láctico, além da quinina, da di-

gital, antipirina e salicilato de sódio.

Dentro deste amplo arsenal terapêutico, em geral de emprego empírico, o que suscitou as maiores polêmicas foi o uso de sangrias, em geral aceitas quando moderadas, mas não no vulto proposto por Bouillaud. Peter²³ só as adotava em “doente pletórico, robusto e jovem, quando a reação febril fosse muito intensa”. Jaccoud¹⁷ as condenava, porque “a expoliação age bem mais sobre o doente que sobre o pericárdio ou o endocárdio”. Para Laveran e Teissier²¹ elas “não têm influência apreciável sobre a duração e a gravidade do reumatismo e aumentam a anemia”. Todd²² vituperava seu uso, afirmando: “Bouillaud é um zeloso advogado desta prática; e, infelizmente, suas descrições apresentam uma quantidade de alegações especiais e um empenho de vitória, muito além daquilo que deve ser sempre o propósito do médico, a descoberta da verdade”.

Enfim, sodas estas tentativas terapêuticas alcançam hoje apenas valor histórico, e colocam à mostra a contingência da época, vendo-se abandonar em pouco tempo métodos consagrados, que sucumbem a dinâmica evolução do conhecimento humano.

Tudo o que pôde ser registrado aqui a respeito de Bouillaud, de seus contemporâneos, de sua época, permite reflexões profundas e ricos ensinamentos. Sobressai, principalmente, a multiplicidade de áreas contempladas pelo ecletismo do genial clínico francês; destacam-se sua atilada observação e respeito pelo enfermo, extremando-se no exame físico e dele extraíndo ricas informações; merece registro sua obstinação em alcançar os objetivos, inclusive sua vaidade em alardear os êxitos obtidos; chama a atenção a intransigência em manter sua opinião e a rebeldia em aceitar críticas; merece meditação a falácia de suas supostas vitórias—e as de vários luminares da época—levando-nos a progugnar sempre e mais pela prática da humildade e da condescendência face às conquistas da ciência.

Trabalhando intrepidamente, lutando, errando, corrigindo, ensinando, debatendo, foi Bouillaud, sem dúvida, um dos baluartes da medicina francesa.

Seu exemplo deve ser seguido, sob vários aspectos, e sua memória cultuada através dos tempos, porque sua vida representou muito valor, denodo, tenacidade.

Na abalizada opinião de Broussais¹⁸, Bouillaud é sempre claro, preciso, positivo; é o caráter de seu talento. Quase sempre ele fala com segurança e convicção; porém, ele sabe deter-se alí, onde a certeza o abandona e não parece se comprazer nas conjecturas. Estas qualidades e os princípios que ele professou fazem deste professor um excelente clássico. cujas obras ficarão como modelos preciosos”.

Por isso, também assim se expressou

Bergeron²⁴, secretário perpétuo da Academia de Medicina, a respeito de Bouillaud: “Ao lado do sábio, o homem, que pela pureza de sua vida, por sua probidade científica e seu desprendimento profundo, aparece como um dos mais nobres representantes da grande corporação médica francesa que, durante quase meio século foi pelo brilho de seu ensinamento, não menos que por sua bondade e sua inatacável honorabilidade, o educador e o modelo dos médicos do mundo inteiro”.

REFERÊNCIAS

1. Tardieu J—Bouillaud—son Oeuvre dans le Rhumatisme Articulaire Aigu et dans les Maladies du Coeur. Tese de Doutorado em Medicinal Fac Med Paris, 1959.
2. Bouillaud JB —Traité Clinique des Maladies du Coeur. Paris. Chez-Baillièrre, 2a. Ed. 2 Vol. 1841.
3. Bouillaud JB—Traité Clinique du Rhumatisme Articulaire at de la Loi de coincidence des Inflammations du Coeur avec cette Maladie. Paris, Chez Baillièrre, 1840.
4. Fahnanes R—Historia de la Medicinal G. Gili. Barcelona, 1956.
5. Stedman's—Medical Dictionary. Baltimore, William & Wilkins, 22a. Ed., 1972.
6. Rolleston, JD—Un Pionnier de la Cardiologie et de la Neurologie. Proc Roy Soc Med, 1931; 1253-62.
7. Grisolle A—Traité Élémentaire et Pratique de Pathologie Inter net Paris, Massoin, 5a. Ed., 1852.
8. Trousseau A—Clinique Médicale de L'Hôtel Dieu e Paris. Baillièrre & Fils, 3a. Ed. Tomo III, 1868.
9. Vaquez H—Maladies du Coeur. Paris, Baillièrre & Fils, 1921.
10. Piorry PA—Traité de Diagnostic et de Séméiologie. Paris, Pur chef, 1840.
11. Andry F—Manuel Pratique de Percussion et d'Auscultation. Paris, G. Baillièrre, 1844.
12. Garboggini HO—Dicionário de Propedêutica Médica. São Paulo, Formar, 1970.
13. Sée G—Du Diagnostic et du Traitement des Maladies du Coeur et en particulier de leur Formes Anomales. Paris, Delahaye, 1879.
14. Bouchut, E.—Nouveaux Élèments de Pathologie Générale, de Séméiologie et de Diagnostic. parts, Baillièrre & Fils, 1875.
15. Bouchard CH—Traité de Patholgoei Générale. Paris, Masson, Tomo IV, 1847.
16. Costa Alvarenga PF—Lesons Cliniques sur les Maladies du Coeur. Lisboa, Acad Royale ddes Sciences, 1878.
17. Jaccoud S—Leçons de Clinique Médicale faites a l'Hôpital Lari-boisière, Paris, Delahaye, 2a. Ed., 1874.
18. Broussais FJV—Examen es Docttines Médicales et des Systèmes de Nosologie, précédé de propositions réferant la Substance de la Medécine Physiologique. Paris, Delahay, 3a. Ed. Tomo IV, 1834.
19. Friedreich A—Traitedes Maladies du Coeur. Trad. 2a, Ed. alemà. Paris, Delahaye, 1873.
20. Jaccoud S —Traité de Pathologie Interne. Paris, Delahaye & Locroousinier, 7a. Ed., Tomo II, 1883.
21. Laveran A, Teissier J—Nouveaux Élèments de Pathologie Médicale. Paris, Baillièrre & Fils 4a. Ed.,Tromo 1, 1894.
22. Todd RB—Practical Remarks on Gout, Rheumatic Fever and Chronic Rheumatism of the Joints. Londres, J. Parker, 1843.
23. Peter M—Traité Clinique et Pratique des Maladies du Coeur et de la Crosse de l'Aorte. Paris, Baillièrre & Fils, 1883.
24. Bergeron, J.—Éloge de M. Bouillaud. Bull Acad Med Paris, 1887, 810-38.